

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.

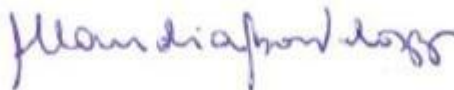
Orientadora: Ana Cláudia Bortolozzi

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 GEPESSEC) 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 Infanto 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 Infanto 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 Infância 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 Infância 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. 1ª 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 Ussell (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 “adolescência” 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.

2 JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

A ampliação do conceito de saúde (OMS, 1948; 2006) - cujo, engloba diferentes aspectos de vida, como: recursos e condições sociais-econômicas-emocionais para uma melhor qualidade de vida em relação à saúde mental e à sexualidade - tem sido base para a atuação nos variados níveis de atenção, em específico no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), serviço destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais.

A adolescência é marcada por uma maior exploração e experiência sexual, em que as práticas são calcadas na ausência de conhecimento acerca de si mesmo, do outro e da sexualidade e na presença de informações obtidas por fontes diversas - como a mídia e os

responsáveis - de modo desorganizado. Ainda que aconteça, é insuficiente quando falamos de educar para viver uma sexualidade saudável em que os riscos e exposições são atenuados por serem conscientes. Nessa perspectiva, a Educação Sexual emancipatória é uma proposta de abertura para o diálogo e troca a respeito de fatores que abarcam a sexualidade, para além da visão biologicista (que tem o foco na prevenção em ISTs e gravidez não planejada).

Pondera-se, assim, a importância da pesquisa na área para que exista a exploração, aprofundamento, debate e intervenção na sexualidade de adolescentes com transtornos mentais, uma vez que as vulnerabilidades existentes tanto no período da adolescência quanto na realidade de ser uma pessoa com transtorno mental possam ser, de alguma forma, diminuídos quando falamos de sexualidade.

Nessa perspectiva, estudos recentes mostram que a ausência de informação sobre a sexualidade pode agravar situações de riscos, como os abusos e os altos índices (crescentes) de ISTs, comum ao público-alvo do serviço de atenção psicossocial. Espera-se, dessa forma, que a pesquisa possa contribuir no reconhecimento da importância de uma atuação mais diretiva e sistematizada em sexualidade em espaços de saúde devido à relação existente entre a saúde sexual e a saúde mental. Nesses serviços, nota-se a negligência do determinante sexual na intervenção, mesmo que a sexualidade seja um fenômeno presente em qualquer indivíduo por todo ciclo vital (com maior integração na fase da adolescência) e que independe da presença e do grau do transtorno mental ou categorização social de desenvolvimento “não normativo”.

Além disto, mesmo com a reconhecida importância desta temática, há a escassez de literatura científica brasileira diretiva à saúde sexual de pessoas com transtornos mentais, e dificulta a criação de serviços, programas e ações a nível de políticas públicas a fim de possibilitar a vivência saudável desta, que se afasta de estigmas e preconceitos e potencializa a autonomia e protagonismo do cuidado proposto nas próprias diretrizes do CAPS.

Questiona-se, então, o que pensam os profissionais de saúde mental atuantes no CAPSi sobre o processo de educação sexual nesse serviço e quais as facilidades e dificuldades para implementá-la.

Diante do exposto, esta pesquisa tem por objetivo geral investigar a atuação da educação sexual dentro de um CAPSi a partir de dois estudos: a revisão sistemática da literatura e as concepções de profissionais que atuam nesses serviços. Mais especificamente, os objetivos seriam:

- (a) ESTUDO 1: 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;
- (b) ESTUDO 2: Compreender as concepções de profissionais de saúde mental atuantes no CAPSi sobre a sexualidade e educação sexual nesse serviço.

3 MÉTODO

3.1 ESTUDO 1 - Revisão Sistemática da Literatura

3.1.1 Natureza do Estudo

O Estudo 1 foi uma Revisão Sistemática da Literatura que é definida como um método rigoroso de busca para identificação, avaliação e replicação de estudos sobre uma temática delimitada pelo pesquisador. É fundamental, portanto, que as bases de dados selecionadas possam fornecer evidências científicas com qualidade para que a análise seja feita. Nesse sentido, devem ser escolhidas de acordo com o tipo de estudo disponível, as áreas dos conhecimentos e temáticas que podem ser publicadas nessa base (DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2011).

3.1.2. Base de dados e critérios de inclusão

Para a coleta de dados na revisão sistemática da literatura (RSL), utilizamos os descritores: “*sexualidade*” e “*transtorno mental*” em três plataformas distintas: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (**LILACS**), Biblioteca Eletrônica Científica Online (**SCIELO**) e periódicos de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (**CAPES**), com os filtros: (a) últimos 5 anos (2014 - 2019), (b) tipo de literatura (artigos), (c) País (Brasil) e (d) idioma (português/inglês).

Os artigos foram selecionados a partir da leitura dos resumos que indicavam, como parte do desenvolvimento do estudo, a presença da opinião de trabalhadores ou usuários dos serviços de saúde mental sobre a sexualidade.

3.1.3. Procedimento de análise de dados

Como toda revisão sistemática da literatura, os dados foram levantados, selecionados, os resumos lidos na íntegra, agrupados em categorias e analisados em sua convergência temática (BARDIN, 2016) para responder ao objetivo da pesquisa, qual seja, o que e como as pesquisas anteriores publicadas dizem sobre a relação entre saúde mental e sexualidade. Os artigos selecionados foram nomeados por ordem crescente de ano de publicação, exemplo: A1 publicado em 2013 e A2, A3 em 2014.

3.2 ESTUDO 2 - Concepções de profissionais atuantes no CAPSi sobre a sexualidade e a Educação Sexual

3.2.1 Natureza do Estudo

O estudo 2 teve uma abordagem qualitativa do tipo descritiva que visava a caracterização de determinada população e fenômeno ou ainda a relação entre variáveis (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006) e do tipo exploratória para aprofundar em determinada temática devido à escassez de exploração dos seus conceitos constituintes (BEUREN; RAUPP, 2006).

3.2.2 Local

O estudo foi realizado nas dependências do Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPSi) de uma cidade do interior paulista de médio porte.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), existente após a consolidação da reforma psiquiátrica, em 2002, destina-se às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, como mostra a Portaria nº 366 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). É um serviço que transpassa o modelo asilar e pretende realocar socialmente os usuários com sofrimento psíquico em decorrência de transtornos mentais e uso de álcool e outras drogas e fornece o cuidado personalizado, através do Projeto Terapêutico Singular (PTS) que em seu planejamento engloba a família, a equipe e o próprio indivíduo. O dispositivo circunscreve-se na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que objetiva a formação, conexão e funcionamento dos pontos de atenção à saúde destinados a este público em específico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Cabe aqui destacar três premissas da RAPS, de acordo com Ministério da Saúde (2015, p. 06-07) “[...] a promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais de saúde, o combate de estigma e preconceitos [...] e atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas”.

Entende-se o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como o principal serviço estratégico de caráter substitutivo, é uma política de referência para potencializar a autonomia e qualidade de vida e acolher sofrimento psíquico em decorrência de transtornos mentais que demandam atenção intensiva e singular (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Constitui-se de uma equipe multidisciplinar com atuação dentro da perspectiva interdisciplinar de forma a ocupar espaços coletivos para ratificar a premissa de inclusão social e cidadania dos usuários do serviço. Desta forma, desenvolve-se a ideia de cuidado corresponsável, que é a construção do projeto terapêutico singular em conjunto com o próprio indivíduo e familiar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Ainda, a Portaria nº 3088 prevê ao CAPSi a responsabilidade do atendimento de crianças e adolescentes com intenso sofrimento psíquico em detrimento de transtornos mentais graves e persistentes e/ou uso abusivo e dependente de substâncias psicoativas com a pretensão de acolher condições clínicas enquadradas em um contexto de vulnerabilidade de laços sociais e familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Conclui-se, com base na Portaria nº 366 do Ministério da Saúde (2002) que

A assistência prestada ao paciente no CAPS I e II inclui as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros), atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social, desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça, os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

Atualmente, no município em que as entrevistas foram feitas, há o serviço de ambulatório de saúde mental, o CAPS I, CAPS III, CAPS III AD, CAPSi e CAPS III AD Infante Juvenil.

Neste sentido, ao pensar na atenção psicossocial infante juvenil, entende-se como primordial e de urgência “a promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, da saúde sexual e reprodutiva, da saúde mental e aquelas estratégias voltadas para a prevenção contra o álcool e outras drogas e a redução de morbimortalidade por violências e acidentes” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p. 18).

3.2.3 Participantes

Foram participantes 7 profissionais de saúde mental, de ambos os sexos, atuantes dentro do CAPSi e que obedeceram os critérios de inclusão do estudo, que referem-se: a) grau de instrução dos servidores (devem possuir ensino superior); b) serem capacitados/autorizados para conceder oficinas ou grupo terapêuticos dentro; c) serem membros da equipe multidisciplinar – médico/a (psiquiatra, neurologista ou pediatra), enfermeiros/as, psicólogos/as, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos/as e pedagogos/as. O convite para recrutar os participantes aconteceu de modo presencial, em uma reunião feita no início de 2020 com a maioria da equipe, a partir da visita da pesquisadora ao CAPSi. Ademais, o único critério de exclusão refere-se à recusa em participar voluntariamente do estudo e não se encaixar nas condições inclusivas (Ver Tabela 1). Os participantes das entrevistas, a fim de manter o anonimato, foram identificados por “*participantes + número da entrevista*” e durante a análise de conteúdo para melhor organização, reduzimos para a abreviação: p + número da entrevista.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes (n = 7)

Participantes	Gênero	Profissão	Especialização em Sexualidade	Anos de experiência em saúde mental
Participante 1	Masculino	Psicólogo	Não	Não informado
Participante 2	Feminino	Psicóloga	Não	Não informado
Participante 3	Feminino	Fonoaudióloga	Não	2 anos
Participante 4	Feminino	Psicóloga	Não	3 anos
Participante 5	Feminino	Psicóloga	Não	23 anos
Participante 6	Feminino	Enfermeira	Não	18 anos
Participante 7	Feminino	Fonoaudióloga	Não	1 ano

Fonte: Elaborada pela autora a partir de dados coletados nas entrevistas.

3.2.4 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados com os(as) participantes, utilizamos um roteiro de entrevista, elaborado pela pesquisadora, com a colaboração da orientadora, pois o uso da entrevista é considerado fundamental para o mapeamento de uma propriedade mais subjetiva, que abarca a práxis, as ideias, a postura de toda uma realidade, de acordo com Duarte (2004, p. 215) permite coletar “indícios dos modos como cada um daqueles sujeitos percebe e significa sua realidade e levantando informações consistentes que lhe permitam descrever e compreender a lógica que preside as relações que se estabelecem no interior daquele grupo”.

O roteiro da entrevista seguiu os eixos temáticos (ver Tabela 2) de sexualidade e educação sexual, o papel do profissional de saúde na implementação da proposta de educação sexual e as possibilidades e limites de implementá-la no CAPSi.

Tabela 2 – Eixos temáticos do instrumento de coleta de dados

EIXOS TEMÁTICOS	Objetivos	Questões
Sexualidade e Educação Sexual	Investigar os conceitos que têm sobre sexualidade e educação sexual Investigar se e como ocorre educação sexual no serviço	1, 2 e 3
Possibilidades e limites da educação sexual no CAPS	Analisar a opinião dos profissionais sobre a implementação de um programa de ES no CAPS, os limites e possibilidades	4, 5, 6, 7, 8 e 9
O papel do profissional de saúde na implementação da Educação sexual no CAPS	Investigar o preparo dos profissionais da saúde para participarem na ES dos usuários	10, 11, 12, 13 e 14
Sexualidade e Saúde mental (A partir da quinta entrevista)	Investigar a compreensão dos profissionais de saúde sobre a relação entre sexualidade e saúde mental	15
Encerramento	Proporcionar um espaço para manifestações espontâneas, complementares	16

Fonte: Elaborada pela autora e orientadora com a finalidade de coletar os dados do estudo.

Antes da coleta, o instrumento foi testado em sua funcionalidade, como piloto, com uma servidora do Centro de Atenção Psicossocial 1. A entrevista, de início, foi mantida com os participantes e funcionários do CAPSi. No entanto, durante o procedimento - quinta entrevista, tanto a pesquisadora quanto a orientadora, perceberam a ausência da vinculação entre a sexualidade e saúde mental e inseriram a pergunta 15, correspondente ao eixo temático “Sexualidade e Saúde mental”. Após as modificações, o roteiro foi considerado como versão final (APÊNDICE B).

3.2.5 Procedimentos

3.2.5.1 Procedimentos éticos

Este projeto atende as normas éticas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde no Brasil que regulamenta as pesquisas com seres humanos (Resolução 466/12) e foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa¹⁷. Para a coleta dentro do Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil foram solicitadas e aprovadas permissões de realização da pesquisa pela Secretaria Municipal da Saúde (APÊNDICE C). A pesquisa não colocou em risco a integridade dos participantes, não envolveu danos morais ou físicos e nem está atrelada à obtenção de benefícios ou pagamento monetário.

3.2.5.2 Procedimentos de coleta e análise de dados

Para a coleta de dados junto aos participantes, em primeiro lugar, foi realizado um contato com a coordenação do serviço público de saúde mental da cidade para autorização da referida pesquisa, no caso, a Secretária Municipal de Saúde.

Mediante a autorização, foi feito um convite pessoal com exposição dos objetivos gerais do estudo e procedimentos da coleta a cada um dos(as) profissionais trabalhadores(as) do CAPSi, e mediante seu consentimento voluntário foram agendadas as entrevistas em dia e horário mais conveniente.

As entrevistas foram realizadas em salas do Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPSi) no interior de São Paulo, individualmente, em uma sala reservada, sem ruídos e sem interferências e a interação foi gravada com anuência do(a) participante. Um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi lido, preenchido e assinado pelos participantes, tendo sido retido uma cópia conosco e uma com o(a) participante (APÊNDICE A).

Os relatos gravados foram transcritos, na íntegra, em documento Word, para posterior análise de conteúdo a partir de Bardin (2016). Esta técnica é comum em pesquisas qualitativas e se refere a um conjunto de técnicas de análise de comunicações, mais precisamente, a decodificação sistemática e objetiva de informações contidas nas mensagens e falas dos entrevistados feita através da análise categorial, que consiste na quantidade de presença ou ausência de itens relevantes para a problemática da pesquisa. Desta forma, é perante as respostas e discursos dos profissionais de saúde que se pode confirmar ou refutar a hipótese inicial deste projeto.

¹⁷Parecer número: 3.509.837

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 ESTUDO 1 - Revisão sistemática da literatura: A sexualidade da pessoa com transtorno mental.

4.1.1 Caracterização da amostra encontrada de artigos na revisão

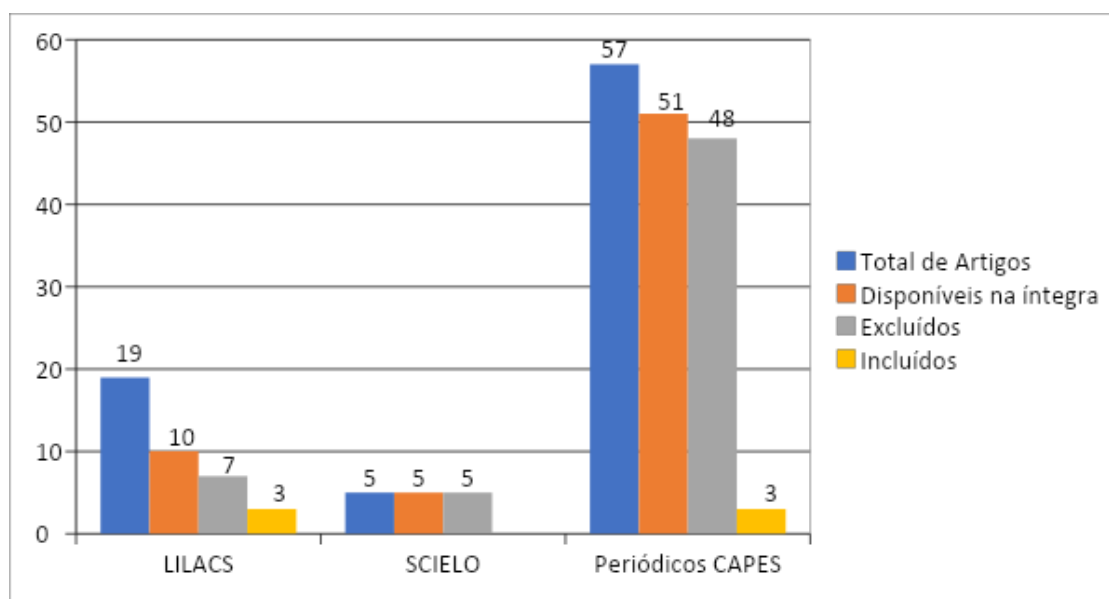
A sexualidade por ser um tabu dentro da sociedade - mesmo que em um desenvolvimento normativo, é um agravante para a escassez de artigos voltados para a pessoa com transtorno mental e faz da temática uma desconhecida com pouca exploração como visto nos resultados dispostos na Tabela 3.

Tabela 3 - Número de artigos nas Bases de Dados

	LILACS	SCIELO	CAPES	TOTAL
Artigos encontrados	19	5	57	81
Disponíveis na íntegra	10	5	51	=66
Excluídos por idioma	0	0	1	-1
Excluídos por repetição	0	4	3	-7
Excluídos por exceder 5 últimos anos	3	0	0	-3
Excluídos por temática	4	1	44	-49
Artigos incluídos	3	0	3	=6

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados encontrados.

Apesar de um número significativo de estudos encontrados, os incluídos (Quadro 1) foram 6, devido aos filtros e critérios estabelecidos para escolha dos artigos. O total corrobora com o indicativo do pouco interesse em explorar sobre a temática.

Quadro 1 – Seleção dos artigos incluídos.

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados encontrados.

É possível notar que os estudos encontrados, em sua maioria, são da área da enfermagem, de natureza qualitativa e têm como público-alvo os usuários dos serviços de saúde mental (ver Tabela 4). Indicam, por assim dizer, que a produção tem sido feita, mesmo que seja insuficiente para um debate permanente dentro da academia e de cursos – que a posteriori poderão ocupar as políticas públicas em saúde - e para uma transformação social que permita as intervenções e Educação Sexual em espaços voltados para a pessoa com transtorno mental.

Tabela 4 – Caracterização dos artigos incluídos

ARTIGOS INCLUÍDOS								
ANO	Nº ARTIGO	NOME	REVISTA	AUTOR	PAÍS	ABORDAGEM	NATUREZA	PÚBLICO-ALVO
2013	A1	Percepção de trabalhadores de enfermagem sobre sexualidade de portadores de transtornos mentais	Acta Paulista Enfermagem	ZILLOTTO, G. C.; MARCOLAN, J. F.	BR	Empírica	Qualitativa	Enfermeiras e auxiliares de enfermagem do Centro de Atenção Integral à Saúde Mental
2014	A2	Representações sociais da Enfermagem: A sexualidade de portadores de Transtornos mentais	Revista Mineira de Enfermagem	ZILLOTTO, G. C.; MARCOLAN, J. F.	BR	Empírica	Qualitativa	Trabalhadores de enfermagem do Centro de Atenção integral à Saúde Mental

	A3	Sexually transmitted diseases among psychiatric patients in Brazil	The Brazilian Journal Of Infectious Diseases	DUTRA, M.R.T.; CAMPOS, L.N.; GUIMARÃES, M.D.C.	BR	Empírica	Quantitativa	Usuários de Hospitais e Ambulatórios em Saúde Mental
2015	A4	A abordagem da sexualidade como aspecto essencial da atenção integral de pessoas com transtornos mentais	Ciência & Saúde Coletiva	BARBOSA, J.A.G.; SOUZA, M.C.M.R.; FREITAS, M. I. de F.	BR	Empírica	Qualitativa	Usuários e profissionais de serviço público de saúde mental
	A5	Gender and sexuality of people with mental disorders in Brazil	Latinoamericana	BARBOSA, J.A.G.; GIAMI, A.; FREITAS, M.I. de F.	BR	Empírica	Qualitativa	Usuários do serviço público de saúde mental
2018	A6	Sexualidade e saúde mental: Construindo sentidos com pessoas usuárias de um CAPS	Estudos de Psicologia	DETOINI, V.C.; RASERA, E.F.	BR	Empírica	Qualitativa	Usuários do CAPS

Fonte: Elaborada pela autora após resultado em bases de dados.

4.1.2 Convergências temáticas dos artigos analisados: categorias temáticas emergentes da revisão sistemática

A partir da leitura dos artigos localizados, a análise qualitativa consistiu na leitura na íntegra dos mesmos, para posterior agrupamento dos temas convergentes, resultando em três agrupamentos, quais sejam:

(a) Artigos que versam sobre a compreensão dos participantes sobre a sexualidade, incluindo aqueles que se referiam a percepção do fenômeno sobre sexualidade em pessoas com transtornos mentais: a sexualidade naturalizada e a manifestação do transtorno;

(b) Área da ciência do estudo, incluindo os artigos cuja a abordagem da sexualidade era predominante em determinada ciência;

(c) Proposta de intervenção para a manifestação sexual, incluindo os artigos das pretensões que os pesquisadores indicam como modo interventivo.

4.2.1.2 Artigos que versam sobre a compreensão dos participantes sobre a sexualidade - a sexualidade naturalizada e a manifestação do transtorno.

A sexualidade naturalizada

A sexualidade enquanto naturalizada adere um entendimento mais global do fenômeno, cujo tem como referencial teórico tanto a perspectiva biológica quanto a psicológica e a social, como visto nos trechos dos artigos:

“A sexualidade é um componente fundamental na vida de qualquer ser humano e todos têm o direito de vivenciá-la de maneira plena, agradável e saudável” (A5).

“Vê-se que as questões envolvendo sexualidade, práticas, prevenção e uso de medicamentos devem ser tratados não como mais um sintoma, mas dentro do contexto social, questionando as noções essencialistas e normatizadoras” (A6).

A manifestação apresenta-se ao longo de todo ciclo vital com a construção do sentido da sexualidade com base nas influências da socialização, da cultura e da história. Há uma variação na forma de vivenciá-la de indivíduo para indivíduo a depender do contexto econômico, social, familiar e subjetivo (MAIA, 2014).

De acordo com Maia (2007) para sabê-la há de transcender a restrição da sexualidade ao ato sexual e considerar a identidade de gênero, os papéis sociais, os sentimentos e prazeres que a integra.

No entanto, as experiências e relações sexuais de pessoas com transtorno mental – ao longo da história – são fortificadas sob a lógica do estigma, do preconceito e da omissão de direitos (DETOMINI; RASERA; PERES, 2016) e com isso, emergem os obstáculos que impossibilitam considerá-la como um dos aspectos constituintes do ser humano.

Manifestação do transtorno

A sexualidade pode, ainda, ser vista como uma mera manifestação da condição clínica da pessoa com transtorno mental que afasta e/ou retira a probabilidade de sujeito de conhecer o fenômeno de uma forma mais saudável e autônoma antes-durante-depois do processo de cuidado, nota-se em recortes dos estudos:

“A maioria dos trabalhadores de enfermagem percebeu a sexualidade do portador de transtorno mental como manifestação da doença, sendo o indivíduo

incapacitado de expressão da sexualidade tida como normal, uma vez que não consegue regular seus afetos e desejos” (A2).

“Dessa forma, o profissional mantém-se afastado por não reconhecer a sexualidade dessas pessoas como natural; mas como diferente, negando-a e censurando-a [...] Predominam representações de hiperssexualidade e busca intensa pelo ato sexual, o que define as maneiras como os profissionais cuidam dessas pessoas” (A4).

A partir de Miranda e Furegato (2002) o profissional reproduz a norma vigente, a qual se identifica, dentro da instituição e provoca: o julgamento moral da expressão sexual, a negação e a deslegitimação que classifica a sexualidade como consequência do transtorno.

A hiperssexualização e a infantilização são mitos que permeiam a sexualidade dos sujeitos marginalizados socialmente como os pacientes com transtornos mentais e a pessoa com deficiência, ou seja, ora aparece como uma erotização excessiva e ora surge como a negação do fenômeno. Luiz e Nuernberg (2018) assinalam que ao admiti-los como verdade, comete-se um erro por ampliar a ausência de conhecimento, de abertura e de qualificação profissional, e de certa forma, autoriza o quadro de superexposição em relação aos comportamentos de risco, como contração de ISTs e HIV/AIDS, gravidez não planejada, violência e abuso sexual. Essa condição de vulnerabilidade denuncia a falta de reconhecimento e de assistência à vida sexual, a fragmentação dos indivíduos, a violação dos direitos humanos e a falha no cuidado integral, condizentes a proposta da reforma psiquiátrica no que diz respeito a promover a autonomia de pessoas com transtorno mental (BARBOSA, 2011).

4.2.1.3 Artigos que versam sobre a área da ciência do estudo: a enfermagem, medicina e psicologia

A enfermagem como destaque

Embora a demanda de saber sobre a sexualidade seja uma realidade durante a atuação desses profissionais e pesquisadores, questiona-se: a enfermagem, embasada pelo modelo médico, é a profissão e/ou a área de estudo mais adequada para abordar a sexualidade como a quantidade de artigos indica ser? As produções escassas da Psicologia e da Medicina corroboram com a ideia de maior preparo dos enfermeiros e das enfermeiras? Há, ainda, uma

educação e formação continuada a ser feita para os trabalhadores da saúde, que é posta como uma realidade em termos associados como:

“Despreparo”, “profissionais de Enfermagem” e “sexualidade humana” (A2).

A Enfermagem mantém uma defasagem em relação a considerar a sexualidade em seu processo de formação, herança da década de 70 onde o ensino acerca do assunto era restrito a reprodução e o ciclo da maternidade, e dos anos 80, o qual o conteúdo não era repassado por despreparo do professor e falta de conhecimento no assunto. A orientação sistemática sobre a temática é inexistente, ainda que haja interesse de grupos em pesquisar sobre questões de natureza sexual, contudo é cada vez mais incentivado que o atendimento do indivíduo seja feita em sua totalidade a considerar a sexualidade humana como um dos pilares do desenvolvimento para romper com a centralidade nos aspectos biológicos como consequência de desinformação (GARCIA; LISBOA, 2012).

Com base em Costa e Coelho (2011), ainda que a formação profissional seja embasada em um padrão biomédico, há um movimento constante de ampliação da concepção da sexualidade em detrimento das recorrentes intervenções de cuidado com interação direta com o corpo e intimidade do outro, e de promoção ou educação em saúde que discutem, mais recentemente, os direitos sexuais e reprodutivos.

A ciência médica e psicológica

No artigo em que a área de estudo é a Medicina, há uma proposta que se diferencia da Enfermagem e da Psicologia no sentido da abordagem da sexualidade e aponta para uma vertente específica.

“O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência e correlatos de DST autorreferidas ao longo da vida entre pacientes com doenças mentais sob atendimento em um representante nacional amostra no Brasil” (A3).

No cenário brasileiro, a saúde sexual na formação médica é incomum com poucas produções científicas sobre a forma de ensinamento da sexualidade (o que ela, de fato é), quais conceitos a compõe e como proporcioná-la (RUFINO; MADEIRO; GIRÃO, 2013). Como fonte direta para a Enfermagem, a Medicina parte do viés daquilo que é orgânico e patológico e sintetiza o fenômeno a somente um dos segmentos da perspectiva biopsicossocial, fato corroborado com o estudo de Rufino et al. (2013) que objetivou saber a forma como a sexualidade humana é apresentada no curso de medicina através de dados coletados com 242 participantes. Os resultados indicam que

como exemplo, a disciplina, a aula e o aspecto da sexualidade mais comentados foram, respectivamente, a ginecologia, o câncer genital feminino e as disfunções sexuais. O mesmo aconteceu nas disciplinas de psiquiatria e urologia, com a observação da grande frequência de relatos sobre o ensino da sexualidade em aulas de doenças psiquiátricas, prevenção de DST, HIV/Aids e câncer genital masculino, além do destaque para os transtornos e disfunções sexuais (RUFINO et al., 2013, p. 182)

Com isto, percebe-se que a lógica médico-higienista prevalece na formação médica – nos currículos do curso - e orienta as ações em Saúde Pública que além de consolidar, propagam um padrão normativo de sexualidade, o qual patologiza as práticas que não seguem a norma heteronormativa (YARED; MELO, 2015).

Por outro lado, a Psicologia tende a defender o modelo amplo do fenômeno e superar o entendimento limitado ao âmbito da higienização, como podemos no artigo A6:

Vê-se que as questões envolvendo sexualidade, práticas, prevenção e uso de medicamentos devem ser tratados não como mais um sintoma, mas dentro do contexto social, questionando as noções essencialistas e normatizadoras. Assim, tendo em vista a importância e a complexidade da temática para a área da saúde mental, o objetivo desta pesquisa foi compreender os sentidos sobre sexualidade para pessoas usuárias de serviço de saúde mental negociados em oficinas de sexualidade (A6).

Há um diálogo permanente, na prática psicológica, da oportunidade de existir e de valorizar as diferenças, as relações prazerosas e desejantes com o intuito de viabilizar o assimétrico e incomum através dos saberes da Psicologia que elege como foco a sexualidade polimórfica, ou seja, as variadas maneiras de exercê-la (BORGES; CANUTO; OLIVEIRA; VAZ, 2013).

Neste caso, a sujeição do fenômeno ao determinismo natural e biológico é inexistente por existir a consciência e a habilidade do sentir. A sexualidade, portanto, é aspecto da existência, da particularidade e da manifestação do indivíduo, em vista disso, tem caráter energético, mutável e histórico, e há de estar disposta às transformações de significados e de vivências (NUNES, 1987).

Necessita, nesse sentido, de uma abertura para o diálogo que objetiva minimizar as distorções da sociedade que engessam e impossibilitam a existência saudável da sexualidade da pessoa com transtorno mental (DETOMINI; RASERA; PERES, 2016).

4.2.1.4. Artigos que versam sobre propostas de intervenção para os jovens no serviço: oficinas de educação sexual

Oficinas de educação sexual

A educação sexual aparece como um instrumento na prática psicológica para auxiliar na experiência da sexualidade de modo mais coeso e satisfatório, explícito no A5 a partir do trecho:

É importante encontrar oportunidades para essas pessoas falarem sobre a sua sexualidade e compartilharem experiência. É importante ensiná-los sobre seus corpos, como empoderá-los e o que fazer com eles. É importante quebrar os silêncios sobre a violência sofrida pelas pessoas com transtorno mental. Assim como é importante ir além das práticas defensivas e desenvolver estratégias coerentes com seus contextos sociais para que assim os direitos humanos possam ser alcançados (A5).

A Educação Sexual, consiste em uma criação de espaço para pensar acerca da sexualidade, discutir sobre as instituições de repressão sexual, proporcionar uma percepção mais saudável do fenômeno, das relações interpessoais e das próprias escolhas, ausenta-se de uma norma ou verdade absoluta, valorizar a singularidade de cada um e requer organização e planejamento com objetivos e metas a serem alcançadas (MAIA; RIBEIRO, 2011).

O processo, em continuidade, exige dos profissionais o rompimento com verticalidade do saber e dos “bons costumes”, devem ser mediadores de uma discussão e reflexão que requer cautela para abandonar a condicionalidade dos sujeitos e provocar o pensamento crítico e uma prática inovadora da vida sexual ao prezar por diversas expressão da sexualidade e pelo respeito ao próximo (JEOLAS; FERRARI, 2003).

Logo, com base na proximidade da ciência psicológica com a temática, devido aos estudos da sexualidade a partir da psicanálise e da relação direta do fenômeno com a estrutura do pensamento, da identidade, das emoções e da vida saudável, infere-se que os(as) psicólogos(as) têm melhores recursos para capacitar ou intervir em conteúdos sexuais, inclusive, em consequência da escuta qualificada – premissa da profissão - que requer da anulação de qualquer julgamento moral sobre a temática (MOURA; PACHECO, DIETRICH; ZANELLA, 2011).

Repressão, punição e controle

A repressão é um dispositivo antigo da sociedade que delega a responsabilidade de supervisionar, e como consequência limitar, a prática sexual à uma instituição social ou ao indivíduo mais “reconhecido” socialmente dentro de uma relação de poder, neste caso, o profissional fiscaliza a pessoa com transtorno mental, como nos termos e trechos abaixo:

“vigiada”, “observada”, “controlada”, “punida”, “contenção química ou mecânica” e “medida de controle” (A2).

No entanto, acreditam que esses modos de gestão da vida sexual são correntes e provenientes da “própria loucura”, devendo, de modo geral, serem reprimidos e sobre os quais se prefere o silêncio e o distanciamento (A4)

Determina-se a espécie da repressão a partir da finalidade do opressor, pode ser pedagógica ao reparar os costumes individuais e fomentar novos jeitos mais “saudáveis” ou aceitos moralmente, punitiva ao promover às ações desviantes a oportunidade de correção, vigilante ao perceber os fatores de risco para uma sexualidade anormal e estigmatizante ao anunciar, denunciar e notificar os “desviados” abertamente para a sociedade com a pretensão de que a própria audiência seja capaz de reprimi-los quando necessário (CHAUI, 1985).

Segundo Ferrari e Almeida (2012) a sexualidade é moldada perante as configurações discursivas que obedecem ao poder. O discurso adquire uma forma seja de instituição ou uma personificação, como um familiar, um educador ou um político, e assim as práticas, desejos e indivíduos que fogem ou afastam-se da lógica discursiva são alvos dos mecanismos repressivos e de uma sexualidade negligenciada.

À visto disso, a ambiência do serviço de saúde público em saúde mental funda-se em discriminação e desproteção social, os quais impossibilitam a qualidade da saúde sexual e necessita-se da promoção da sexualidade por meio de intervenções integrativas e equitativas que atendem à perspectiva sociocultural do fenômeno com o intuito de proporcionar uma experiência sexual mais saudável, consciente e coesa (BARBOSA, 2011).

4.3 ESTUDO 2 - Concepções de profissionais atuantes no CAPSi sobre a sexualidade e a Educação Sexual.

4.3.1 Conceito de Sexualidade e Educação Sexual de profissionais do CAPSi

Os profissionais de saúde mental do CAPSi oscilam quanto à definição de sexualidade ao pontuarem aspectos e compreensões diferentes. Há a relação do fenômeno com o

desenvolvimento humano, em que predomina a ideia de um indivíduo com sexualidade durante todo o ciclo vital e desde o nascimento. A manifestação, por sua vez, é subjetiva, de modo que cada um experiencia a sexualidade singularmente. Por outro lado, há a associação da orientação sexual à definição do conceito de sexualidade, em que se entende que o desejo sexual é exatamente o que a determina.

Tabela 5 - Distribuição das categorias sobre os conceitos de sexualidade do ponto de vista dos profissionais do CAPSi e exemplos de respostas em cada uma delas.

Categoria	Exemplos de respostas (*)
Sexualidade como uma vivência que é parte do desenvolvimento humano	<i>“uma forma de manifestação... (...)relação da pessoa com... com a própria sexualidade, com a própria vivência dessa experiência (P1)”</i> <i>“sexualidade, pra mim, é... seria um conjunto de aspectos inerentes aos seres humanos, né? Então todos têm, seja de que forma for, enfim, mas todos têm, é inerente ao ser humano (P2)”</i> <i>“atravessa o início da vida e o desenvolvimento ali da... do adolescente, enfim, da personalidade (P4)”</i> <i>“faz parte d... do.. ser humano, né, da nossa vida, né? (...) acompanha a gente desde o nascimento até a nossa morte, seria isso (P5)”</i> <i>“Bem, eu acho assim, nós nascemos já com a sexualidade, né? (P6)”</i> <i>“Sexualidade é algo do ser humano independente se tem algum transtorno mental ou não (P7)”</i>
Sexualidade enquanto desejo sexual: erotismo, orientação sexual, identidade de gênero e relação com próprio corpo.	<i>“seriam aspectos... desejo, é... companheirismo, atração (P2)”</i> <i>“sexualidade tem a ver com orientação sexual a princípio, né? E a partir da minha orientação sexual... é como eu vou me relacionar sexualmente com outras pessoas, então ass... eu acho que teria a ver com orientação sexual e como eu me relaciono fisicamente com outras pessoas a partir da minha orientação sexual, seria isso (P3)”</i> <i>“desde de brincadeiras de escola, de pintar os órgãos genitais... enfim... até questões de identidade de gênero (P4)”</i>

	<i>“sensações, afetos, reações que a gente tem de prazer, relacionamentos que a gente tem com as outras pessoas, né? Éé... enfim, é um conjunto de coisas, né? (P5)”</i> <i>“eu penso que assim... é a maneira, alguma coisa que envolva desejo sexual, como o outro se comporta, né (P7)”</i>
--	--

A sexualidade é, ainda, pensada de maneira nebulosa em nossa sociedade, embora seja um conceito amplo que por definição envolve múltiplos aspectos como o desenvolvimento humano e o desejo sexual (MAIA, 2006; OMS, 2006).

A associação do fenômeno à orientação sexual, ao prazer e à atração física é usual em consequência de todo o processo histórico existente por trás da definição atual, visto que inicialmente o ato sexual e a sexualidade eram equiparados, reduzidos por um instrumento e mecanismo de controle da ordem social, e de difícil dissociação (FOUCAULT, 2014; VITIELLO, 1997; NUNES, 1987).

Paradoxalmente, o *saber-poder* - concentrado em uma camada patriarcal e heteronormativa - responsável por reprimir e retirar o direito de expressão da sexualidade daqueles que fogem à norma, permite *através* dele o avanço na conceituação e na compreensão do fenômeno a ponto de mesmo que com dificuldade, os profissionais de saúde presente como público-alvo da pesquisa, consigam definí-lo de forma a dialogar com os estudos sobre a sexualidade (MAIA; RIBEIRO, 2010; MAIA, 2006; NUNES, 1987; FOUCAULT, 1984, 1985). Nessa perspectiva, as categorias *a) sexualidade como uma vivência que é parte do desenvolvimento humano* e *b) sexualidade enquanto desejo sexual: erotismo, orientação sexual, identidade de gênero e relação com próprio corpo* aparecem de forma correlacionais nas respostas dos entrevistados. Propiciam, com isto, incitar a ideia de que a sexualidade, parte de *todo* o desenvolvimento humano que abarca o *desejo sexual* em conjunto com a adolescência, fase do nosso ciclo vital em que começamos a direcionar o desejo ao outro e faixa etária dos usuários do CAPSi, deveriam ser alvo de intervenção para melhor experiência sexual e autonomia de vida.

Em relação a Educação Sexual, os profissionais entendem que é um espaço sistematizado e organizado para falar abertamente sobre a sexualidade e construir ideias e conceitos em conjunto, assim como desconstruir aquilo que somos ensinados direta ou indiretamente e que nos limitam a uma única maneira de manifestação. Além de propiciar uma troca que viabilize uma vivência da sexualidade mais saudável e coesa para o jovem

através dos informativos sobre ISTs, gravidez não planejada e as mudanças corporais e hormonais que estão presentes na adolescência.

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.

Categoria	Subcategorias	Exemplos de respostas (*)
Educação sexual como um espaço sistematizado e organizado de discussão sobre sexualidade	<i>Com objetivos de esclarecimento, diálogo e reflexão</i>	<i>“A educação sexual seria você ‘tá’ explicando e... e falando naturalmente, como é formado o ser humano, né e o que é normal, o que é comum na infância que seria a normalidade (P6)”</i>
	<i>Com objetivos de orientar sobre hábitos saudáveis, desenvolvimento do corpo e prevenção sobre infecções sexualmente transmissíveis e gravidez</i>	<i>“a forma como se orienta o indivíduo a respeito de como lidar melhor com possíveis possibi.... possíveis problemáticas que a pessoa tenha em relação a isso... éé... maneiras de se vivenciar isso que sejam... éé... saudáveis (P1)”</i> <i>“educação sexual (...) seria uma orientação nesse sentido, falar sobre (...)mudanças de hormônios, principalmente, a gente que trabalha com adolescentes, né? As mudanças de hormônios, fazer a comparação entre como era antes quando era criança, de repente o que mudou, como que ficou agora, né? E...isso eu falo mais da criança e do adolescente que é a demanda que a gente atende aqui (P2)”</i> <i>“educação sexual seria assim... formas de você prevenir doenças sexualmente transmissíveis, uma gravidez indesejada (P3)”</i> <i>“talvez o acesso a informações desde das questões mais primárias assim (...) Como é que eu me vejo, como é cuidado desse corpo, né? E das questões de...de poder, né? Que aí eu</i>

		<i>acho que é uma situação muito mais complexa, né? De entender que que é uma violência, né? O limite do outro na relação, né? (P4)</i> <i>“educação sexual seria informação, né? A respeito dessa nossa sexualidade aí que... que... caracteriza, né? Nossos órgãos sexuais, né? As nossas sensações e tudo mais, e também reflexões a respeito de como... é.... lidar com essa sexualidade, como usa-la e assim por diante, né? (P5)”</i> <i>“entender como que o corpo humano funciona, né, e não só isso, também o respeito que a gente para com nosso corpo e com o corpo do outro (P7)”</i>
--	--	--

A Educação Sexual é um espaço dicotômico: simbólico vs. real, assistemático vs. sistematizado de abertura, diálogo e reflexão sobre a sexualidade, bem como de desconstrução das normativas socioculturais que a limitam quanto às possibilidades de conhecimento e expressão sexual (FIGUEIRÓ, 2009; MAIA, 2006; WEREBE, 1998).

A ES existe mesmo que nenhum conteúdo sobre sexualidade seja abordado ou ensinado, e é feita a partir do momento em que há a sociabilização do indivíduo, ou seja, desde o nascimento por diferentes vias, como a mídia, a família e a escola. Por perpassar as fases do desenvolvimento humano, quando há ausência de informações claras e de conhecimento fundamentado sobre o fenômeno, a metodologia de ensino (e por consequência a aprendizagem) é protagonizada por representações, modelos e por compreensões do conteúdo subentendido e não-dito (NUNES; SILVA, 2000; WEREBE, 1998).

Com o foco de intervenção com crianças e adolescentes e uma demanda concreta de sexualidade, os entrevistados do CAPSi apontam para uma concordância em relação à intervenção em que: c) *a Educação Sexual é um espaço sistematizado e organizado de discussão sobre sexualidade com a finalidade de orientar sobre hábitos saudáveis, desenvolvimento do corpo e prevenção sobre infecções sexualmente transmissíveis e gravidez.*

Realidade distante do que acontece em um serviço de atenção psicossocial, em que os profissionais de saúde por não terem qualificação e conhecimento, pouco abordam a sexualidade, ainda que o educar aconteça de forma não intencional. A ausência denuncia,

sobretudo, as limitações dos serviços e das instituições de cuidado em considerar a saúde sexual como um vértice da qualidade de vida e dos profissionais de saúde em saber sobre a própria sexualidade e a sexualidade enquanto objeto de estudo da área.

4.3.2 A Educação Sexual no CAPSi

A existência da Educação Sexual nos serviços de saúde é avaliada, majoritariamente, como temática abordada secundariamente em atendimentos, grupos ou orientações por profissionais de nível técnico do CAPSi a depender da necessidade dos usuários. Nesse sentido, é inexistente uma Educação Sexual sistematizada, em que haja uma discussão permanente e contínua sobre a sexualidade a fim de propiciar aos jovens uma maior autonomia sobre as próprias práticas. Depende, portanto, da disposição e interesse dos profissionais responsáveis por oficinas ou atendimentos individuais em intervir nas questões que são trazidas pelos adolescentes.

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.

Categoria	Exemplos de respostas (*)
Intervenção em sexualidade presentes de forma secundária em atendimentos ou orientações quando aparece como demanda	<i>“algumas questões especialmente de muitos casos que a gente acompanha que tem... é... vulnerabilidades de toda a sorte, né? Algumas dessas vulnerabilidades passam pel... pela a questão da sexualidade ou às vezes a manifestação de ... às vezes até com conduta de risco relacionado a como vivenciar a sexualidade, então... o... talvez um dos principais motivos pelos quais são trabalhadas essas questões no CAPSi talvez sejam essas (P1)”</i> <i>“A maior parte é adolescente, a gente acaba fazendo quando surge essa demanda dos próprios adolescentes que é com bastante frequência até (P2)”</i> <i>“então isso acaba sendo secundário... pensar... é... na sexualidade, que ele se relaciona, que namora, isso acaba sempre sendo secundário, então, num primeiro momento em casos muito graves, eu não penso sobre isso (P3)”</i> <i>“acho que é um tema transversal, né? (P4)”</i>

	<i>“Sabe como é tudo isso, então a gente chegava a discutir isso com os pais, né? Mas conforme as coisas apareciam, nada formalizado, né? Dependendo das queixas que aconteciam, isso em relação às crianças (P5)”</i>
Educação sexual não formal e de iniciativa individual dos profissionais de saúde mental	<i>“educação sexual assim, eu acho que nós, psicólogos, acabamos tendo que fazer, ainda mais que a nossa demanda é adolescente, né? (P2)”</i> <i>“os adolescentes eles trazem muito, né? Isso faz parte do cotidiano, mesmo existindo essa lenda que não se pode trabalhar porque eu fecho a porta, eu trabalho com o que aparece, né? (P4)”</i> <i>“óbvio que a gente atendendo crianças e adolescentes em alguns momentos podem ter surgidos assuntos relacionados a isso, mas daí isso seria um... uma coisa informal e ... ia ser abordado de acordo com cada profissional (P5)”</i> <i>“Mas, no dia-a-dia, a gente... o que eu faço nas minhas oficinas terapêuticas... a gente conversa, então conversa sobre o corpo, né, então a gente ensina a criança a se autoconhecer e baseado nisso, a se proteger também, né? (P6)”</i>
Inexistência de educação sexual sistematizada	<i>“não é uma coisa planejada, né? Porque muitos deles estão em sofrimento e as vezes o sofrimento é decorrente de outras questões, muitos tem a questão da homossexualidade que acarreta um sofrimento muito grande (P2)”</i> <i>“não quer dizer que de repente em alguns pacientes pontualmente não se falem sobre isso, mas enquanto um programa aqui dentro em um ano em que estou não tem (P3)”</i> <i>“eu nunca cheguei a fazer, né, algo relacionado a isso. Não sei se porque não houve oportunidade, né, então assim, eu não sei das outras profissionais se há alguma maneira de trabalhar isso, mas eu nunca trabalhei (P7)”</i>

Os modelos de cuidados das instituições e serviços de saúde são heranças de uma prática estrangeira baseada em uma lógica higienista e controladora dos corpos (VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014). A intervenção em sexualidade, nessa configuração, é condizente à política sexual (WEEKS, 1989) em que há um aniquilamento de expressão não-normativas e alinhamento de práticas rumo à manutenção da ordem social.

À vista disso, a Educação Sexual como um projeto a longo prazo que visa a autonomia e conscientização dos jovens acerca das vivências (MAIA, 2006) é inexistente. É feita, como indicam os participantes das entrevistas, de uma forma transversal e secundária em atendimentos individuais e parte de uma demanda ou de uma necessidade que o adolescente manifesta. As orientações ficam a critério e saber dos profissionais que pouco embasamento têm.

No entanto, a saúde sexual e reprodutiva é um direito dos adolescentes e incorpora à noção e conceito de saúde adotado para a criação das políticas públicas de saúde do Brasil (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013) que sustenta a existência de serviços como o Centro de Atenção Psicossocial. Dessa forma, a Educação Sexual emancipatória sistematizada é pensada como uma via para promover a saúde sexual, reprodutiva e, por consequência, a saúde mental dos jovens.

Contrariamente, a intervenção em sexualidade restrita à este momento corrobora com a lógica de saúde-doença e da medicalização (BARROS, 2002), em que há uma urgência a ser atendida e curada, uma vez que a atenção à sexualidade é dada somente quando há um “problema” a ser resolvido. Além disso, a ideia de abordagem em um espaço privativo e delimitado a quatro paredes, ou seja, a sala de atendimento, remete ao que Foucault (1988) traz como discussão em “História da Sexualidade 1: a vontade de saber”, em que a repressão sexual adentra a expressão da sexualidade para um único lugar íntimo e particular. E, em última instância, ainda que indiretamente, educa os jovens novamente a restringir e a entender a sexualidade como um problema que deve ser dito somente em condições específicas.

Se fosse proposto um programa de educação sexual aos usuários do CAPSi, os/as profissionais seriam, em sua maioria, a favor por entenderem a necessidade de intervir em sexualidade tanto com a equipe, devido a falta de conhecimento, quanto com os usuários, por ser uma demanda aparente que a família, principalmente, não sabe como orientar. A

Educação Sexual omissa e/ou repressiva prejudica, a longo prazo, as experiências e manifestações sexuais dos adolescentes.

Tabela 8 - Distribuição das categorias sobre ser favorável ou não a existir ES no CAPSi.

Categoria	Exemplos de respostas (*)
A favor, por ser uma necessidade da equipe e dos usuários	<i>“acho que teria que ter uma orientação sim desde a educação básica, não sei exatamente a partir de que idade (...) Agora, no CAPSi, eu acho que um programa específico em educação sexual poderia existir (P2)”</i> <i>“Eu acho que se... se esse programa fosse no sentido de educação dos trabalhadores, eu seria a favor (...) eu acho que seria mais efetivo com os profissionais porque realmente a gente precisa repensar muita coisa aqui dentro sobre isso, né? Acho que começa por aí (P4)”</i> <i>“seria a favor, na verdade de um programa (...) eu acho que até interessante, super interessante porque é lógico que é um assunto que tem que ser falado (...) então seria super interessante já que nós temos uma demanda aqui de adolescentes (P5)”</i> <i>“eu acho que tem que ter, né, eu acho que ... conforme eles vão ficando adolescentes, precisa ter a conversa, precisa porque os hormônios vem mesmo, você querendo ou não, eles aparecem e é natural, gente, isso é uma coisa.. que você tem que agir de uma forma natural (P6)”</i> <i>“eu seria a favor porque os adolescentes, pelo que eu percebo, eles vêm iniciando a vida sexual muito cedo, né, então, até nessa questão de prevenção de doenças porque eles só pensam em não engravidar (P7)”</i>
A favor, por ser uma questão difícil da família abordar e que repercute na manifestação da sexualidade dos jovens	<i>“eu seria a favor sim então, isso é... é realmente um...uma questão delicada, uma questão sensível que nem toda pessoa tá preparada pra falar a respeito, né? São problemas que... acabam sendo evidenciados até mesmo na vida das famílias com os próprios filhos, na repressão de determinadas formas de manifestar a sexualidade e às vezes é justamente por meio da repressão que o indivíduo cultua meios, às vezes não tão seguros de se manifestar dessa forma... além da... da vista dos pais, dos familiares, cuidadores e assim por diante (P1)”</i>

	<i>"Vai acabar envolvendo família, né? Os tabus de família, envolve, inclusive, a religiosidade, né? Então a gente entra numa área assim que... e a gente tem que tomar cuidado para não fugir do nosso objetivo, né? Amenizar o sofrimento mental. Às vezes, a gente tem que abordar algumas questões com as famílias com relação a isso, se é isso que está trazendo sofrimento pra eles, né? (P2)"</i> <i>"na verdade, eu acho que as famílias tão... têm muitas dúvidas mesmo assim, então precisa de orientação mesmo (P4)"</i> <i>"eu acredito que de forma geral, né, pros adolescentes isso também pode ser uma coisa difícil, então, eu acho que eles são carentes em todos os sentidos, inclusive por conta da família que eles podem ter, né, se as famílias também são complicadas, às vezes não se fala, às vezes tem famílias que são muito permissivas, promíscuas até e famílias que são com muitos tabus, muitos preconceitos então... é... é bem delicado ainda esse assunto (P5)"</i> <i>"se a mãe tá bem orientada, ela vai conseguir com clareza orientar seus filhos, entendeu? E acho que isso tem que ser da família mesmo, entendeu? Então a família precisa "tá" bem orientada porque as mães muitas vem perguntar pra nós, não sabem responder, então elas vem até nós perguntar para poder falar, entendeu? (P6)"</i>
--	---

Contudo, ainda que a necessidade não seja declarada, a adolescência é marcada pela iniciação a experiências sexuais e as transformações corporais-hormonais que direcionam a manifestação da sexualidade (MAIA, 2014). Os adolescentes, embora tenham concepções e compreensões diferentes a respeito de dimensões que a estruturam, são cobrados de terem uma prática consciente e saudável sem terem sido educados.

A vulnerabilidade, nesse período, torna-se uma realidade e os riscos de contrair ISTs ou ter uma gravidez não-planejada aumentam, reflexo da ausência de diálogo e dificuldade dos educadores em naturalizar e abordar a sexualidade (MENDES, 2005). A Educação Sexual, responsabilidade de quem convive com os adolescentes, está longe de ser feita em um formato emancipatório (NUNES; SILVA, 2000) em que há a supressão do modelo tradicional e moralista herdado pela cultura ocidental, patriarcal e judaico-cristã.

A dificuldade de superação relaciona-se à ausência de conhecimento, de crítica sobre os papéis tradicionais e convicções estabelecidas e a dificuldade de perceber a própria sexualidade para atingir a reeducação do que os educadores aprenderam (NUNES; SILVA, 2000). Além disto, há os tabus que estão envoltos na temática, e que por consequência, são passados de pais para filhos durante o desenvolvimento. A Educação Sexual, nesse sentido, pode assumir uma conduta autoritária, repressora, omissa, permissiva e infantilizada ao invés de possibilitar a autonomia, consciência e experiências saudáveis no âmbito da sexualidade (NUNES; SILVA, 2000).

É, em consequência dessa realidade, que se justifica a importância de capacitar os profissionais de saúde, bem como os familiares, para serem corresponsáveis da Educação Sexual desses jovens e adolescentes, uma vez que as transformações da adolescência atravessam a família e repercutem no serviço de saúde.

Na opinião dos/as profissionais, uma ES no serviço deveria ser oferecida, de modo geral, para os adolescentes que tiverem queixas, conflitos e demandas a respeito da sexualidade. É preciso considerar na estruturação da intervenção que há usuários que não exprimem qualquer necessidade de abordar o assunto, e dessa forma, entende-se que não é relevante iniciá-lo devido à dificuldade de compreensão e entendimento que possam vir a ter.

Tabela 9 - Distribuição das categorias sobre a população a ser destinada a ES no CAPSi.

Categoria	Exemplos de respostas (*)
Educação sexual oferecida dependendo da demanda dos usuários	<i>“Eu acho que depende muito das demandas de cada indivíduo (...) É... tanto mais delicado justamente a questão da... da educação sexual acaba sendo...é... pertinente, na realidade, para todos as faixas etárias e desde que o indivíduo manifeste alguma questão, algum conflito em relação a essas questões logicamente precisa ser viabilizado (P1)”</i> <i>“Não seria... ã... para todos, assim, vamos dizer, assim... como se fosse uma “ah, hoje nós vamos trabalhar isso”, não, a gente trabalha muito com a demanda trazida (P2)”</i> <i>“a partir do momento que a gente percebe que existe uma demanda, eu acho que seria necessário sim (...) Então a gente... temos pacientes muito graves que às vezes naquele momento, aquela informação não seria</i>

	<i>relevante. Então a gente teria que saber quem seria o paciente, se seria um paciente mais estável em que momento fazer isso daí (P3)”</i> <i>“eu acredito pros usuários, né... é... agora, faixa etária eu não faço ideia, não sei te dizer a idade que eles começam a vida sexual (P7)”</i>
--	---

A Educação Sexual é fundamentada na partilha de vivências e conhecimentos sobre a sexualidade ao longo do ciclo vital em que cada fase do desenvolvimento tem uma demanda e necessidade, no entanto, não há restrição de faixa etária, uma vez que a sexualidade - em sua definição ampla - está presente desde o nascimento (FIGUEIRÓ, 2009; MAIA; RIBEIRO, 2011).

Dessa forma, a necessidade de intervenção transgride o argumento de que deve ser feita exclusivamente no início da vida sexual e pode ser justificada pelos processos de transformação (inerentes ao ser humano) que demandam conhecimento sobre si mesmo e sobre o outro a fim de uma prática sexual saudável e uma qualidade de vida (UNESCO, 2016; 2019). Mais precisamente, a adolescência como fase do desenvolvimento entendida socialmente enquanto crítica, é vista como o alvo das intervenções em sexualidade, mas a Educação Sexual pode ser ofertada a todas as idades tendo em vista as especificidades de cada período.

As restrições de participação em um programa de Educação Sexual favorecem as lacunas existentes nos saberes dos adolescentes com transtorno mental sobre a sexualidade, posto que é manifestada independente de faixa etária e de condição clínica. Igualmente, colabora com os preconceitos e compreensões da sociedade, em que o transtorno mental reduz o indivíduo a somente um aspecto: o da loucura, e portanto, são taxados em relação à sexualidade, como hiperssexualizados, inadequados ou assexuais (BRITO; OLIVEIRA, 2009).

Os conteúdos e as finalidades que um programa de ES deveria ter seriam sobre a orientação sexual, a diversidade e o respeito, em um sentido educativo, de naturalizar orientações distintas a heterossexual, assim como, promover um espaço de autopercepção, de entender os desejos existentes e as atrações sexuais que sentem. É, ainda, objetivo de uma Educação Sexual fornecer espaço e informações que possibilitem uma vivência saudável da sexualidade, ao conhecer o próprio corpo e os limites existentes que quando não bem

colocados, podem coloca-los em uma vulnerabilidade física e emocional de violência sexual da criança e do adolescente.

Tabela 10 - Distribuição das categorias sobre conteúdos e finalidades que a ES no CAPSi deveria ter, segundo os /as profissionais do CAPSi.

Categorias	Exemplos de respostas (*)
Educação sexual para discutir questões sobre a diversidade sexual	<i>“Ir descobrindo porque tem muita mudança nessa fa...faixa etária, começa muitas mudanças, eles ficam meio ‘ah eu não sei se gosto disso ou daquilo’, então assim, seria mais nesse sentido mesmo (P2)”</i> <i>“Eu acho que é... o que mais me preocupa hoje em dia é em relação a preconceitos, né? Então as vezes a gente... o que eu percebo aqui, a gente tem alguns preconceitos da família em relação ao filho que acabou de descobrir que é homossexual então as vezes a gente lida com isso, então assim, como lidar com essa orientação sexual (...) Então é essa abordagem de uma certa forma a gente aborda isso, é... como ver essa, algumas pessoas veem essa orientação sexual, se tem discriminação, se a pessoa... quer dizer, se ela tá sentindo discriminada ou não, mas sempre pela relação mais do nosso paciente, né? (P3)”</i>
Educação sexual para diminuir vulnerabilidades: riscos de saúde, prevenção contra violência, oferecer conhecimento do corpo, etc.	<i>“dependendo do nível de comprometimento, isso pode, inclusive, afetar decisões que envolvem a própria sexualidade e levar o indivíduo a tomar atitudes talvez até mesmo de risco... é ... seria fundamental justamente discutir esses fatores, né (...) Dar a capacidade de expressão sobre isso, sobre o que o indivíduo percebe como algo saudável ou não, de que forma ele manifesta isso e de que forma isso pode trazer prejuízo, de que forma isso pode ser proveitoso e às vezes ajudar o próprio desenvolvimento da pessoa (P1)”</i> <i>“Eu penso nos objetivos que seriam assim mesmo trabalhar a questão do corpo, trabalhar com o próprio corpo, um autoconhecimento, né? Uma busca de ir compreendendo questões de si mesmo, né? (P2)”</i> <i>"Então assim, da pessoa as vezes só tá sendo molestada, o jovem, né? Que às vezes nunca teve uma experiência sexual e aí chega alguém e passa uma mão, então, como... como isso é visto? Então a gente... isso a gente tem muito problema, mas assim, não é a pessoa que procura. Esses nossos jovens, essas nossas</i>

	<i>crianças estão sendo molestadas mais velhas, então elas são vítimas nesse momento. Mães que chegam aqui contando histórias, então assim... isso pra mim, me preocupa mais, né? Em termos de sexualidade, o que que me preocupa? Abusos, né? Então, isso é o que mais grita, é o que mais assim me moveria pra fazer alguma coisa porque isso é o que a gente pega, esse é o nosso dia-a-dia, né? (...) que me preocupa mais é a violência sexual do que propriamente uma prevenção de gravidez ou alguma coisa porque é o que mais grita pra gente aqui dentro, né? O que fazer? (P3)”</i> <i>“Eu acho que a necessidade maior são as situações de violência mesmo. Hoje a gente tem recebido muitos adolescentes identificados como agressor e isso é muito novo assim, né? De que como é que a gente vai trabalhar, né? Porque a gente tem uma dificuldade de estabelecer vínculo porque a gente representa ameaça e não o agressor, né? (P4)”</i> <i>“eu acho que aí seria mais uma questão realmente de uma educação, de uma promoção de saúde, de uma prevenção e tudo mais (P5)”</i> <i>“hoje tem a questão do abuso, né, então eles tem que se conhecer. Então, é um trabalho... a gente não... ‘num’ fala diretamente, mas a gente dá.. já dá essa pré... preliminar da criança ter essa autoproteção, né, porque eles ficam muito confusas (P6)”</i> <i>“com as... os adolescentes... é... essa questão mesmo do funcionamento do corpo humano, né, da questão do prazer, da prevenção de doenças, de gravidez e do respeito com o corpo... com o seu corpo e com o corpo do outro (P7)”</i>
--	---

A diversidade sexual, como conteúdo e finalidade de uma Educação Sexual, é recente e luta para diminuir os malefícios subjetivos, físicos, emocionais e estruturais causados pela homofobia. Contempla, dessa forma, as orientações sexuais de modo geral (homossexuais, bissexuais, panssexuais, heterossexuais, entre outros), uma vez que o objetivo é promover o respeito dentro do espectro das diversidades, embora erroneamente a sociedade a tem entendido como um incentivo a não-heterossexualidade por consequência de valores e convicções enraizadas em uma lógica religiosa, patriarcal e repressora (ALTMANN, 2013).

Ainda de acordo com a autora, para incluir a diversidade sexual como temática, é preciso que a Educação Sexual rompa com a perspectiva biológica, heteronormativa e reprodutiva do sexo e da sexualidade, além de superar o foco da intervenção nos estigmas e estereótipos criados em relação ao grupo LGBTQI+ em consequência da AIDS e das ISTs, e nas resoluções de problemas quando a orientação sexual não corresponde a heteronormatividade.

Entretanto, historicamente os serviços de saúde e cuidado, abordam a diversidade sexual através da lente da medicalização e da patologia mental e clínica. É recente as políticas públicas que foram estruturadas pensando em um bem-estar e uma atenção humanizadora da população e comunidade LGBTQI+ (DUARTE, 2014). Em razão dessa dinâmica de atendimento, é ainda um obstáculo abordar a diversidade sexual em um sentido de desconstrução de preconceitos e discriminações e de potencialização das práticas saudáveis sexuais homoafetivas.

As vulnerabilidades, majoritariamente citada como conteúdo de intervenção da Educação Sexual, é uma das características da adolescência devido a exploração do âmbito social com maior contato com substâncias psicoativas e maior exposição aos riscos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A violência sexual, como vulnerabilidade, é uma discussão em déficit nas políticas públicas de saúde do Brasil, ainda que tenha um grande índice de ocorrência durante o período da infância e adolescência e aumenta a possibilidade de desenvolvimento de transtornos mentais (FONTES; CONCEIÇÃO; MACHADO, 2017).

Os profissionais de saúde, apesar de saberem da importância de acolher a demanda das crianças e adolescentes que são vítimas, encontram desafios para lidar com a violência sexual, como: a falta de clareza sobre a rede de serviços disponíveis para intervenção, o despreparo, a ausência de suporte institucional e o envolvimento emocional com as vítimas (NUNES; SARTI; OHARA, 2009).

A Educação Sexual, neste contexto, contempla os educadores ao capacitá-los sobre a violência sexual e sobre as consequências do abuso ou agressão, bem como, as crianças e adolescentes acerca do respeito com o próprio corpo e com o corpo do outro.

A Educação Sexual, para os profissionais do CAPSi, teria o formato de uma oficina, como comumente existe dentro do serviço, no entanto, é variado o modelo a ser seguido. Podem, nesse sentido, serem fechadas, ou seja, com usuários convidados, em que as temáticas são definidas a depender da demanda e da faixa etária de cada um; podem ser oficinas informativas, em que há a mediação dos profissionais do CAPSi. Nesse caso, as

temáticas, os participantes e a duração seriam pensados e estabelecidos pelos técnicos em saúde mental.

Tabela 11 - Distribuição das categorias sobre como os programas de ES no CAPSi poderiam ser feitos, segundo os /as profissionais do CAPSi.

Categoria	Exemplos de respostas (*)
Oficinas fechadas com limitação de temática de acordo com demanda e período do desenvolvimento dos usuários	<i>“O trabalho não haveria possibilidade de ser outro se não em grupo até mesmo por questão de aproveitamentos dos recursos públicos, é uma demanda que acaba sendo maior e abordar individualmente... lógico, né? Não que não haja essa possibilidade, mas existem casos e casos, especificidades e necessidades próprias (P1)”</i> <i>“Se de repente falar “não, realmente, se evidenciou que há necessidade”... ok, né? Acho que tudo depende da necessidade ou não (P3)”</i> <i>“Eu acho que sai uma ‘coisa’ mais livre, né, e podia até depois fazer um grupo misto, mas quando é um grupo mais fechado é... do sexo feminino ou masculino, eu acho que eles tem um pouco mais de liberdade (P6)”</i> <i>“talvez algo em grupo e daí se a gente observar necessidade, fazer...(...)acredito que seja mais em grupo mesmo porque as dúvidas acabam sendo de uma maneira geral a mesma, né (P7)”</i>
Oficinas informativas pensadas a partir da mediação dos profissionais de saúde mental do CAPSi	<i>“Eu começo a pensar na demanda nossa e aí eu não sei, eu teria que avaliar melhor isso daí junto com a equipe pra gente ver, eu não consigo ter uma ideia agora de como seria assim, né? Eu acho que a gente tem que sentar, se reunir, pensar sobre algumas questões, de repente ‘qual é a demanda maior?’ (P2)”</i> <i>“eu acho que é mais fácil... eu acho mais fácil de ser aceito quando é grupo, a gente tá informando todo mundo, né? É uma informação, então as vezes é mais fácil de ser feito em grupo porque tem um caráter informativo (P3)”</i> <i>“eu acho que teria que ficar bem aberto mesmo e fazer tentativas e vai do profissional que vai ‘tá’ fazendo esse trabalho, ‘tá’ percebendo se o... se ‘tá’ dando certo ou não ‘tá’, né, se ‘tá’ ajudando ou não, é óbvio que com... sempre com acompanhamento nosso, né, dos técnicos aqui e tudo mais porque na verdade é nós que que “tamo” acompanhando no... na maioria, né, do tratamento (P5)”</i>

As oficinas terapêuticas caracterizam a substituição do modelo asilar pelo modelo assistencial por representarem um novo formato de cuidado, voltado para uma concepção ampla de saúde e da superação do tratamento feito em hospitais psiquiátricos, que em muitos casos, era desumano, excludente e invasivo. Dessa forma, a proposta principal das oficinas é a reabilitação psicossocial, ou seja, a reinserção da pessoa com transtorno mental na sociedade, o desenvolvimento de autonomia e a responsabilização do próprio tratamento (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005).

As oficinas terapêuticas são satisfatórias quando existe o vínculo terapêutico entre profissional de saúde e usuário do serviço. Isto posto, é imprescindível a existência de uma comunicação eficaz para que o efeito terapêutico da relação se desenvolva a fim de complementar as ações pensadas durante o acompanhamento das pessoas com transtorno mental. É a partir dessa troca que o profissional tem acesso a narrativa do indivíduo e cria-se um ambiente propício para construção da responsabilização da família e do usuário no processo de cuidado (SEQUEIRA, 2014).

De acordo com os participantes, a Educação Sexual dentro do CAPSi, acataria a proposta das oficinas terapêuticas, desde que fossem pensadas com base nas especificidades de cada fase do desenvolvimento e usuário. Na infância, por exemplo, a demanda refere-se ao autoconhecimento e manipulação inicial dos genitais, comumente vista em locais de socialização, como a escola. É uma forma de expressão da sexualidade e de conhecer a si mesmo e o outro, e por consequência, se relacionar com o mundo (SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO, 2009; MAIA, 2005; NUNES; SILVA, 2000).

Neste período, portanto, a Educação Sexual engloba explicações sobre a) a gravidez, o nascimento, as diferenças físicas e sociais entre os gêneros, a descoberta de sensibilidade nos órgãos genitais e b) sobre as relações sexuais que presencia ao seu redor. Durante a infância, os conteúdos sobre sexualidade são interpretados a partir da fantasia e do pensamento lúdico. Dessa forma, os educadores devem considerar a capacidade intelectual das crianças e elucidar as dúvidas através de respostas compreensíveis e objetivas (MAIA, 2014; MAIA, 2005).

A Educação Sexual durante a adolescência carece de novas informações e conteúdos, como as transformações hormonais e corporais - pelos, seios, altura, mudança do tom de voz - que são perceptíveis para os outros, os sentimentos conflituosos característicos do período, o desejo sexual, a primeira ereção, a menstruação e a lubrificação vaginal, e o início da vida sexual (MAIA, 2014).

Ainda assim, reitera-se os dados discutidos na tabela 9, em que se sustenta a necessidade de intervenção para além de uma situação-problema, em razão da sexualidade estar presente e se manifestar de forma orgânica, natural e inerente ao ser humano, ainda que nenhuma questão a ser foco da Educação Sexual seja presenciada.

Soares, da Silveira e Reinaldo (2010) apontam que a sexualidade como tema das oficinas terapêuticas, dentro de um serviço de saúde mental, proporciona a aproximação do usuário com “o autocuidado, a autoestima e o bem estar” (p. 348), em suma, um movimento singular e específico que decorre da implicação do indivíduo no próprio processo e tratamento.

A Educação Sexual, ao ser proposta, pode encontrar barreiras dentro do serviço, que segundo os profissionais são referentes à própria equipe, os usuários, a família e ao funcionamento das oficinas e grupos. Os valores e costumes sedimentados e engessados nas práticas dos profissionais em saúde mental dificultam o entendimento da relevância de intervir em sexualidade e a adaptação à demanda existente em todos os adolescentes. Com os usuários e seus familiares, pode ser custoso conscientizá-los sobre a importância da Educação Sexual dentro do CAPSi, bem como, lidar com os preconceitos e tabus existentes. Há, também, a preocupação em formar grupos em que as demandas sejam condizentes com as faixas etárias e proporcionem discussões de temáticas relevantes para os participantes.

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.

Categoria	Exemplos de respostas (*)
Dificuldade de implementação relacionada aos valores, costumes e práticas dos profissionais	<i>“seria algo diferente e que logicamente toda mudança traz necessidades de adaptação (...) do servidor que não tá acostumado com esse tipo de demanda, com esse tipo de trabalho se adaptar, se capacitar para ser capaz de trabalhar com esse tipo de demanda (P1)”</i> <i>“Eu acho que teria que começar com a equipe porque a gente realmente não sabe, eu não sei como fazer, de fato, não. Teria que começar a pensar mesmo porque é... é... atravessa questões nossas também, né? (...) Tem muito preconceito aqui dentro, eu acho que essa é uma primeira barreira. De não se reconhecer mesmo e aí a gente entra na história, né? Da gente não conseguir escutar as próprias violências, né?(P4)”</i>

	<i>"há tempos atrás já teve problema, depois isso ficou.. é.. quieto, ficou parado, ninguém mais falou nisso, então... seria também um recomeço de tudo isso. É... que vamos barreiras, isso não tenha dúvida, né? Agora, por isso que teria que ser muito bem pensado esse projeto, né... com muito cuidado, com muita ... capacidade aí do profissional (P5)"</i>
Dificuldade de implementação por ser uma prática nova e não pela temática da sexualidade	<i>"A gente precisaria mais capacitação, estudar, atualizar, né? Se fosse de uma forma planejada, programada, específica, né? Não só de acordo com a demanda de repente, eu acho que a gente teria que...que passar por uma capacitação, inclusive, para organizar, né? Pra quem a gente vai fazer e quando, se fosse o caso, tá? (P2)"</i> <i>"eu acho que a primeira barreira de equipe... é... sentir a necessidade que... se isso precisa ser feito, como isso precisa ser feito, acho que tudo que é novo encontra uma barreira, isso não é porque é sexualidade. O fato de você implantar uma ideia nova, é uma barreira, tudo, qualquer coisa que você vai implantar um programa pode ser sobre sexualidade ou não, simplesmente você implantar algo já é uma barreira, né? (P3)"</i>
Dificuldade de conscientizar usuários e familiares a respeito da importância da Educação Sexual nos CAPSi	<i>"nem todo o indivíduo tá preparado pra ter (...) como a própria família do indivíduo ou às vezes até mesmo o próprio indivíduo em relação a si mesmo (P1)"</i> <i>"eu acho que tem muito tabu nas famílias, envolve de uma maneira ou de outra a questão da religião, que eu acho que isso é terreno que a gente tem que ter mais cautela, né, pra abordar, mas eu acho que em algum momento a gente tem que abordar questões de valores... é.. humanas, né? (...) há muitos anos atrás tentou-se alguma coisa nessa área e teve uma resistência muito grande por parte da família (P2)"</i> <i>"Tem a questão familiar, né? Que eu acho que você precisa justificar o porquê (P3)"</i> <i>"E se... quando a gente fala sobre 'DST's' principalmente 'DST's', a gente pede autorização da família (...) visto pelo algum... pelo alguns pais... que nós estávamos fazendo... é... incentivando sexo, né, então hoje com essa exp... experiência negativa e porque naquela época (...) Depois disso, nós não tivemos problema, mas sempre com a autorização agora (P6)"</i>

<i>“eu acho que pros usuários sim e pros familiares porque ainda é um tabu, né, isso pra ser conversado então eu acredito que pros dois de maneiras diferentes, mas pros dois (P7)”</i>
--

A dificuldade de introduzir uma Educação Sexual no CAPSi em razão dos valores, costumes e práticas dos profissionais corrobora com os estudos (DETOMINI, 2016; BARBOSA; SOUZA; FREITAS, 2015; ZILIOOTTO, 2014; BARBOSA, 2011; BRITO; OLIVEIRA, 2009) sobre a sexualidade da pessoa com transtorno mental. Os autores explicam que as manifestações sexuais são lidas como consequência da condição clínica do indivíduo e com um teor de discriminação e preconceito por parte dos profissionais de saúde e da sociedade.

A sexualidade da pessoa com transtorno mental é socialmente vista como inadequada e é alvo de repressão, controle e anulação, ainda que a proposta dos serviços seja condizente com os objetivos da Educação Sexual de qualidade de vida, de autonomia e de construção de relacionamentos saudáveis com riscos minimizados (DETOMINI, 2016; BARBOSA; SOUZA; FREITAS, 2015; ZILIOOTTO, 2014; BARBOSA, 2011; BRITO; OLIVEIRA, 2009).

Além disso, a ausência de formação dos profissionais de saúde é um obstáculo na estruturação da Educação Sexual. A partir do início do Sistema Único de Saúde (SUS), são estudadas algumas estratégias para melhor gestão, organização da rede e para uma atenção em saúde humanizada. Para isto, é requerido redefinições de posturas, práticas e ações dos profissionais, gestores e população em geral, mas a transformação do cuidado está distante de ser alcançada (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

As autoras pontuam que ao pensarmos em cuidado integral, a necessidade de uma formação continuada é justificada em consequência do déficit de qualificação dos profissionais da saúde, que dificultam o aperfeiçoamento dos serviços, a elaboração de novas ações - como a Educação Sexual -, a garantia da integralidade do cuidado e o fortalecimento do SUS.

Somado aos dois fatores anteriores, é posto como contratempo a limitação familiar e do próprio usuário em saber sobre a importância da existência de um espaço reflexivo e interventivo sobre a sexualidade. Consequência dos ensinamentos e conhecimentos que foram adquiridos ao longo da história da sociedade e da família, e que são passados e ensinados para as novas gerações, seja por meio da omissão, da negação, da repressão ou do silêncio. É com base nessa herança que a sexualidade - dos jovens e adolescentes - é

experienciada, desenvolvida e determinada, por vezes, em informações desconexas e infundadas que os afastam de uma prática saudável (CABRAL et al., 2016).

Em contrapartida, as facilidades que poderiam existir para a implementação de ES referem-se, sobretudo, ao vínculo e a capacitação da equipe, por terem contato semanal e/ou diário com os usuários e familiares e serem profissionais de saúde com experiência em saúde mental e adolescência. Além disso, o interesse dos adolescentes em falar e discutir sobre sexualidade, poderia ser um facilitador para sistematizar um programa de Educação Sexual.

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.

Categoria	Exemplos de respostas (*)
A proximidade com os usuários e familiares como facilitador para a proposta de Educação Sexual	<i>“Eu acho que tudo que é de informação, é de boa aceitação para nossas mães aqui, entendeu, eles gostam de que nós passamos orientações, entendeu? (P6)”</i>
Conhecimento e formação técnica da equipe de trabalhadores em saúde mental	<i>“a capacitação técnica da equipe é bastante boa pra isso (...) os técnicos têm uma formação, muitos deles inclusive de mais de décadas de experiência na área da saúde mental (P1)”</i> <i>“Tudo que for em relação a saúde, né? No nosso caso, principalmente, a saúde mental e a saúde...até física em alguns momentos, né? Eu acho que seria até que tranquilo, eu acho. Pelo menos nós aqui fazemos esse trabalho, querendo ou não, a gente precisa abordar muitas questões, né? (P2)”</i> <i>“aqui nós já ‘tamos’ acostumados fazer grupos, né, então eu acho que seria fácil a gente montar, entendeu?(P6)”</i>
Sexualidade como demanda dos adolescentes nos serviços de saúde	<i>“Eu acho que por parte dos nossos usuários ... às vezes é a demanda deles que causa sofrimento, então, a gente... isso pra mim é considerado uma facilidade, eles estão buscando ajuda, né? Então tem tudo a ver (P2)”</i> <i>“todo mundo tem essa necessidade porque.... é uma situação que... que invade mesmo, não é fácil trabalhar, sabe? Quando você recebe alguém, um adolescente ou uma criança, que foi vítima de violência que... ou quando isso é descoberto aqui depois de um tempo, né? (P4)”</i> <i>“A porta tá aberta... em relação aos funcionários que você falou, os técnicos, eu acho que também seria visto... não teria problema, eu acho, no</i>

<i>meu pensamento eu acho que seria uma coisa que seria aprovada (P5) ”</i>

Um dos elementos que propiciam um ambiente favorável para a implementação de Educação Sexual é o vínculo e a comunicação terapêutica. Sequeira (2014) corrobora com a ideia de que a relação entre profissional de saúde e usuário do serviço é um catalisador no tratamento e boa resolução do caso, uma vez que pode diminuir as possibilidades de um diagnóstico inadequado e proporciona efeitos benéficos ao bem-estar do indivíduo.

Para tanto, é necessário transcender, através do vínculo, a finalidade pontual de levantamento de informações clínicas, e tornar a comunicação um instrumento de saber, de apoio, de preparo, de interação, de resolução e de escuta.

Ademais, uma facilidade citada é em relação a capacitação técnica-teórica e prática dos trabalhadores em saúde que são constantemente incentivados a participarem de formações continuadas e educação permanente a fim de aprimorar a atuação, a criticidade, a interdisciplinaridade e a autonomia dos profissionais do SUS (OLIVEIRA, 2007), ideia igualmente defendida quando falamos de educadores sexuais (FIGUEIRÓ, 2001).

A proposta de incentivá-los ao desenvolvimento das práticas é de extrema importância para viabilizar a implementação de novas ações e projetos. É a partir da formação continuada que é possível o contato com assuntos e conteúdos que são relevantes e estão em alta dentro dos serviços de saúde e da sociedade (OGUISSO, 2000), como: a identidade de gênero e orientação sexual.

Desse modo, a demanda em sexualidade contida em atendimentos individuais com os jovens e adolescentes, é uma oportunidade para implementar a Educação Sexual. Como discutido anteriormente, o fenômeno é sentido com mais vivacidade durante a adolescência. Período em que as transformações físicas, emocionais e sociais envoltas à sexualidade aparecem de maneira mais incisiva e as questões e curiosidades sobre as práticas sexuais têm maior destaque e proporção (MAIA, 2014; MENDES, 2005).

Segundo os/as participantes, os/as profissionais mais indicados para realizar a ES no serviço do CAPSi seriam todos aqueles que atuam como saúde mental, por entenderem que qualquer demanda é capaz de ser acolhida quando há uma equipe de saúde mental, desde que exista uma capacitação sobre a temática. Os profissionais que tiveram contato com disciplinas de sexualidade e educação sexual na formação, também são indicados para a intervenção, ao entenderem que há uma maior familiaridade e conhecimento sobre o assunto. Uma alternativa é de que técnicos que tenham maior facilidade, que consigam adaptar a

linguagem técnica-teórica da academia para uma realidade mais jovem e menos específica, sejam os responsáveis.

Tabela 14 - Distribuição das categorias sobre os/as profissionais mais indicados para serem ES no CAPSi, segundo os /as participantes.

Categoria	Exemplos de respostas (*)
Todos os profissionais de saúde mental que atuam no CAPSi	<i>“acho que realmente não há nada que impeça, acho que toda a equipe, no caso.. a questão de nível técnico teria possibilidade de aplicar esse projeto sim (P1)”</i> <i>“eu acho que se a gente tivesse uma capacitação de uma maneira continuada assim, eu acho que qualquer profissional da saúde mental poderia fazer isso (P2)”</i> <i>“Eu acho que pode ser feito por qualquer profissional porque isso... eu acho que não diferencia a partir do momento em que você tá num nível... éé... técnico, você é um profissional da saúde então não tem "isso é meu" ou "isso é seu", isso é nosso (P3)”</i> <i>“eu acho que deveria se iniciar um movimento de ser multidisciplinar mesmo, né? Porque todo mundo atende aqui, né? Vai passar por todo mundo e aí é desde a atendente lá na frente (P4)”</i> <i>“eu acho que não teria problema ali, todos os profissionais poderiam "tar" envolvidos porque também cada um tem a tua contribuição, né, dentro do teu ponto de vista, dentro da tua ... a área da tua especificidade, tal. Então, eu acho que também, acho que todo mundo seria aproveitado, vamos dizer assim (P5)”</i> <i>“nós todas, nós aqui somos envolvidas, acho que qualquer uma de nós, entendeu? Eu acho que qualquer um da equipe, que se tivesse antes uma... uma... um encontro pra gente "tá", né, vendo como que vai acontecer depois... nossa, eu acho que seria um envolvimento ótimo pra nós (P6)”</i>
Profissionais que tiveram contato com a temática durante a formação	<i>“Eu acredito que o psicólogo tem mais familiaridade com o assunto, né? Inclusive essa questão do conceito, do autoconhecimento, abordar isso que causa sofrimento. Eu acho que ele tem mais familiaridade (P2)”</i>

	<i>“eu acho que eu precisaria de mais embasamento assim, né, a gente faz dentro daquilo que a gente já conhece, né, mas eu nunca parei pra estudar sexualidade especificamente, nunca tive isso na formação e acho que é uma situação que precisa ser estudada junto, né? (P4)”</i> <i>“seria obviamente com profissionais capacitados aí pra isso, né? Com o que já...já “tá” inteirado nesse assunto, que talvez tenha pré-requisitos dentro disso, inclusive, na questão como você perguntou “tem especialização em sexualidade? (P5)”</i> <i>“eu acho que precisa ser organizado, mas eu acho que também precisa que os profissionais tenham conhecimento (P7)”</i>
Profissionais que têm maior facilidade para discutir temática independentemente da formação	<i>“Eu acho que não tem a ver com categoria profissional, eu acho que isso daí teria mais a ver com personalidade, uma pessoa que é mais espontânea, às vezes é mais fácil de falar do que às vezes uma pessoa mais fechada, mais retraída (P3)”</i> <i>“Tem a ver mais com a personalidade, né? Do que as vezes da informação técnica porque a informação técnica qualquer um lê e aprende, agora como falar a linguagem daquele jovem, né? Como você vai falar? Eu acho que isso precisa ser estudado, não dá pra você chegar falando de formas técnicas, às vezes é uma brincadeira, é uma palavrinha mais de baixo calão que você vai conseguir conquistar a pessoa, né? Você tem que saber como fazer isso daí (P3)”</i>

A Educação Sexual, é comumente feita na área da educação e da saúde, por educadores que são pais, responsáveis ou professores e profissionais de saúde, sem distinção de escolaridade ou função exercida.

É natural que as crianças busquem explicações sobre a sexualidade com os adultos que são referências e de confiança e, a manifestem em espaços iniciais de socialização. Enquanto os adolescentes encontram informações por vias alternativas, como a mídia, a internet, os amigos e quando muito, dentro da escola (MAIA, 2014).

No entanto, defende-se que uma formação continuada estruturada e permanente seja feita para que o papel ativo e transformador do educador possa existir ao intervir em

sexualidade (FIGUEIRÓ, 2001), mais precisamente, que uma postura crítica seja desenvolvida para que os valores, os costumes, os preconceitos e discriminações existentes na sociedade sejam revistos e por consequência, a Educação Sexual emancipatória aconteça.

Dessa forma, entende-se que os profissionais - mais preparados - conciliam elementos como a) continuidade da Educação Sexual a fim da equipe atingir um objetivo final de forma coesa e multidisciplinar b) a naturalização da sexualidade para que a facilidade de abordar a temática seja uma realidade c) a linguagem adequada ao público-alvo com o intuito de que as informações e conteúdos de intervenção sejam, de fato, acessados pelas crianças e adolescentes (MAIA; RIBEIRO, 2011).

4.3.3 Atuação profissional e a formação acadêmica em Educação Sexual

Sobre a responsabilidade dos profissionais de saúde mental dos CAPSi, os participantes seriam responsáveis por ocuparem cargos que exijam a liderança e mediação em grupos e oficinas e para isto, entendem que é necessário uma formação continuada em sexualidade. Ao mesmo tempo em que há profissionais que não se sentem seguros para assumirem o programa de Educação Sexual por conta da ausência de conhecimento e aprofundamento da temática.

Tabela 15 - Distribuição das categorias sobre a possibilidade dos profissionais de saúde mental dos CAPSi participantes da pesquisa serem responsáveis pela ES.

Categoria	Exemplos de respostas (*)
Não se sentem plenamente capazes de assumir programas de ES no CAPSi como principal responsável	<i>“Aí... mas, a gente também tem uma certa limitação. Me sinto limitada na atuação dessa sexualidade (P3)”</i> <i>“Na verdade, eu até poderia... responsável não, eu poderia fazer parte da equipe. Não seria responsável (P5)”</i> <i>“responsável eu acho que não, mas eu não teria problema em ajudar, em participar desde que houvesse um consenso do que seria dito, de como seria abordado (P7)”</i>
Assumiriam programas de ES no CAPSi sejam pelos cargos que ocupam ou pela necessidade.	<i>“poderia como na realidade, como chefia da unidade, diria que é por (...) por primazia, eu preciso estar a par e me responsabilizar pela grande parte (...) não só pela parte burocrática do serviço, como do andamento dele (P1)”</i> <i>“eu acho que sim, seria, mas é aquela questão que eu te falei (...) todos os profissionais que trabalham com grupo, que atendam os nossos</i>

	<i>usuários aqui, a nossa demanda, vão acabar abordando isso de uma maneira ou de outra em algum momento, percebe? (P2)”</i> <i>“eu acho que assim, acho que tudo depende, se alguém chegasse pra gente ‘vocês vão ter que fazer’, a gente tem que fazer, né? (...) Se for necessário, a gente faz. Tudo aquilo que é necessário, a gente faz. (P3)”</i> <i>“se eu tivesse preparo, eu acho que sim. Sim porque já passou da hora né porque é isso que a gente tá lidando diariamente praticamente (P4)”</i>
--	---

As práticas em Educação Sexual requerem dos profissionais em saúde um posicionamento crítico em relação aos conhecimentos e vivências da sexualidade, de modo a repensar a própria experiência e desconstruir os valores, morais e preconceitos que foram ensinados pela norma heteronormativa, patriarcal e monogâmica da sociedade (MAIA; RIBEIRO, 2011; NUNES; SILVA, 2000). Com isto, há rejeições e resistências em serem responsáveis pelas intervenções, como a ausência de formação em sexualidade e a dificuldade de saber sobre a sexualidade - do outro e de si mesmo (LOPES; NASCIMENTO; REZENDE, 1992).

Contudo, as atividades em oficinas terapêuticas são possíveis através da “presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 20) a depender da demanda e das necessidades dos usuários e da viabilidade do serviço e da equipe em propor a intervenção. Dessa forma, as ações, projetos ou programas que são propostos dentro do CAPS são assumidos pelos profissionais em saúde atuantes do serviço. Constantinidis, Cid, Santana e Renó (2018) discutem que essa obrigatoriedade implícita nas cartilhas, portarias e leis que orientam a organização dos Centros de Atenção Psicossociais não garantem a implicação e envolvimento do profissional, e em certa medida, afasta-se da finalidade terapêutica da relação com a melhora do sofrimento psíquico e melhor prognóstico.

A Educação Sexual, nesse sentido, ficaria sob encargo do profissional responsável pela oficina terapêutica. É questionável o conhecimento dos trabalhadores em saúde mental sobre a função terapêutica existente na comunicação e no vínculo, uma vez que priorizam a execução por simplesmente compor a equipe multidisciplinar. O trabalho interdisciplinar é de extrema importância dentro do CAPS, no entanto, é necessário que a articulação entre os

profissionais adote um ponto em comum: amenizar o sofrimento psíquico do usuário através da relação e comunicação entre profissionais e sujeito (FARIAS, 2013).

A colaboração em Educação Sexual por parte dos profissionais poderia ser feita a partir de um planejamento do programa com discussões teóricas-práticas da necessidade de intervir em sexualidade, da estruturação das oficinas e vinculação de equipe-usuários-família.

Tabela 16 - Distribuição das categorias sobre a possibilidade dos profissionais de saúde mental dos CAPSi participantes da pesquisa serem colaboradores da ES.

Categoria	Exemplos de respostas (*)
Colaboração para o planejamento, materiais, embasamento, estruturação e execução da Educação Sexual	<i>“O próprio acompanhamento da equipe nessa viabilização ou a minha própria formação também seria um elemento importante, é algo que ... a própria questão da sexualidade é algo que passa por... por... muitos aspectos da formação do servidor público(P1)”</i> <i>“eu acho que fazendo parte da equipe, entendendo o objetivo, a importância, a necessidade pra essa demanda, né? (P2)”</i> <i>“eu acho que até participando de grupos que sei lá se seria esse a intenção com alguma temática e ir nas discussões, nas reflexões como uma coordenadora vamos dizer assim (P5)”</i> <i>“desenvolver um protocolo, reuniões com equipe e ver a melhor forma de isso ser abordado, o que que é necessário ... se em um encontro só, se em vários encontros, né, a distribuição de materiais, elaboração de materiais (P7)”</i>

Para que a Educação Sexual seja possível, os profissionais de saúde salientam a necessidade de um planejamento colaborativo para pensar a) conteúdos b) profissionais responsáveis pela ES c) necessidade de intervenção em sexualidade d) formato do programa e das ações e) materiais que serão utilizados.

Em saúde, o planejamento é fundamental para estipular objetivos complexos a longo prazo e comuns à equipe, além de alinhar as expectativas em relação ao antes, durante e depois da intervenção e poder, com isso, facilitar no momento de conscientização do usuário (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). Os autores discorrem sobre a relevância do planejamento e responsabilidade de uma ação serem experienciados pelo mesmo grupo, ou seja, os responsáveis seriam aqueles que planejaram a Educação Sexual.

O planejamento, mais precisamente, pode ser estruturado pelos profissionais de saúde

e é visto como uma ferramenta de mapeamento de problemas a serem resolvidos, recursos necessários para a intervenção, potencialidades do território e dos usuários, os atores envolvidos - participantes e profissionais -, duração - normalmente de longa duração -, equipe envolvida e avaliações das ações a serem desenvolvidas a fim de verificar se os objetivos foram contemplados (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

As discussões sobre sexualidade e Educação sexual estavam presentes na formação inicial e/ou continuada de alguns profissionais, de modo direto, em que existe uma disciplina específica para orientar e capacitar os técnicos ou de modo indireto, com temáticas transversais que abarcam o fenômeno e a intervenção. Há, no entanto, profissionais de saúde mental que não tiveram contato com os conteúdos em nenhum momento da formação por consequência da inexistência de espaço para se pensar e falar sobre.

Tabela 17 - Distribuição das categorias sobre a formação sobre sexualidade e educação sexual na formação inicial e/ou continuada dos/as participantes.

Categoria	Exemplos de respostas (*)
Presença direta da temática sexualidade e educação sexual somente durante formação inicial e/ou continuada	<i>“Sim... e como servidor também, os cursos e treinamentos que vieram sendo realizados nos últimos anos, muitos... muitos deles, inclusive, muitos produtivos com participação de membros renomados de estudos relacionados a essa área (P1)”</i> <i>“ Sim, eu tive disciplina de sexualidade, eu tive dois semestres, né? Só que se falar pra você que eu lembro... como fazem muitos anos, eu acho que fazem quase 20 anos já... eu não lembro exatamente não (P2)”</i> <i>“eu tive sim uma aula que...hm... na época eu me interessei. Era optativa e eu fiz e foi muito bacana (P5)”</i>
Temáticas transversais que abordam a sexualidade e educação sexual em formação inicial e/ou continuada	<i>“As vezes tem algum curso disponível por fora, teve muito sobre a questão da diversidade, né? Trabalhar essa questão já apareceram alguns cursos (P2)”</i> <i>“a única coisa que já fiz um curso assim pra entender é o fluxo da violência sexual, né? Então a partir do momento que a gente recebe muito aquele que já sofreu uma violência sexual, então, assim... hoje em dia a nossa preocupação maior é: quem já sofreu a violência sexual, o que nós vamos fazer com ele? Entendeu? (P3)”</i> <i>“nós tivemos, nós tivemos sexualidade, não foi muito... assim, uma "coisa" só pra isso, entendeu (P6)”</i>

	<i>“a gente vê na questão... quando... eu tenho aula de Psicologia, mas aquela bem ‘basiquinha’ que fala, né, daquele período da criança, mas assim, muito superficial (P7)”</i>
Ausência de temática em formação inicial e/ou continuada	<i>“Falaram que eu não podia estudar isso porque eu tava discriminando e coisa assim porque não é um assunto que ninguém conv... que as pessoas normalmente não conversam, né? Sobre a orientação sexual, então, você.... você não conversa sobre isso, nem em uma universidade... éé... (P3)”</i> <i>“Não, especificamente não (...) eu acho que faz parte da nossa profissão e que em alguma... algum momento a gente precisa dar um jeito, né, porque isso aparece cotidianamente, né, as questões de sexualidade nos atravessam (P4)”</i>

A sexualidade, enquanto temática e conteúdo, ainda é pouco vista como objeto de conhecimento e componente da grade curricular dos cursos em saúde. As profissões que mais articulam com as discussões são: medicina, enfermagem e psicologia (COSTA; COELHO, 2011; BORGES et al., 2013; RUFINO et al., 2013).

Em consonância, a visão que, majoritariamente, é ensinada sobre o fenômeno é uma visão biologicista em que há o foco e predomínio em prevenção em saúde a partir da exposição de casos de ISTs e gravidez não planejada. Apesar disso, os profissionais se formam e tornam-se atuantes de serviço destinados a atendimentos aos usuários, como é o caso do CAPS, e são colocados diante de questões que atravessam direta ou indiretamente a sexualidade.

O conhecimento sobre o fenômeno, nesse caso, é fundamental para que a saúde sexual seja um componente de intervenção aliado à saúde mental, assim como, a Educação Sexual seja considerada para promover uma qualidade de vida, um bem estar e uma vivência saudável para os jovens e adolescentes usuários do serviço. Em sua ausência, as limitações existentes sobre a sexualidade, definem a prática e atuação do profissional em que em muitos casos a anula no processo de tratamento ou orienta os jovens e adolescentes com base em saberes inconscientes do ponto de vista emancipatório (NUNES, 1987; NUNES; SILVA, 2000).

Os participantes que tiveram acesso a essas disciplinas avaliam que o conhecimento acerca da sexualidade e da Educação Sexual pode emancipar os indivíduos das imposições sociais sobre a experiência sexual que são feitas desde criança, e possibilita rever e dar

importância para as próprias vivências. Muito embora não seja uma temática fácil de abordar, por esbarrar em questões familiares e pessoais. Ao formarem-se e tornarem-se profissionais de saúde, a falta de preparo do indivíduo permanece com as barreiras existentes e é vista tanto na dificuldade de acolher a demanda sobre a sexualidade do adolescente, quanto na falta de informação e conhecimento para implementar um programa de ES.

Tabela 18 - Distribuição das categorias sobre a avaliação das disciplinas sobre sexualidade e educação sexual na formação inicial e/ou continuada dos/as participantes.

Categoria	Exemplos de respostas (*)
O conhecimento sobre sexualidade e educação sexual como emancipação pessoal e para rever as próprias vivências	<i>“você acaba quebrando alguns tabus próprios também, né? Então, começa compreender melhor a importância disso e a relevância, né (P2)”</i> <i>“Eu não tive essa conversa com pais, com a família... então isso, né, foi buscando mais no... ao longo aí da vida e... e... é claro que a formação de Psicologia contribuiu pra isso, pra eu “tá” vendo esse assunto com mais naturalidade, né? (P5)”</i>

O conhecimento, nesse sentido, é uma via para rever os próprios preconceitos, tabus, experiências e limitações sobre a sexualidade e a Educação Sexual (NUNES; SILVA, 2000).

Da mesma forma que o saber é um dispositivo para a repressão e o controle (FOUCAULT, 1988), é a via para compreensão e desconstrução de informações e orientações que foram acumuladas ao longo dos anos e que, em certa medida, limitam a forma de experienciar a própria sexualidade em consequência de uma herança judaico-cristã-vitoriana.

Nesse sentido, os profissionais de saúde que tiveram acesso ao conhecimento sobre a sexualidade, podem desenvolver a criticidade sobre a própria prática e a prática das crianças e adolescentes assistidos a fim de direcioná-los e incentivá-los a uma postura crítica sobre a sexualidade manifestada e sobre as vulnerabilidades existentes no campo afetivo, sexual e emocional.

4.3.4 Sexualidade e a relação com saúde mental

Para os participantes, a vivência saudável da sexualidade influencia em uma boa saúde mental e, a partir dos relatos, identificam que pode ser danificada em consequência do preconceito familiar sobre as orientações sexuais e identidades de gênero dos adolescentes e das violências e abusos sexuais que as crianças e jovens estão suscetíveis a sofrer ou serem autores - quando em casos extremos de transtorno mental.

Tabela 19 - Distribuição das subcategorias sobre a relação de sexualidade e saúde mental conforme a opinião dos/as participantes.

Categoria	Subcategorias	Exemplos de respostas (*)
Vivência não saudável da sexualidade como influente em saúde mental	<i>Preconceito familiar sobre a orientação sexual e identidade de gênero</i>	“então tá surgindo muito essa questão e isso tanto a... a orientação sexual como a identidade e isso, obviamente que tem, uma consequência na saúde mental muito danosa, né? Juntamente com todos esses... essas vivências anteriores de vida, família, preconceitos e tudo mais. Então, isso, muitos casos aqui nosso, não da pra dizer que está relacionado... não.... muitos casos está relacionado exatamente a isso e que daí desvia para outros sintomas, outras coisas e daí fica com... sendo tratado como outros transtornos, mas tem como fundo, vamos dizer assim, né, base... essa questão aí da sexualidade (P5)”
	<i>Violência sexual</i>	“Éé.... com crianças a gente tem muitos casos assim de violência sexual. Muitas vezes a gente só vê esse existe um trauma, se ficou algum trauma (...) A questão da sexualidade aqui dentro, acho que a gente tá tão envolvido assim nessas questões de transtorno mental e violência sexual (P3)” “a gente trabalha com adolescente e aí a questão de poder aparece muito, né? E essa confusão, assim, de...do limite, né? O que que é cuidado? O que que é sedução, né? É muito difícil de lidar, eu acho que... que atravessa todos esses processos, assim, de um cuidado mais prim... primário, assim, do autocuidado mesmo com o corpo à essas outras questões que a gente tem vivido mesmo, né? De violência (P4)” “Que tem tudo a ver, isso tem sim, tem sim e contribui muito essa questão da sexualidade

		<i>para o adoecimento dos... e tem a questão de abuso também, né (P5)”</i> <i>“eles ficam me... menos agressivos, né, então por isso que eu acho que tem que conversar, acalmar o adolescente, entendeu, porque eles ficam... principalmente os meninos, viu, eles ficam muito agressivos (...) E os outros... porque esse risco de agora com a história do abuso, né, de você ‘tá’ assediando, que aí eles correm um risco muito grande nesse sentido também, sabe? As meninas mais graves também não podem ficar sozinhas de jeito nenhum, não pode, elas têm sempre que estar com alguém porque a sexualidade pra elas também é a mesma coisa (P6)”</i>
--	--	--

A saúde mental tem uma definição ampla de bem estar e de qualidade de vida que contempla a experiência da sexualidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018). Portanto, a vivência não saudável do fenômeno pode acarretar em consequências para a saúde mental dos indivíduos, como é o caso do preconceito familiar em relação à orientação sexual e identidade de gênero.

Em muitas famílias, há rejeições, intolerância e discriminação de uma orientação sexual não normativa ou de uma transgressão da norma binária, pois a considerar a história da humanidade, essas manifestações da sexualidade eram vistas a partir da perspectiva do pecado, da doença e do crime (SANT’ANNA; DASPETT, 2007).

Como consequência, os jovens que se identificam ou se assumem diferentes da heteronormatividade, sofrem com as violências, preconceitos e discriminações dentro de casa e, em última instância, adoecem em um intenso sofrimento psíquico por não encontrarem apoio de seus familiares e entenderem que são inadequados perante a sociedade (HAUER; GUIMARÃES, 2015).

Em conjunto, outra dimensão é indicada como influente em uma saúde mental: a violência sexual. Crianças e adolescentes que são expostos a uma relação sexual sem consentimento e silenciosa, que por vezes, é sugerida e forçada por alguém de confiança.

Como resultado, há a manifestação de sintomas e presença de transtornos mentais desenvolvidos pela dificuldade de lidar com a violência (ASSIS; AVANCI; PESCE; XIMENES, 2009; FONTES; CONCEIÇÃO; MACHADO, 2017). De acordo com Assis et al. (2009), os desdobramentos podem ameaçar as mais diversas áreas de desenvolvimento infantil, como a sociabilidade, a aprendizagem e os comportamentos. De modo que presenciar ou ser parte de uma violência pode modificar a forma de sentir, de ser e de perceber o mundo e as relações.

Essa configuração pode ser intensificada a depender do tipo de relação entre o agressor e a vítima, do contexto da violência, da rede de apoio e de características individuais (ASSIS et al., 2009). Nesse caso, as crianças e jovens com transtornos mentais representam um grupo com múltiplas vulnerabilidades: a fase do desenvolvimento com incertezas e explorações; o transtorno mental com dificuldades e discriminações sofridas, e a ausência de uma Educação Sexual coerente, emancipatória e crítica de prevenção e promoção da sexualidade.

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 biologistada 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/espacosauade/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: Papirus, 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.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “A Educação Sexual em Centro de Atenção Psicossocial infanto juvenil: revisão de literatura e concepções de profissionais atuantes nesse serviço”. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre o que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo. O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo). Esta pesquisa é qualitativa e tem como objetivo geral investigar as concepções de profissionais de saúde mental atuantes no CAPSi sobre processos de educação sexual neste serviço.

Você está sendo convidado a participar exatamente por ser profissional de saúde mental do Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil. Sua participação consiste em responder a uma entrevista realizada e aplicada pela pesquisadora em salas de atendimento dentro do CAPSi, com total privacidade.

- Este estudo possui riscos mínimos, uma vez que apenas pretende "ouvir" a opinião dos participantes. Se, em algum momento, sentir desconforto pela temática da sexualidade e Educação Sexual nos serviços do CAPSi, basta nos comunicar que encerramos a entrevista e estamos à disposição para acolhê-lo e conversar sobre o assunto.
- Com sua participação nesta pesquisa você poderá colaborar para que possamos conhecer as percepções dos profissionais de saúde mental que formam a equipe multiprofissional de sua atuação sobre a sexualidade e educação sexual. Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar. Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.
- Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas; entretanto a análise será divulgada como dados científicos. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.
- As entrevistas ficarão sob a responsabilidade de Mirela Bosco com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos.

Diante de todos os esclarecimentos, declaro que:

Eu, _____ RG: _____
_____, após receber a explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao participante.

Bauru, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE B

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Como você define “sexualidade”?
2. Em sua opinião, o que é educação sexual (ES)?
3. No serviço do CAPS, você considera que houve ou há educação sexual? Se sim, como? Se não, por que não?
4. Se fosse proposto um programa de educação sexual aos usuários do CAPS, você seria a favor ou contra? Por quê?
5. Para que população ele deveria ser oferecido (ou não deveria)?
6. Se sim, que conteúdos e finalidades você acha que ele deveria ter?
7. Imagina como esse programa deveria ser feito?
8. Que barreiras você acha que haveria na instituição para a implementação de ES aos usuários? Por quê?
9. Que facilidades você acha que haveria na instituição para a implementação da ES aos usuários? Por quê?

10. Quem você acha que seria o profissional mais adequado para realizar ES no serviço? Por que?
11. Você seria responsável por esse programa? Por que?
12. Você poderia colaborar neste programa? Se sim, como? Se não, por quê?
13. Você recebeu formação sobre sexualidade e educação sexual na sua formação inicial? E na formação continuada?
14. Se sim, como avalia essa formação? Se não, considera que deveria ter tido? Por quê?
15. Em sua opinião, qual a relação de saúde mental e sexualidade?
16. Gostaria de falar mais alguma coisa sobre isso?

APÊNDICE C



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Divisão de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde



16 de dezembro de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Projeto de Pesquisa intitulado: **“EDUCAÇÃO SEXUAL: CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL ATUANTES NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL”**, de autoria de Mirela Brosco sob orientação do Prof.ª Dr.ª Ana Cláudia Bortolozzi Maia, foi AUTORIZADO pela Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde a realizar coleta de dados junto ao CAPS Infantil, no período de **janeiro/2020 a junho/2020**.

Para tanto, a mesma deverá entrar em contato com as gerentes dos respectivos serviços para agendamento da coleta.

CAPS Infantil – 3214-3668/3227-2574 (falar c/ Daniel)

Será de responsabilidade da Chefia da Unidade de Saúde, designar um profissional capacitado para acompanhar o docente e o graduando durante a coleta dos dados na Unidade de Saúde.

Além disso, ressaltamos que os resultados deste trabalho deverão ser apresentados à Secretaria Municipal de Saúde, através de agendamento a Divisão de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde através do fone: 3104-1466 ou 3104-1469.

Presidente da Comissão Científica da Secretaria

Portaria GS nº 182/2017