



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



*Vítor Corrêa Detomini*

**Sexualidade e saúde mental: construindo sentidos entre pessoas  
usuárias de um CAPS**

**UBERLÂNDIA  
2016**

Universidade Federal de Uberlândia - Avenida Maranhão, s/nº, Bairro Jardim Umuarama - 38.408-144 - Uberlândia – MG

+55 – 34 – 3218-2701

[pppsi@fapsi.ufu.br](mailto:pppsi@fapsi.ufu.br)

<http://www.pgpsi.ufu.br>



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



*Vítor Corrêa Detomini*

**Sexualidade e saúde mental: construindo sentidos entre pessoas usuárias de um CAPS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador: Prof. Dr. Emerson Fernando Rasera

**UBERLÂNDIA  
2016**

Universidade Federal de Uberlândia - Avenida Maranhão, s/nº, Bairro Jardim Umuarama - 38.408-144 - Uberlândia – MG

+55 – 34 – 3218-2701

[pppsi@fapsi.ufu.br](mailto:pppsi@fapsi.ufu.br)

<http://www.pgpsi.ufu.br>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

---

D482s Detomini, Vitor Corrêa, 1983-  
2016 Sexualidade e saúde mental : construindo sentidos entre pessoas usuárias de um CAPS / Vitor Corrêa Detomini. - 2016.  
139 f. : il.

Orientador: Emerson Fernando Rasera.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.  
Inclui bibliografia.

1. Psicologia - Teses. 2. Saúde mental - Teses. 3. Centro de Atenção Psicossocial (Brasil) - Teses. 4. Serviços de saúde mental comunitária - Teses. I. Rasera, Emerson F. \q (Emerson Fernando), 1972-. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

---

CDU: 159.9



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



*Vítor Corrêa Detomini*

## **Sexualidade e saúde mental: construindo sentidos entre pessoas usuárias de um CAPS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador: Prof. Dr. Emerson Fernando Rasera

### **Banca Examinadora**

Uberlândia, 03 de junho de 2016

---

Prof. Dr. Emerson Fernando Rasera

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Renata Fabiana Pegoraro

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Renata Bellenzani

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – Paranaíba, MS

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carla Guanaes Lorenzi (Examinadora suplente)

Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto, SP

**UBERLÂNDIA  
2016**

Universidade Federal de Uberlândia - Avenida Maranhão, s/nº, Bairro Jardim Umuarama - 38.408-144 - Uberlândia – MG

+55 – 34 – 3218-2701

[pgpsi@fapsi.ufu.br](mailto:pgpsi@fapsi.ufu.br)

<http://www.pgpsi.ufu.br>

Às pessoas ditas loucas

## AGRADECIMENTOS

À minha mãe e meu pai, Elza e Wanderley, pelo amor, suporte e confiança.

À minha namorada Daniela, minha inspiração de amor pela área da saúde, por todo o incentivo, motivação, colo e paciência não só durante o período do mestrado, mas sempre.

Ao meu orientador Emerson Rasesa, pela gentileza desde o primeiro e-mail enviado, pela generosidade nas trocas, pela liberdade temática na escolha da área de saúde mental, pela escuta acolhedora, pelas conversas sinceras e pelo encorajamento nos momentos de crise. Pessoas como você ainda mantêm minha esperança de que a academia pode ser um lugar de colaboração.

Às queridas e imprescindíveis pessoas usuárias do CAPS, participantes da pesquisa, pela solicitude, confiança, carinho, atenção e experiências.

À minha amada prima Ana Carolina, pelo apoio, pelas trocas de experiências acadêmicas e por suporte técnico nos resumos.

À professora Marina Cardoso de Oliveira, pela divulgação da seleção de mestrado em sua aula e pelo incentivo. Ao amigo e professor Juliano Setsuo Violin Kanamota, pela paciência quando eu deixava de ler alguns textos do estágio para ler os da seleção, pela torcida e incentivo. Aos amigos e professores Bruno Carvalho e Henrique Meira de Castro, pela torcida e incentivo no início deste processo. Ao amigo e professor Netto Berenchtein, pela torcida, incentivo de sempre, além de todo apoio dado em Uberlândia.

Aos queridos amigos Alonzo e Maylla, pelo imenso carinho e torcida, além das conversas e compartilhamento de angústias e anseios da vida dentro e fora da academia. Às amigas de Paranaíba, Aline, Ana Paula, Gisele, Marcell, Taís, Juliana Vilela e Thayane pela torcida, carinho e apoio.

À Driquinha, pela ajuda com os pousos em Iturama e ótima companhia em Uberlândia.

À amiga Lygia, pelas conversas sinceras e esclarecedoras sobre os desafios da academia, pelo apoio e carinho. Ao amigo Thiago Oda, pela torcida de sempre.

Ao amigo Weslem Martins Santos, pelo suporte e informações sobre o programa de mestrado, pela ajuda cedida desde a seleção até hoje, pelo incentivo e torcida.

Ao amigo Luis Fernando Raffa, pelo suporte e apoio durante minha estada em Uberlândia.

À amiga e professora Renata Bellenzani, pelo auxílio técnico, pela ajuda na ideia do projeto, por sua participação na banca de qualificação e pelo aceite em participar da banca de apresentação da dissertação. E muito além disso, agradeço pelas discussões esclarecedoras, pela confiança, pelo incentivo, carinho e pela oportunidade de sempre aprender com cada conversa, desde minha graduação.

À professora Renata Pegoraro, pela participação na banca de qualificação, pelos riquíssimos apontamentos e pelo aceite em participar da banca de apresentação final.

À coordenação do CAPS onde a pesquisa foi realizada, pelo suporte dado.

Ao PGPSI por todo o trabalho, e à querida Marineide Sales, ex-secretária, pela paciência desde a seleção, além do apoio e carinho constantes. Aos colegas de mestrado pelas trocas de experiências, angústias, dúvidas, dicas e apoio durante todo o caminho. À Nyessa, companheira de orientador, pela ajuda constante e pela divisão das angústias pré-qualificação e pré-apresentação da dissertação.

Aos amigos de pensão Heitor e Fred, que contribuíram para que os dias em Uberlândia se tornassem bem mais divertidos, e Marcel que, além da amizade sincera, foi companheiro nas cervejas baratas e deu suporte com as questões burocráticas enquanto eu estive distante.

À turma 71 de Psicologia da UFU, queridos e queridas, que espantaram todos os meus medos em relação ao estágio em docência no ensino superior, com sua simpatia, sensibilidade e sinceridade.

À CAPES, pelos subsídios durante um longo período deste processo. Muito grato!

## RESUMO

Quando expressada por usuários de serviços de saúde mental, a sexualidade é tipicamente negada pelos profissionais, sendo vista como um sintoma, afirmando-se, assim, que essas pessoas não têm condições de exercê-la. Uma vez que os profissionais de saúde no Brasil não têm mostrado grande investimento na temática, e poucos são os estudos realizados, faz-se necessário que a atenção seja voltada para pesquisas envolvendo este público. Assim, o principal objetivo deste estudo foi compreender os sentidos sobre sexualidade de pessoas usuárias de serviço de saúde mental negociados em oficinas de sexualidade. Os objetivos secundários foram: a) compreender os significados acerca de temas sobre sexualidade trazidos pelos usuários através de suas experiências de vida cotidiana; b) avaliar a experiência da facilitação das oficinas sobre sexualidade no CAPS. Assim, foram realizadas 10 oficinas sobre sexualidade, com duração média de 1h20, distribuídas nos meses de dezembro de 2014 a abril de 2015. Foram, ao todo, 43 participantes, sendo 29 mulheres e 14 homens. Os encontros tiveram os seguintes temas centrais: sexualidade; sexualidade e saúde mental; mitos, credences e tabus sexuais; identidade de gênero; orientação sexual; direitos sexuais e reprodutivos; sexo seguro; e DST/AIDS. A coleta de dados se deu por meio de áudio-gravação desses encontros. Posteriormente, realizou-se a transcrição das oficinas, a leitura atenta dessas transcrições e sua análise. Identificaram-se categorias para analisar as interfaces que permeiam o foco do estudo. Inicialmente, as que tangem a saúde mental e sexualidade: sentidos acerca da sexualidade; questões de gênero; gênero e religião; e direitos sexuais, prevenção às DST/AIDS e atenção ou negação à sexualidade no CAPS. Posteriormente, as que dizem respeito ao processo de facilitação das oficinas: desafios na facilitação das oficinas; e a percepção dos participantes. Uma variedade de sentidos acerca da sexualidade pôde ser notada nas falas dos usuários, relacionando-a mais com afeto e respeito do que com a relação sexual. As questões de gênero surgidas durante as oficinas remeteram a modos de relação conjugal, machismo, violência doméstica, violência psicológica e aos papéis masculinos e femininos na sociedade. Além disso, também foram reveladas algumas situações que associavam diferenças de gênero com questões religiosas, como a submissão da mulher e homossexualidade. Notou-se também que algumas vivências dos participantes envolvendo situações preocupantes de violência familiar, ideações suicidas e castração química, foram frequentemente mal administradas ou ignoradas por profissionais do serviço. No que diz respeito à facilitação das oficinas, foi possível legitimá-las como locais onde os usuários puderam falar abertamente sobre as temáticas sugeridas e destacar sua importância para o local do estudo. Além disso, pôde-se elencar alguns desafios de sua facilitação num serviço de saúde mental, cuja avaliação pelos participantes foi, de modo geral, positiva. Dessa forma, a pesquisa destaca a necessidade da discussão do tema da sexualidade nos serviços de saúde mental, de forma a compreender, discutir e informar as pessoas usuárias. Além disso, é importante problematizar o estigma gerado na relação do tema com os usuários, com os profissionais e com a sociedade, trabalhando suas especificidades e evitando um viés patológico.

**Palavras-chave:** sexualidade; saúde mental; CAPS; oficinas.



## ABSTRACT

When expressed by mental health services users, sexuality is typically denied by professionals, viewed as another symptom or as if these people are not capable of practicing it. Once Brazilian health professionals haven't shown lots of investment in this theme, and few are the studies in this field, it is necessary the attention to be focused on researches involving this public. Therefore, the main goal of this study was understand the meanings of sexuality of the mental health services users, which were negotiated in sexuality workshops. The secondary goals were: a) understand the meanings of themes about sexuality brought by users through their experiences of everyday life; b) to evaluate the facilitating experience of the workshops on sexuality at CAPS. Thus, 10 workshops on sexuality were held, with an average of an hour and twenty minutes each, distributed from December 2014 and April 2015. There were 43 participants, 29 women and 14 men. The meetings had the following central themes: sexuality; sexuality and mental health; myths, beliefs and sexual taboos; gender identity; sexual orientation; sexual and reproductive rights; safe sex; and STD/AIDS. The data collection was through audio-recording of these meetings. Later, was made the transcript of the workshops, a careful reading of these transcripts and then its analysis. It was identified categories to analyze the interfaces that permeate the focus of the study. Initially, the categories relating to mental health and sexuality: meanings about sexuality; gender issues; gender and religion; sexual rights, STD/AIDS prevention and attention or denial of sexuality at CAPS. Later, those relating to the workshops facilitating process: challenges in facilitating the workshops; and the perception of the participants. A variety of meanings about sexuality could be noticed in the users' statements, relating it more with affection and respect than with intercourse. The gender issues that emerged during the workshops were related to marital relationship, sexism, domestic violence, psychological violence and male and female roles in society. Moreover, were also revealed some situations that associated gender differences with religious issues, such as the submission of women and homosexuality. It was also noticed some experiences of the participants involving worrying situations of family violence, suicidal ideation and chemical castration, were often mismanaged or ignored by the service professionals. With regard to the facilitation of the workshops, it was possible to legitimize it as places where users were able to talk openly about the suggested themes and highlight its importance to the study site. Besides, it's possible to list a few challenges of its facilitation in a mental health service, which was in general positively evaluated by the participants. Thus, the research highlights the need for sexuality theme discussion in mental health services, in order to understand, discuss and inform the users. Also, it's important to problematize the stigma created in the theme relation with the users, the professionals and the society, working its specificities and avoiding a pathological bias.

**Key-words:** sexuality; mental health; CAPS; workshops.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

DST – Doença Sexualmente Transmissível

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

MTSM - Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental

SUS – Sistema Único de Saúde

## Sumário

<b>Apresentação .....</b>	<b>12</b>
<b>1 Introdução .....</b>	<b>16</b>
<b>2 Estudos sobre Sexualidade e Saúde Mental .....</b>	<b>21</b>
2.1 A Vivência da Sexualidade entre Usuários de Serviços de Saúde Mental.....	21
2.1.1 Efeitos da medicação sobre a prática sexual. ....	25
2.1.2 Abordagem de questões ligadas à sexualidade por profissionais e serviços de saúde na atenção em saúde mental. ....	26
2.2 Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental.....	32
<b>3 Justificativa e Objetivos .....</b>	<b>39</b>
<b>4 Método .....</b>	<b>42</b>
4.1 O CAPS I em Questão.....	43
4.2 Os Participantes.....	43
4.3 Procedimentos de Coleta: as Oficinas sobre Sexualidade.....	44
4.4 Procedimentos Éticos .....	53
4.5 Processo de Análise dos Dados .....	53
<b>5 Sexualidade e Saúde Mental .....</b>	<b>55</b>
5.1 Sentidos Acerca da Sexualidade.....	55
5.2 Questões de Gênero .....	60
5.2.1 Gênero e religião.....	65
5.3 Direitos Sexuais, Prevenção às DST/AIDS e Atenção ou Negação à Sexualidade no CAPS .....	67
<b>6 Discutindo Sexualidade e Saúde Mental com a Literatura.....</b>	<b>73</b>
6.1 Gênero .....	76
6.2 Modelo Biomédico de Atenção à Saúde Mental no CAPS Pesquisado.....	79
<b>7 Facilitação das Oficinas.....</b>	<b>82</b>
7.1 Desafios na Facilitação das Oficinas.....	82
7.2 A Percepção dos Participantes .....	86
<b>8 Discutindo a Facilitação das Oficinas com a Literatura .....</b>	<b>90</b>
8.1 Limites Profissionais e Coordenação do Cuidado em um CAPS.....	92
8.2 Avaliação das Oficinas.....	94
<b>9 Considerações Finais .....</b>	<b>96</b>
9.1 Afinal, é Preciso Pensar Especificidades para as Vivências da Sexualidade dos Usuários de Saúde Mental? .....	96
9.2 Com as Palavras, o Facilitador-pesquisador .....	98
9.3 Caminhos Abertos .....	100

<b>10 Referências.....</b>	<b>102</b>
<b>APÊNDICE ÚNICO .....</b>	<b>116</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>132</b>

## **Apresentação**

*Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no 'processo de cura', mas no processo de 'invenção da saúde' e de 'reprodução social do paciente' (Amarante, 1998).*

Entendo que a apresentação de minha trajetória pessoal e acadêmica é importante para contextualizar melhor o interesse no estudo sobre sexualidade e saúde mental, tendo como local especificamente um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A história começou no meu estágio obrigatório na graduação de Psicologia, em dezembro de 2012. A escolha deste local de estágio foi motivada por conversas e discussões entre alguns amigos e minha namorada, Daniela, com quem convivia a maior parte do tempo. Eles faziam parte do Programa de Educação para o Trabalho (PET – Saúde Mental), coordenado pela Profa. Dra. Renata Bellezani. Assim, ao entrar em contato com o trabalho que faziam, resolvi escolher o CAPS para estagiar.

O CAPS não oferecia muitas atividades aos usuários, o que mudou com a presença dos estagiários. Cuidados psicológicos e de participação institucional foram desenvolvidas, tais como: oficinas, escutas individuais, grupos, assembleias e reuniões de equipe.

Entre essas práticas havia uma atividade grupal, semanal, denominada inicialmente de “grupo de apoio à depressão“. Este foi criado como recurso terapêutico para atender a demanda crescente de pessoas no serviço, cujas situações existenciais, de saúde e/ou psicossociais são nomeadas pelas próprias pessoas e pelo aparato médico-sanitário, como “casos de depressão“. O grupo iniciou-se em 2012, entrei no final de 2013, e ajudava a conduzi-lo com mais dois estagiários.

Progressivamente, o espaço dialógico produzido pelo grupo se tornou uma oportunidade de os usuários se expressarem mais sobre o que pensavam sobre o próprio serviço, sobre a equipe de profissionais e estagiários, formulando avaliações, críticas, solicitações e expectativas sobre os próprios tratamentos, expressando demandas, até então, pouco reconhecidas pelos estagiários e pelo serviço. Foi desta questão que fiz meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), sob a orientação de Renata Bellenzani, intitulado “Construindo a participação social junto a usuários participantes de um grupo de apoio: desafios para a qualificação da atenção em um CAPS“.

Ao término do estágio obrigatório, pela afinidade com os usuários, com a prática grupal e por receio que o grupo fosse encerrado, pedi à coordenação do serviço para que continuasse como voluntário. Lá permaneci, desta vez como único facilitador, até minha formatura, em julho de 2014. Os relatórios de cada encontro foram utilizados como base para a produção de outro TCC, de minha especialização em Psicologia e Saúde, realizada pela UNESP, *campus* de Araçatuba, que fiz concomitante à graduação. O trabalho foi intitulado “Grupo de apoio em Centro de Atenção Psicossocial: percepção de estagiários/terapeutas” e teve orientação da Profa. Dra. Carmen Maria Bueno Neme.

Em meio a esses TCCs, surgiu a oportunidade de inscrição para a seleção no Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), que ocorreu em agosto de 2013. Elaborei uma ideia para o projeto e enviei um e-mail para o Prof. Dr.

Emerson Fernando Rasesa, que aceitou uma conversa. Minha ideia era pesquisar a respeito dos sentidos que os usuários participantes daquele grupo no CAPS traziam sobre seu diagnóstico. A sexualidade não era figura nem fundo da proposta inicial. Porém, pensando nas demandas apresentadas nos grupos, nas conversas individuais e até mesmo nas brincadeiras com as pessoas usuárias do CAPS, percebi que faria bastante sentido. Portanto, adequando minhas ideias às linhas de pesquisa do professor, no campo da sexualidade, entendemos que o projeto desta dissertação seria sobre sexualidade e saúde mental.

Conversei com a professora Renata Bellenzani e ela sugeriu as oficinas como ferramenta de pesquisa. Além disso, me emprestou muitos materiais com a temática. Escrevi o projeto com as oficinas, apesar de não ter experiência na facilitação delas. Um pouco desta experiência foi adquirida com a disciplina Teoria e Técnica de Grupo, ministrada pelo professor Emerson para o 7º semestre da graduação em Psicologia na UFU, onde realizei meu estágio em docência.

É claro meu interesse pelo campo da saúde mental, mas, o porquê de tratar de sexualidade, eu fui descobrindo ao longo do processo de execução do projeto e da elaboração da dissertação. No primeiro capítulo, veremos que esta é uma área bastante complexa por ter importância social e subjetiva bastantes variáveis. Para cada um, a sexualidade tem um sentido distinto, e até mesmo dentro da própria Psicologia encontram-se várias definições e conceitos acerca do tema. No âmbito da saúde mental, ressaltarei os CAPS como modelos de intervenção para as pessoas usuárias. Será explicitado também que o olhar dos profissionais diante das expressões de sexualidade dos usuários de serviços de saúde mental varia muito, e isso pode ser fundamental para seu tratamento e suas relações dentro dos serviços. Veremos que o cenário da sexualidade e saúde mental é de grande vulnerabilidade e que demanda muita atenção.

No segundo capítulo, fui buscar na literatura referências sobre sexualidade e saúde mental. Veremos que são raros os trabalhos que tratam das oficinas de sexualidade em serviços abertos de atenção psicossocial e discutiremos, com a literatura, desde os sentidos sobre sexualidade de pessoas usuárias dos serviços e profissionais, até questões de violência, gênero e religião.

No terceiro capítulo, justifico a importância deste estudo e explico os objetivos que me propus a alcançar com ele. Em seguida, no quarto capítulo, de método, trago um pouco do CAPS onde a pesquisa foi realizada, sobre seu funcionamento e estrutura. Falo sobre os participantes das oficinas, os métodos de coleta e de análise dos dados.

O quinto capítulo, tendo por base os objetivos traçados, apresenta os principais resultados, e é onde descrevo os sentidos construídos pelos participantes durante as oficinas. Serão utilizados trechos de falas de diversas oficinas para cada tópico levantado, como sexualidade, prazeres e riscos, dificuldades no exercício da sexualidade e questões de gênero. Em seguida, por meio das falas dos usuários, elucido momentos que se referem à atenção ou negação à sexualidade no serviço. No sexto capítulo, há a discussão desses resultados com a literatura da área.

No sétimo capítulo, descrevo os desafios da realização das oficinas sobre sexualidade no CAPS em questão e também insiro trechos das falas sobre qual lugar representaria essas oficinas neste serviço de atenção psicossocial. Além disso, algumas falas são utilizadas como exemplos da percepção dos usuários sobre as atividades desenvolvidas. No oitavo capítulo, converso um pouco com a literatura da área sobre esses desafios e percepções.

Por fim, no nono capítulo, são feitas as considerações finais referentes a todo o processo do trabalho até aqui. Trago as principais contribuições da pesquisa, sugestão de estudos e algumas autocríticas.



## 1 Introdução

No que condiz aos estudos sobre sexualidade na Psicologia, destacam-se duas abordagens: a essencialista e a construcionista. A primeira sugere a existência de diferenças inatas e estáveis entre os sexos. A segunda, antiessencialista, presume que o mundo social e as pessoas sejam produtos de um processo social e que não existe uma essência que faz com que as pessoas sejam, estejam ou se tornem o que são (Borges, Canuto, Oliveira & Vaz, 2013; Nogueira, 2001). É a segunda abordagem que adotamos neste trabalho, reconhecendo que, em diferentes lugares e tempos, a sexualidade foi e é vivida de uma forma diferente.

Foi no final dos anos 1960 que se iniciou a emancipação do sexo da essencialidade e da reprodução (Paiva, 2008). Paiva (2008) afirma ainda que a noção sobre o sexo como vida instintiva ou impulsiva começou a ser questionada por teóricos dos movimentos feminista e homossexual, aprofundando a crise do paradigma sexológico. Essa perspectiva crítica é chamada de construcionista. Nela, a sexualidade é definida como uma construção social (Gagnon & Simon, 1973/2009; Parker & Aggleton, 1999/2007). Assim, enquanto abordagens essencialistas buscaram responder questões demográficas e patológicas acerca da sexualidade, o construcionismo definiu, entre outras questões, sua compreensão como fenômeno social, a desigualdade entre os sexos, a subordinação das mulheres, a discriminação sexual e nas, últimas três décadas a compreensão da epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e a violação de direitos sexuais (Paiva, 2008).

Foucault (1988/1999) afirmava a sexualidade como um importante dispositivo social de controle sobre as pessoas, entre educadores e alunos, pais e filhos e até mesmo entre governantes e a população. Normas a respeito do exercício da sexualidade existem

nas diferentes sociedades, mesmo que variando para cada sociedade e momento histórico (Villela & Arilha, 2003). Cornwall e Jolly (2008) pontuam que as normas que buscam o controle da sexualidade têm um efeito importante e, com frequência, muito negativo sobre o bem-estar material e emocional das pessoas. A sexualidade e as normas no seu entorno têm impactos significativos sobre a educação, trabalho, saúde e, assim, os direitos sexuais se fazem essenciais para os outros direitos humanos (Cornwall & Jolly, 2008).

A relação entre saúde e direitos reprodutivos e sexuais leva a pensar sobre as necessidades geradas pela vivência da reprodução e sexualidade. Assim, a reprodução e a sexualidade devem constar como áreas específicas da política geral de saúde pública (Ávila, 2003; Silva & Nardi, 2011). São questões cruciais que hoje estão colocadas para a política de saúde. Isso significa que o poder público deve assegurar nestes campos os meios de educação, promoção e prevenção da saúde, uma política pública de saúde comprometida com a promoção integral dos direitos reprodutivos e sexuais, que representará uma conquista política para a democracia e fortalecerá o processo de democratização da sociedade brasileira, contribuindo para superar suas heranças autoritárias, patriarcais e homofóbicas (Ávila, 2003; Brasil, 2005; Brasil, 2015; Lemos, 2014; Moraes & Vitale, 2015).

E é justamente a partir das políticas de saúde mental e de prevenção ao HIV/AIDS e às DST, com mensagens que promovem uma discussão ampla, franca e aberta da sexualidade, lutando contra o estigma, que Possas, Simão, Delgado, Galbinski e Sá (2008) ressaltam a necessidade de se aprofundar e explorar seus pontos de convergência como, por exemplo, a necessidade de assegurar melhores condições sociais e de vida às pessoas com transtornos mentais, evidenciando questões complexas

como a sexualidade, o sofrimento mental e o enfrentamento do estigma e da discriminação.

Na área da saúde mental, cada profissional de saúde utiliza um modo particular para se posicionar em relação ao usuário e, assim, circunscreve uma percepção da sexualidade do mesmo, na qual suas opiniões revelam seu comportamento e seus juízos de valor, direcionando o desempenho desse papel profissional que, à primeira vista, tende a certa neutralidade sobre as manifestações da sexualidade da pessoa com transtorno mental (Brito & Oliveira, 2009).

Com essa perspectiva, continuam Possas et al. (2008), a prevenção e atenção às DSTs e ao HIV/AIDS nos serviços de saúde mental colocam em evidência a necessidade de novas abordagens da sexualidade e do sofrimento mental e, com este novo olhar, a sexualidade deixa de ser vista como sintoma para ser encarada como algo saudável e desejável, em uma perspectiva de vida e de direitos humanos capaz de reconhecer e aceitar a diversidade, e não como mais um fator de discriminação e exclusão.

A Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (ONU, 2001) destaca a urgência em desenvolver estratégias e procedimentos técnicos para monitorar a saúde mental nas comunidades e a responsabilidade dos órgãos públicos em apoiar as pesquisas em saúde mental e vigilância epidemiológica, dado os custos que os agravos psíquicos geram em termos humanos, sociais e econômicos. No Brasil, a Lei 10.216/2001 regulamenta a assistência hoje e atenta para os vários aspectos da prevenção nessa área. O Brasil ganhou reconhecimento internacional através de sua Política de Saúde Mental, a partir de uma Reforma Psiquiátrica (Possas, Simão, Delgado, Galbinsk & Sá, 2008).

Dentro dessa política, Luzio e L'Abbate (2009) apontam que os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) se fazem modelos inovadores. As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (Brasil, 2004).

Dentre essas práticas, num cenário que trabalhará uma nova concepção de saúde-doença e, mais concretamente, uma nova noção de tratamento, destacam-se as oficinas terapêuticas, que devem “funcionar como dispositivos de mudança social, não sendo, somente, fonte de experiências prazerosas para os usuários ou mecanismos que acabam por devolver o mesmo à sociedade, sem preocupar-se em transformá-la” (Cedraz & Dimenstein, 2005, p. 323).

Apesar da escassez de trabalhos envolvendo práticas relacionadas com a sexualidade no âmbito da saúde mental, na literatura brasileira é possível encontrar importantes sinais de preocupação na área representados pela publicação de guias sobre sexualidade e DST/AIDS voltados para profissionais e equipes de saúde (Mann, Oliveira & Oliveira, 2002; Brasil, 2012), bem como aqueles voltados à identificação das vulnerabilidades das pessoas usuárias de serviços de saúde mental (Brasil, 2008), os quais consideram que as pessoas com transtorno mental estão sujeitas a um maior risco de diversas condições adversas de saúde.

Considera-se aqui que as pessoas usuárias de serviços de saúde mental podem estar mais vulneráveis a essas condições. Ser vulnerável, concordando com Paiva (2000), significa não ter acesso aos meios para se proteger: acesso à saúde reprodutiva e

camisinhas gratuitas e de boa qualidade, por exemplo, ou liberdade para escolher ou propor.

Para que o profissional tenha essa compreensão das práticas e dos sentidos da sexualidade para cada pessoa e garanta a diminuição de suas vulnerabilidades, é fundamental que ele estabeleça uma relação de confiança necessária à interlocução com o usuário no momento da intervenção, que pode ser realizada nos atendimentos individuais ou em grupo, através de oficinas terapêuticas (Mann et al., 2002).

## **2 Estudos sobre Sexualidade e Saúde Mental**

Nesta seção da dissertação são trazidas referências que contém importantes discussões sobre o tema proposto. Pode-se notar, por meio das referências levantadas, que diferentes paradigmas lançam luz sobre aspectos distintos acerca da sexualidade e da saúde mental. De um lado, estudos médicos sobre a sexualidade das pessoas com trajetórias psiquiátricas, relacionadas à disfunção sexual, implicações do uso da medicação na vivência da sexualidade, queixas relacionadas ao tipo de diagnóstico e atitudes dos profissionais em relação a elas. De outro, os estudos com o olhar para a sexualidade através das lentes das ciências sociais, mais escassos, porém, onde o presente estudo se encaixaria. Ao fim, serão elencadas as referências encontradas que tratam especificamente das oficinas como prática em saúde mental e das oficinas sobre sexualidade nesta área.

### **2.1 A Vivência da Sexualidade entre Usuários de Serviços de Saúde Mental**

Neste trabalho fez-se importante buscar na literatura uma maior compreensão e análise da vivência da sexualidade das pessoas diagnosticadas com algum transtorno mental grave. Giugliano (2004) e Pinto, Mann, Wainberg, Mattos e Oliveira (2007), o primeiro em estudo sócio histórico sobre saúde sexual e o outro uma etnografia feita dentro de instituições psiquiátricas, afirmaram que os conceitos de sexualidade e transtorno mental assumem diferentes significados ao longo do tempo e que há problemas quanto ao diagnóstico das pessoas que fogem da norma estabelecida quando falamos em vivência sexual.

Estudos voltados para a área médica trazem algumas controvérsias. Por exemplo, Drake e Pathé (2004) estudaram, por meio de uma revisão da literatura, a

questão do possível comportamento sexual ofensivo de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e propuseram que, em apenas uma parte dos casos, tal comportamento se refere ao diagnóstico atribuído, posto que a outra parte pode se justificar por transtornos prévios ou apenas se afigurar como uma manifestação de um comportamento antissocial mais amplo. Por outro lado, McCann e DipThorn (2000) e Dimen (2001) afirmaram que as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia podem viver sua sexualidade plenamente, porém, o preconceito, discriminação, opressão e atitudes negativas em relação a elas podem afetar muito sua autoestima. Vale notar a contribuição de Volman e Landeen (2007) que diz respeito à análise de entrevistas com cinco homens e cinco mulheres com diagnóstico de esquizofrenia. Nas análises, as autoras identificaram que, embora o transtorno tenha afetado aspectos da vivência sexual dos participantes, tanto pelo tratamento medicamentoso quanto pelas barreiras psicossociais enfrentados, muitos deles desenvolveram e mantiveram relações íntimas significativas e construíram seus próprios sentidos e significações acerca da sexualidade.

Consultando mulheres diagnosticadas com transtornos mentais persistentes, Davison e Huntington (2010) constataram que os profissionais de saúde mental deveriam reconhecer a sexualidade como um aspecto importante do atendimento em saúde, pois, para eles, a sexualidade de mulheres com transtornos mentais duradouros é invisível e oculta. Para os autores, na história da psiquiatria clínica, perguntas relativas a disfunções sexuais parecem ser um aspecto menor de síndromes psiquiátricas. Lennox e Davidson (2013) exploraram questões legais, políticas e práticas sobre a sexualidade de pessoas com diagnóstico de demência e apontaram que tais questões têm sido negligenciadas, o que dificultaria a expressão da sexualidade na população em questão.

Sabe-se que há, historicamente, formas diferentes de cuidado e atenção em relação às pessoas diagnosticadas com algum transtorno mental. Muitos dos

preconceitos e discriminações existentes se devem à forma manicomial de tratamento, ou seja, a excluir da sociedade aqueles que, na visão de alguns, geravam problemas. E isso se estende até hoje, tanto para as famílias quanto para os profissionais que as atendem, mesmo depois de novas maneiras de atendimento e de intervenções terem sido disseminadas, ainda há o estigma.

Cook (2000) encontrou, na literatura especializada, indicadores desse estigma sofrido pelas pessoas diagnosticadas com transtorno mental, os quais resultariam na falta de informação e dificultariam práticas sexuais seguras. Indicadores esses que também podem ser encontrados na pesquisa de Lyon e Parker (2003), que realizaram grupos focais com 16 mulheres com diagnóstico de transtornos mentais diversos de áreas rurais dos Estados Unidos. As mesmas afirmaram que sentiram como se os seus papéis de “mulheres” fossem substituídos pelos papéis de “doentes mentais”, pois, devido ao estigma sofrido pela sociedade, sofrem isolamento por parte dos familiares e complicações para encontrar parceiros sexuais. Outras dificuldades afirmadas pelas participantes foram a complexidade de acesso a serviços de saúde e a compreensão de questões médicas que envolviam suas demandas.

Östman (2008) realizou entrevistas tanto com pessoas internadas em hospital psiquiátrico quanto com seus parceiros, totalizando 20 pessoas. A autora afirmou que os fatores que influenciam a vivência da sexualidade de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais graves têm sido pouco estudados. Em outro estudo, a autora e Björkman (2013) descreveram que as pessoas com transtornos mentais e os seus parceiros têm um sentimento de abandono e descaso, por parte dos tratamentos psiquiátricos, e mostram insatisfação com os métodos de intervenção que não contam com a participação efetiva desses parceiros. Além disso, as pessoas entrevistadas também mostraram insatisfação com a quantidade e a clareza de informações que



recebiam sobre o tratamento, principalmente em relação aos efeitos dos medicamentos. Falta de informações essa que pode resultar na exposição das pessoas às DSTs/AIDS.

Nebhinani e Matoo (2013), em revisão de literatura com o objetivo de buscar associações entre psicose e HIV, mencionam a necessidade de pesquisas com o propósito de investigar a prevalência de infecção pelo HIV em diversas populações, como a de idosos e de pessoas com diagnóstico de algum transtorno mental. Por sua vez, Collins (2001), além de destacar uma carência de dados sobre a temática, encontrou ambivalências na opinião dos profissionais de saúde mental que participaram de sua pesquisa sobre a sexualidade de mulheres diagnosticadas com transtornos mentais, que ora afirmavam que as vivências sexuais dessas mulheres eram influenciadas pelo diagnóstico, ora não sabiam informar sobre a sexualidade delas. O fato, para a autora, poderia constituir uma barreira a ações de prevenção ao HIV com essa população.

Por outro lado, Wainberg et al. (2008), em estudo sobre o comportamento de risco para o HIV com 98 usuários de ambulatório de saúde mental no Rio de Janeiro, mencionaram que cerca de 45% das pessoas participantes do estudo informaram não utilizar métodos de prevenção durante o ato sexual. Wainberg et al. (2008) destaca ainda que, no Brasil, há a necessidade de programas de prevenção ao HIV, principalmente dentro de serviços de atenção à saúde mental. Em outro estudo brasileiro, sobre a prática do sexo desprotegido entre uma amostra de 2237 pessoas com transtornos mentais e fatores associados, Guimarães, McKinnon, Campos, Melo e Wainberg (2010) consideraram que essa população apresenta muitos comportamentos de risco para o HIV, que seriam a prática do sexo desprotegido e seus fatores associados como, por exemplo, o uso de álcool e/ou outras drogas.

Thom (2003), Collins, Elkington et al. (2008) e Guimarães et al. (2010) sustentam que há os níveis mais elevados de estigma associados a tais comportamentos

de risco e apontam para a importância de intervenções voltadas à prevenção de DSTs, em particular da AIDS, principalmente intervenções que abordem situações de risco e que contribuam para aprimorar a tomada de decisões de pessoas com diagnóstico de transtornos mentais.

Por outro lado, vemos que as intervenções e novas estratégias de intervenções devem ser generalizadas para o público em geral, pois observando a Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas dos brasileiros (PCAP), realizada em 2008 com 8 mil pessoas com idade entre 15 e 64 anos de idade, onde mais de 50% declarou não ter utilizado preservativo na última relação sexual. Vemos que a associação entre pessoas diagnosticadas com transtornos mentais e DSTs se encontra dentro da média nacional (Brasil, 2011). Os números, claro, são preocupantes, mas demonstram uma semelhança entre as populações não vista na literatura.

Assim, considerando os problemas no reconhecimento do exercício da sexualidade dos usuários de serviços de saúde mental e o risco de exposição às DSTs que essa população possa ter, confirma-se, na literatura pesquisada, a ausência de ações ou importantes barreiras para programas de saúde com alvo na proteção dessa população, principalmente o estigma e o preconceito que ela tem sofrido e ainda sofre.

### **2.1.1 Efeitos da medicação sobre a prática sexual.**

A maioria dos estudos tem suas linhas voltadas para a questão do transtorno, da disfunção, da anormalidade, tais como os que tratam dos fatores que envolvem os efeitos colaterais dos medicamentos.

Em estudos sobre os efeitos de antidepressivos associados a disfunções sexuais, Haefliger e Bansack (2006) e Higgins, Nash e Linch (2010) mencionam que esta incidência varia bastante nos estudos, dificultando estimá-la com exatidão. No entanto,

as autoras relatam alguns problemas encontrados: diminuição do desejo sexual; diminuição da excitação sexual; diminuição ou atraso do orgasmo; dificuldades de ereção; ejaculação precoce; e não adesão ao tratamento. Em concordância, Cohen et al. (2007) investigaram efeitos colaterais de psicofármacos sobre a sexualidade de 587 pessoas com diagnóstico de depressão e encontrou comprometimentos mais frequentes e graves. Além disso, os efeitos colaterais da medicação também podem diminuir o desempenho sexual e o desejo, acarretando disfunção erétil em homens e inorgasmia em mulheres.

Sabe-se da importância dos estudos envolvendo todos os aspectos da sexualidade das pessoas com diagnóstico de transtornos mentais, inclusive a questão sobre os efeitos dos medicamentos. Porém, neste sentido, cabe citar o trabalho de Schmidt et al. (2012), que destaca a necessidade urgente de ensaios clínicos bem conduzidos, cegos e com escolha aleatória dos participantes, visando analisar os efeitos da redução da dosagem da medicação, interrupções no uso e terapias alternativas sobre pessoas com disfunções sexuais induzidas por antipsicóticos.

Assim, será possível analisar contextualmente a influência da medicação para cada pessoa e não correr o risco de generalizar. Prender-se apenas às questões psiquiátricas e esquecer-se das sociais pode ser um grave erro, prejudicando, inclusive, a pessoa em seu território.

### **2.1.2 Abordagem de questões ligadas à sexualidade por profissionais e serviços de saúde na atenção em saúde mental.**

Questões acerca da percepção dos profissionais sobre a sexualidade dos usuários, das ações negativas de profissionais e serviços, e sobre programas de intervenção também foram investigadas. A intenção aqui é fazer interface ao trabalho,

verificando na literatura como tem sido a atenção sobre as demandas envolvendo a sexualidade das pessoas diagnosticadas com transtornos mentais.

Dallon e Abraham (2009), em revisão da literatura sobre sexualidade e psicose, encontraram dados que afirmam que a sexualidade é raramente discutida nas entrevistas psiquiátricas e, por conta de serem diagnosticadas com algum transtorno mental, as pessoas comumente são consideradas assexuadas pelos profissionais de saúde. Brito e Oliveira (2009) também observaram que a concepção dos profissionais de saúde a respeito da sexualidade do “doente mental” tende a ser expressa por meio da negação e da associação com “desvios”, “transgressões” e “doenças”. Como já dito, a cultura manicomial se estende por muitos lugares na prática de profissões ligadas à saúde, onde, além de a sexualidade ser vista como essência, há o agravamento quando se trata da atenção a sexualidade de uma pessoa diagnosticada com transtorno mental. Entender como essa cultura se propaga entre os profissionais é importante para que problemas como estes sejam discutidos.

Voermans, Van, Peen e Hengeveld (2012), ao entrevistar médicos e estagiários holandeses sobre o quanto eles tratam do tema da sexualidade, identificaram que eles dão pouca atenção aos problemas sexuais de seus clientes. Os autores ainda relatam que esses profissionais, ao prescreverem antidepressivos e antipsicóticos, não informaram as pessoas sobre seus efeitos adversos. Resultados semelhantes podem ser encontrados nos estudos de Rele e Wylie (2007), em entrevistas com formandos em medicina o Reino Unido, e de Collins (2006), na África do Sul, que ainda destaca que os profissionais têm usado a medicação para inibir possíveis consequências adversas da atividade sexual das pessoas diagnosticadas com transtornos mentais graves, como, por exemplo, a gravidez, ou para reduzir a libido dessas pessoas.

Vê-se a gravidade do uso propositado das medicações para controle da libido, em que instituições e profissionais o fazem com a justificativa de que os usuários apresentam comportamentos que podem trazer riscos a outras pessoas, ou a não necessidade de sua vivência sexual. Junta-se, então, a área médica, pautada em sintomatizar as vivências sexuais nas pessoas diagnosticadas com transtorno mental, com a indústria farmacêutica, que não apenas reproduz esses valores, mas está assentada no próprio interesse mercadológico do uso da epidemiologia (Lauretis, 1984; Zanello, 2014).

Higgins, Barker e Begley (2008) e Quinn, Heppell e Browne (2011), buscaram compreender como profissionais da área de Enfermagem respondem a questões sobre sexualidade na saúde mental. Segundo os autores, embora reconheçam a importância que a sexualidade deva ser tratada, os profissionais tendem a perpetuar práticas que marginalizam, discriminam e excluem socialmente as pessoas com diagnóstico de algum transtorno mental. De forma semelhante, Miranda e Furegato (2002), Miranda, Furegato e Azevedo (2008), Ziliotto e Marcolan (2013; 2014) e Alves, Coutinho, Maia, Reis e Melo (2010) afirmaram que as percepções de enfermeiros sobre a sexualidade das pessoas diagnosticadas com transtorno mental apresentam aspectos ambivalentes, contraditórios e complexos, ora reconhecendo, ora negando a sexualidade dessas pessoas, e muitas vezes considerando exclusivamente a patologia clínica.

McCann (2006) e Higgins et al. (2008) afirmaram que as atitudes de alguns profissionais reforçam o estigma e o medo que os usuários experimentam, inclusive em seu tratamento, que muitas vezes incluem intimidação emocional, ameaças, contenção física, química e isolamento. McCann (2006), em estudo realizado no Reino Unido, afirmou que a ausência de profissionais capacitados e o baixo investimento na área da

sexualidade em serviços de saúde mental podem ser algumas das justificativas para o fato de os clínicos a qualificarem como sendo de baixa prioridade.

O autor afirmou ainda que um passo importante a ser dado para a reversão deste cenário seria a formação de fóruns de discussão entre profissionais e pacientes. Sobre isso, achados do estudo de revisão de Higgins, Barker e Begley (2006) sobre programas de educação para saúde sexual envolvendo pessoas diagnosticadas com transtornos mentais sugeriram que iniciativas dessa natureza beneficiam a população quando conduzidos de forma sensível e solidária.

É o que também afirmam Collins, Mestry, Wainberg, Nzama e Lindegger (2006), que administraram um programa de treinamento sobre o HIV para trabalhadores de serviços de saúde mental na África do Sul e analisaram a experiência como positiva, uma vez que mudou as atitudes desses profissionais no entendimento de questões como orientação sexual, sexo anal, vaginal e oral, tópicos considerados culturalmente sensíveis no país. Trazendo um exemplo que consideram positivo, Zechner e Kirchner (2013) descreveram os benefícios de uma intervenção piloto, que seja voltada à promoção do bem-estar, inclusive em termos da sexualidade, em pessoas idosas com doença mental recebendo atendimento em um hospital psiquiátrico nos Estados Unidos.

É possível identificar como a temática tem sido tratada por gestores e profissionais e como isso tem reverberado nos usuários de serviços de saúde mental. Revelam-se também, nos estudos encontrados, grandes problemas em relação ao reconhecimento da sexualidade das pessoas com diagnóstico de transtornos mentais graves. Com isso, o estigma e o preconceito são reforçados tanto entre a comunidade profissional, quanto entre usuários, familiares e população em geral e, não menos importante, a atenção à saúde dessa população fica prejudicada.

Em um estudo de revisão, Owen e Khalil (2007) afirmaram que a falta de consciência e entendimento das instituições de saúde criam ambientes hostis onde os usuários sentem-se marginalizados e excluídos. Por fim, McClure (2012) destaca que os profissionais de saúde mental precisam ser encorajados a ir além do preconceito sobre a sexualidade de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais. A autora enfatiza que “educação sexual, saúde sexual, a resposta sexual humana, problemas sexuais induzidos por drogas, DSTs, gravidez, fertilidade e diálogos que promovam relações saudáveis devem ser providas pelos profissionais para que possam educar adequadamente as pessoas atendidas” (McClure, 2012, p. 4).

Portanto, o que se enfatiza aqui com os dados das referências citadas, é que a população diagnosticada com transtornos mentais é, muitas vezes, subestimada pelos serviços de saúde. Desta maneira, as ações que visam melhorias em suas formas de se relacionar com a sociedade, em suas condições de poder trabalhar e, especificamente, em sua vivência sexual, são resumidas à negligência, negação e controle medicamentoso: negligência de cuidado integral de todas as questões concernentes a essa população no âmbito da saúde mental; negação de atendimento das questões relacionadas à sexualidade por conta do diagnóstico de transtornos mentais; controle medicamentoso com o intuito de diminuir a libido e/ou quaisquer comportamentos considerados distintos da norma.

Em contrapartida, outras posturas sustentam melhores resultados em relação aos benefícios gerados para essas pessoas, comprovando que práticas que visam o mínimo de acolhimento e se baseiam na sensibilidade são mais recomendadas e eficazes. Ressalta-se ainda a importância de intervenções humanizadas na área de saúde mental, a compreensão do modo como as pessoas se relacionam com o mundo e a possibilidade de diálogos construtivos em torno dos problemas relacionados com sua vivência sexual.

Por fim, cabe chamar a atenção para os tipos de estudos realizados, ora de revisão de literatura, ora ouvindo os profissionais de saúde. Nota-se a falta das vozes das pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, com o intuito de trazer à tona suas experiências e sentidos, que poderão não ser da ordem de déficits, disfunções, medicamentos. Sendo a sexualidade construída socialmente, estudos sociais envolvendo esta temática poderiam abrir margem para questionar se a sexualidade das pessoas com transtornos mentais é tão distinta assim ou se não guarda características semelhantes com a população em geral.

Avalia-se também que as diversas temáticas estudadas no âmbito da sexualidade em saúde mental apresentam diferentes visões, tanto por parte dos profissionais, como pelas pessoas usuárias dos serviços de saúde. Essas diferenças, contudo, estão associadas à forma e às vulnerabilidades sofridas por essa população, apontadas por alguns estudos citados. Em comum, além de chamarem atenção para sua importância, todos avaliam que as vivências sexuais dessas pessoas são historicamente construídas sob estigma, preconceito e negligências de direitos. Além disso, apesar de alguns estudos afirmarem maior frequência de comportamentos de risco dessa população, outros indicam não haver essa relação, relatando que podem viver sua vida sexual plenamente. Relatar que as pessoas diagnosticadas com transtornos mentais têm comportamento de risco devido apenas a sua condição é uma lógica normativa, generalista e perigosa, que contribui para o aumento do estigma entre familiares e profissionais. Vê-se, assim, 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.



## 2.2 Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental

Com o surgimento dos CAPS a atenção à saúde mental adentra o território, deixa de acontecer somente entre muros hospitalares e ganha espaço na mídia, nas ruas e nas casas, fica mais próxima às pessoas (Maraschin, Francisco & Diehl, 2011). Assim, as autoras identificam o surgimento de novas formas de intervenção, descentradas, com o objetivo de se esvaír entre os muros institucionais, dispositivos potentes de pensamento e ação, as oficinas.

Discutindo sobre o uso do trabalho e da atividade no contexto psiquiátrico brasileiro, Guerra (2008) considera que foi na década de 40 que houve impulso a essas atividades, com a terapêutica ocupacional de Nise da Silveira que, questionando a hegemonia do pensamento organicista, fez avançar no país o uso de atividades terapêuticas. Nise valorizava a atividade como recurso terapêutico e denunciava os desvios de sua utilização, como, por exemplo, a exploração de mão-de-obra. Outro aspecto levantado por Guerra (2008), é que todo o trabalho de Nise da Silveira foi marginalizado pelas forças da indústria farmacêutica que ditaram um enfoque medicamentoso no meio psiquiátrico, inclusive, o período das décadas de 60 e 70 ficando conhecido como sendo da “Indústria da Loucura”.

Esse cenário começou a mudar no final da década de 70, se estendendo para a de 80, com o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), primeiro movimento em saúde com participação popular que teve fundamental importância para a Reforma Psiquiátrica no país. Com denúncias contra hospitais psiquiátricos e clínicas, articulação de usuários, familiares, trabalhadores e organizações, o movimento lutou pela construção de políticas públicas de saúde mental que fossem contrárias ao modelo clássico da psiquiatria (Amarante, 1998; Galletti, 2004; Guerra, 2008). Neste período, novos enfoques e novas tensões políticas entraram em cena a respeito do uso da

atividade no campo da saúde mental, além disso, começou-se a pensar a necessidade de as pessoas usuárias adentrarem a cidade e da psiquiatria rever suas bases teórico-práticas (Galletti, 2004; Guerra, 2008).

Assim, a noção de reabilitação é revisitada com a ideia de autonomia do sujeito, inspirada na psiquiatria democrática italiana, de Franco Basaglia (1968/2001), que tinha a visão do tratamento como ação política de transformação, onde a pessoa, tendo liberdade em suas escolhas, põe em exercício sua humanidade e cidadania, podendo usufruir de condições básicas de vida (Guerra, 2008). Guerra (2008) também chama atenção para a mudança de comando das oficinas terapêuticas, na década de 80, que antes eram restritas aos profissionais de psiquiatria, passam a ser mediadas por terapeutas ocupacionais, técnicas de referência ou por toda a equipe multiprofissional, respeitando o interesse do sujeito. A autora ainda aponta para outra importante mudança: essas atividades deixam de ter vínculo unicamente com o diagnóstico das pessoas e passam a se relacionar com aspectos de convivência, reabilitação ou ressocialização, respeitando, assim, a singularidade das pessoas.

Galletti (2004) menciona que, atualmente, as oficinas, nomeiam grande diversidade de dispositivos terapêuticos, que não necessariamente estão ligados a alguma teoria ou ciência específica. Assim, a autora analisa este fato considerando que os profissionais, com a intenção de transformar práticas ultrapassadas e ineficientes, têm se aventurado à invenção de diferentes espaços de atuação. Na literatura, podemos encontrar alguns exemplos dessa prática.

O Ministério da Saúde sustenta que as oficinas são uma das principais formas de intervenção terapêutica nos CAPS (Brasil, 2004).

Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e a orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Elas realizam vários

tipos de atividades que podem ser definidas de acordo com o interesse dos usuários, com as possibilidades dos técnicos dos serviços, as necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício da cidadania (Brasil, 2004, p. 20).

De acordo com a descrição do Ministério da Saúde, as oficinas que foram realizadas nesta pesquisa se classificariam como expressivas, por conta de facilitar um espaço tanto para a expressão verbal (opiniões, leitura, escuta, contação de histórias), quanto para expressões plásticas (pintura, desenho, cartazes) das pessoas participantes.

Kantorski et al. (2009) descreveram a análise de oficinas de reciclagem em um CAPS. As autoras utilizaram entrevistas semiestruturadas com 12 famílias dos usuários do serviço para investigar sua visão sobre esses fatores. Elas identificaram pontos positivos, ressaltando o caráter terapêutico das oficinas, as quais serviram para aumentar a rede social das pessoas usuárias. Em contrapartida, as autoras identificaram que as usuárias beneficiárias da renda gerada podem adquirir bens de consumo próprios, função essa antes delegada para as famílias. Por fim, elas consideram que as oficinas resgatam nessas pessoas o desejo pelo trabalho, por meio da livre expressão, convívio social, proteção ao meio ambiente e autonomia. Abib, Fraga, Wachs e Alves (2010) também identificaram momentos de autonomia e protagonismo em oficinas voltadas para o esporte, por meio de jogos de futebol.

Ouvindo narrativas de pessoas usuárias de um CAPS, Moraes e Meneguel (2009) notaram que oficinas de contação de histórias permitiram que elas enunciassem seus sofrimentos e questionassem seu papel dentro da sociedade. As autoras avaliaram que essas pessoas encontraram sentido para seus contextos, sendo que as oficinas proporcionaram um espaço de ajuda e cuidado. Zanotti, Oliveira, Bastos e Silva (2010)

chegaram a resultados semelhantes com a realização de oficinas de construção de histórias e o desenvolvimento de um jornal impresso. Segundo os autores, elaborar o jornal possibilitou que posições subjetivas emergissem na organização das narrativas e na composição de seu conteúdo. Estes aspectos também são comentados por Moehlecke e Fonseca (2011), que sustentam que a realização de oficinas de dança em um CAPS produz novos sentidos entre as pessoas participantes. As autoras justificam essa análise considerando que tal prática é permeada por uma clínica sensível às expressões corporais e trabalhos em grupo.

Em estudo exploratório cujo objetivo era analisar a congruência com o modo de atenção psicossocial de oficinas terapêuticas de oito CAPS do Estado de Mato Grosso, Ribeiro, Sala e Oliveira (2008), chamaram atenção para o fato de que é preciso que os profissionais estejam atentos para os fundamentos teóricos dessas atividades, para, então, buscar ampliar a autonomia das pessoas participantes. As oficinas observadas pelas autoras apresentavam temas como: artesanato; alfabetização; lazer; dentre outras. Ribeiro et al. (2008) ainda apontaram que, embora muitas oficinas proporcionavam o desenvolvimento de diversas habilidades das pessoas usuárias dos serviços, outras pareciam não trazer sentido algum de reabilitação.

Especificamente sobre sexualidade, Barbosa, Souza e Freitas (2015) entrevistaram 39 pessoas usuárias e 54 profissionais, de várias formações acadêmicas, de diversos serviços de saúde mental da rede pública de Minas Gerais, e levantaram a importância de se abordar o tema nesses contextos, tal como a necessidade urgente de capacitação dos profissionais. Na literatura, podemos encontrar poucos exemplos de oficinas terapêuticas com essa temática da sexualidade. A seguir, alguns desses exemplos.

Silva et al. (2005) puderam criar, através de oficinas de sexualidade para adolescentes em uma associação de usuários, familiares e trabalhadoras de saúde mental, espaços de experimentação e aprendizagem compartilhada. Os autores ainda ressaltam o fato de as oficinas contribuírem para os participantes buscarem autonomia para realizar uma transformação em seu cotidiano, inúmeras vezes muito difíceis de serem vividos, abordados e, sobretudo, superados, mas possíveis de serem ressignificados.

Realizando oficinas de sexualidade, com temas sobre autocuidado e autoestima, num Centro de Convivência, Soares, Silveira e Reinaldo (2010) possibilitaram a criação de espaços dialógicos que permitiram contemplar demandas, anseios e questionamentos identificados nos usuários, desconstruindo a ênfase socioassistencial na condição psiquiátrica. Assim como Silva e Capitão (2011), que, através de oficinas sobre sexualidade em um CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas), puderam contribuir para a ampliação do conhecimento dos participantes, expandir seus sentidos acerca da sexualidade e, além disso, alertá-los para questões sobre sexo seguro.

Das oficinas descritas pela literatura, a maioria teve caráter recreativo ou informativo. Mesmo nos trabalhos cujos temas das oficinas eram indicados pelos próprios usuários, não há muito espaço para os sentidos por eles negociados, nem mesmo uma descrição objetiva dos procedimentos utilizados. Além disso, predominava a abordagem essencialista da sexualidade. As oficinas sobre sexualidade realizadas no presente trabalho buscam preencher essas lacunas, dando voz aos usuários para compreender os sentidos coordenados em suas práticas, interações e comunicação para questões da sexualidade através de atividades práticas e reflexões em grupo.

Além de exemplos de oficinas sobre sexualidade, é possível encontrar exemplos de outros trabalhos envolvendo essa prática nos serviços de saúde mental. Cedraz e

Dimenstein (2005, p. 301), sobre as oficinas por eles pesquisadas, afirmam que estas preservariam características sutis de “um paradigma inconciliável com os ideais da desinstitucionalização”. Em estudo realizado num CAPS II de Natal - RN, objetivando conhecer o funcionamento das oficinas com o questionamento sobre sua constituição ou não de um dispositivo e promoção e mudança da lógica manicomial, as autoras realizaram visitas sistemáticas ao serviço e identificaram uma série de fatores que contribuem para esta visão: falta de recursos materiais e humanos; ausência de capacitação dos profissionais; e falta de estratégias assistenciais para fora dos muros do serviço, como a articulação com outros estabelecimentos de saúde e assistência social. Em análise, Cedraz e Dimenstein (2005) sustentam que oficinas oferecidas neste contexto se configuraram, na verdade, como lugar de controle e disciplina, de produção de pessoas, comportadas, obedientes e trabalhadoras, que utilizam este serviço.

Por fim, Cedraz e Dimenstein (2005, p. 323-324) argumentam que “se a função das oficinas é materializar o ideário da desinstitucionalização, sua atuação deve extrapolar o espaço físico restrito do CAPS, atingindo subjetividades, quebrando as barreiras dos preconceitos instituídos, possibilitando a criação”.

Vê-se, portanto, certo paradoxo nos exemplos dessas práticas:

Assim, as oficinas localizam-se num campo híbrido, móvel, instável, sem identidade, feito de experimentações múltiplas e aberto à intersecção com vários campos e saberes, o que pode garantir a elas um espaço menos restrito – como o de especialidade em saúde mental – e mais efervescente quanto às problematizações e descontinuidades produzidas, criando, assim, uma nova cultura de intervenções, escavada por essas experiências que pouco se intimidam com o discurso técnico vigente e que tentam escapar do modelo terapêutico normatizador (Galletti, 2004, p. 36).

Cabe retomar o trabalho de Guerra (2008, p. 54), que destaca a singularidade de cada oficina e sua impossibilidade de ser repetida da mesma forma e para a mesma finalidade, “apenas podendo reunir-se com outras num mesmo campo a partir de uma perspectiva ética, evidenciada pela questão do objeto que a sustenta”. A autora argumenta que não há norma ou padrão a ser seguido em cada oficina, sendo sua prática regulada por uma dimensão ética. Por fim, ressalta-se que as oficinas descritas neste trabalho não são necessariamente exclusivas para serviços de saúde mental, podendo ser reproduzidas para diferentes ambientes e públicos.

### 3 Justificativa e Objetivos

Considerando os problemas no reconhecimento do exercício da sexualidade dos usuários de serviços de saúde mental e o alto risco de exposição às DSTs que essa população possa ter, nota-se, na literatura pesquisada, a ausência de ações ou importantes barreiras para programas de saúde com alvo na sua proteção, tais como o estigma e o preconceito.

A saúde sexual de pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes não se mostra uma temática de grande investimento dos profissionais de saúde no Brasil, e raros são os estudos realizados com essa população, vista como “assexuada” ou como se possuísse uma sexualidade fora de controle que deva ser coibida (Brito & Oliveira, 2009). Brito e Oliveira (2009) afirmam ainda que ignorar a subjetividade das pessoas resultaria num tratamento assistencial sem sucesso. Sabendo-se também que abordar questões da sexualidade é quase sempre um desafio e, muitas vezes um incômodo para profissionais de saúde, cuja visão é segundo o vértice da sintomatologia ou geralmente incluída no rol de mais uma “loucura”, “excesso”, “falta de limites” e outras simplificações que supostamente justificam uma postura repressiva, torna-se extremamente relevante uma abordagem dialógica e que abra espaços para que essas pessoas se expressem (Mann et al., 2002).

O cenário em que a vivência da sexualidade acontece para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes é de grande vulnerabilidade, principalmente social. São quase inexistentes ações de educação sexual e prevenção de DSTs e HIV/AIDS nessa população, a exemplo, temos os resultados da pesquisa de Melo et al. (2008), o que compromete o direito à saúde sexual para essas pessoas. Faz-se necessário considerar os aspectos psicossociais e o panorama material de existência dessa



população para que a saúde sexual seja possível e esteja assegurada como direito humano também para essas pessoas dentro de um sistema de saúde universal, integral e equânime (Barbosa, Guimarães & Freitas, 2013).

Nas práticas cotidianas de quem realiza oficinas, novas questões são levantadas, exigindo, por parte dos trabalhadores e teóricos da saúde mental, problematizações e revisões constantes das ações de cuidado. Preconizar a articulação de subjetividades singulares e suas diferenças radicais, que rejeitam qualquer tentativa de enquadrar em rótulo, é essencial para a atualização do pressuposto de trabalho coletivo que fundamenta a importância de qualquer trabalho em oficinas na Atenção Psicossocial (Hernandes, Bruniera & Luzio, 2011).

São poucos os relatos, na literatura, sobre oficinas de sexualidade em serviços de saúde mental, fazendo com que esta pesquisa apresente considerável importância para o enriquecimento desses dados. Em pesquisa realizada com 11 Hospitais Psiquiátricos e 15 CAPS no Brasil, Melo, Acurcio, Cherchiglia, Veloso e Guimarães (2008) apontam que em apenas 26,9% dessas instituições existiam programas de educação sexual, sendo a maioria nos CAPS (33,4%). Os autores apontam que tais programas eram realizados por meio de oficinas com os usuários, com temática acerca de sexualidade e planejamento familiar, e também com palestras mensais e cursos de educação sexual. Vale ressaltar também, a relevância de pesquisas sobre o tema para pessoas usuárias de serviços de saúde mental, pois sua participação evidencia demandas importantes, como discussão e escuta sobre momentos de seu cotidiano, além do compartilhamento de experiências referentes às vivências sexuais (Silva, Freitas & Lopes, 2005; Silva & Capitão, 2012; Soares et al., 2010).

Além disso, a pesquisa pode servir como modelo base para criação de mais espaços que promovam a participação e diálogo com usuários de um serviço de saúde

mental sobre a sexualidade, podendo assim, instrumentalizar os profissionais para entender as demandas dessas pessoas e obter subsídios para traçar novas estratégias em futuras práticas.

Assim, tendo em vista a importância da temática para a área da saúde mental, o principal objetivo desta pesquisa foi compreender os sentidos sobre sexualidade para pessoas usuárias de serviço de saúde mental negociados em oficinas de sexualidade. Os objetivos secundários foram: a) compreender os significados acerca de temas sobre sexualidade negociados pelos usuários através de suas experiências de vida cotidiana; b) avaliar a experiência da facilitação das oficinas sobre sexualidade no CAPS.

## 4 Método

A presente pesquisa é caracterizada como exploratória que, para Marsiglia (2006), permite uma aproximação de tendências da realidade para os quais ainda não temos conhecimento sistematizado nem bibliografia consolidada. Assim, de acordo com a autora, é preciso consultar pessoas que tenham alguma experiência prática em relação ao tema ou que elaboraram alguma observação sobre os fenômenos que estão ocorrendo. A pesquisa exploratória pode ainda, de acordo com Rodrigues (2006), ser vista como um estudo inicial para realização futura de outros tipos de pesquisa. Além disso, envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiência práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão (Gil, 2002).

Desenvolveu-se em uma perspectiva qualitativa, orientando-se metodologicamente pela proposta de Raseria e Japur (2003), que partem de uma concepção construcionista social da produção do conhecimento, a qual, através de uma crítica a uma concepção de conhecimento como representação, redimensiona a relação sujeito-objeto, a natureza do real, e promove uma visão da ciência enquanto produção sócio histórica. Tal proposta privilegia o estudo da linguagem enquanto constituinte de práticas sociais produtoras da realidade, enfatizando a análise do processo de construção dos sentidos e a investigação dos momentos nos quais sentidos e pessoas se constroem.

Denzin e Lincoln (2000) definem a pesquisa qualitativa como demarcatória do lugar do observador no mundo baseada num conjunto de práticas interpretativas e materiais que figuram o mundo visível, aferindo, assim, um sentido a partir dos significados que os indivíduos atribuem a eles. Nesse sentido, a pesquisa construcionista não busca descrever as coisas como elas são, mas o processo pelo qual elas são

construídas de forma ativa e contínua entre as pessoas. O foco passa, então, para os processos de construção do conhecimento e do mundo (Rasera & Japur, 2007).

#### **4.1 O CAPS I em Questão**

O CAPS onde foi realizada a pesquisa é o único serviço público de saúde mental da cidade, no interior de Mato Grosso do Sul, com cerca de 40 mil habitantes. Inaugurado no ano de 2001, realiza atendimentos de adolescentes, sob ordem judicial, e de adultos com problemas decorrentes de transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. A equipe é multiprofissional e conta com uma farmacêutica, uma recepcionista, duas enfermeiras, uma auxiliar de enfermagem, um técnico em enfermagem, uma pedagoga e artista plástica, uma responsável pelos serviços de cozinha e faxina, uma oficineira, uma pedagoga, uma médica psiquiatra, uma assistente social e duas psicólogas. O regime de dedicação da maioria da equipe não é integral, apenas seis profissionais são concursadas, o que gera bastante rotatividade e/ou ausência de profissionais em alguns cargos. O serviço funciona no horário das 07 às 17 horas. Sua estrutura física é ampla, uma casa residencial alugada e é localizada próxima à região central da cidade. Além disso, a cidade também possui um hospital psiquiátrico filantrópico. Por fim, conta com atendimentos ambulatoriais de psiquiatria e psicologia, atividades de pintura, crochê, desenho, mosaico, e um grupo de apoio semanal.

#### **4.2 Os Participantes**

A participação na pesquisa era livre para pessoas com mais de 18 anos, assim, o único critério de exclusão foi a menoridade. Participaram da pesquisa 43 pessoas, sendo 29 mulheres e 14 homens. De acordo com informações contidas em seus prontuários, a

média de idade foi de 43 anos, sendo a menor idade 21 anos e a maior 69 anos. Vinte e uma das pessoas eram solteiras e uma era divorciada, vinte e uma delas mantinha algum tipo de relacionamento, sendo que onze eram casadas e dez amasiadas. Vinte e três participantes possuem um ou mais filhos. A maioria, vinte e três pessoas, não completou o ensino fundamental, sendo que seis completaram esta fase. Cinco pessoas tinham ensino médio completo e quatro não o completaram, uma pessoa apresentou ensino superior completo e uma apresentou incompleto, duas das pessoas participantes não eram alfabetizadas. O prontuário de apenas uma pessoa não continha informações sobre sua escolaridade.

Todas elas fazem tratamento no serviço, sendo a média de permanência, baseado na data de início de tratamento, de 5,5 anos, sendo o menor tempo um ano e o maior doze anos. Nesses períodos, em seus prontuários, muitas vezes eram indicados mais de um diagnóstico que variavam de uso abusivo de drogas, passando por transtorno esquizoafetivo, até episódios depressivos, podendo se identificar aproximadamente quarenta e dois diagnósticos. Mencionar a diversidade de transtornos atribuídos às pessoas participantes das oficinas não tem outro propósito senão de mostrar a complexidade e o quão relativo pode se tornar esse tipo de diagnóstico. Assim, as oficinas não se prenderam a eles, pois “foram feitas para pessoas, não para doenças”.

### **4.3 Procedimentos de Coleta: as Oficinas sobre Sexualidade**

No início de novembro de 2014, foram colados cartazes por todo o CAPS e distribuídos convites individuais para que os profissionais os entregassem para as pessoas usuárias. Após a virada de ano de 2014 para 2015, o facilitador foi algumas vezes ao local, antes do reinício da atividade, a fim de convidar mais pessoas. Os convites eram feitos individualmente a todos os usuários por meio da entrega de um

pequeno folder contendo o tema, a data e o horário da atividade, e de conversa, na qual eram explicados a estrutura e os objetivos das oficinas.

A área onde eram feitas as oficinas, apesar de ficar no fundo do serviço, no que seria uma área de lazer da casa, era separada do restante da estrutura do CAPS apenas por um portão. Optou-se por este local por conta da privacidade, pois era distante dos profissionais do serviço e não havia muitas interrupções. O espaço era coberto e ventilado. As cadeiras dos participantes eram dispostas sempre em círculo, que poderiam se dividir por conta de algumas atividades.

Todas as oficinas foram facilitadas pelo autor, que teve em seus estágios acadêmicos e em docência a preparação para as mesmas. Procurou-se afirmar a atividade como um local de liberdade de fala e diálogo entre os participantes. A utilização das oficinas proporciona um processo de aprendizagem e construção de conhecimento que leva em consideração as experiências dos participantes, facilita a discussão e reflexão coletiva, através de diferentes linguagens e permite coletivizar o conhecimento individual, de modo a potencializar o conhecimento de todos. É uma forma criativa de buscar novas maneiras de ser, conviver e trabalhar, mobilizando os profissionais de Saúde Mental para uma assistência mais integral e mais próxima àquelas recomendadas pela Reforma Psiquiátrica.

Dessa forma, apresenta-se um caminho possível para que o profissional possa, com menos preconceitos e tabus, discutir sobre sexualidade, contribuindo, assim, para mudanças de comportamento, tratando de temas tão complexos de forma lúdica (Mann et al., 2002). Portanto, a realização das oficinas tanto buscou oportunizar a abertura de espaços de troca e diálogo com os usuários de um CAPS I, quanto servir de subsídio e modelo para que profissionais do serviço pudessem dar continuidade ampliar a atenção à demanda envolvendo a sexualidade na área da saúde mental.

Além disso, entendeu-se que seria necessário propor uma atividade a que as pessoas usuárias do serviço não estavam acostumadas, tanto por conta da temática quanto por conta da estrutura por etapas, com o intuito de criar um espaço que pudessem legitimar como próprio, motivadas ao diálogo, para tratar de um tema constantemente demandado por elas, embora nunca discutido, a sexualidade. No serviço, há poucas atividades e estas não apresentam grande complexidade interpessoal de execução: crochê, pintura, desenho e colagem.

Os temas das oficinas surgiram inicialmente na elaboração do projeto e foram sendo alterados, retirados ou acrescentados à medida que as oficinas eram realizadas. Logo, as oficinas foram pensadas e realizadas nesta ordem de temas: 1) sexualidade; 2) mitos, crendices e tabus sexuais; 3) identidade de gênero; 4) orientação sexual; 5) sexualidade e saúde mental; 6) direitos sexuais e reprodutivos; 7) DST/AIDS; 8) sexo seguro; 9) dificuldades na vivência da sexualidade dos usuários de saúde mental; e, por fim, 10) a avaliação das oficinas.

Para a elaboração das etapas constituintes das oficinas, inspirou-se na proposta do jogo dramático, fundamentado na teoria do Psicodrama, de Jacob Levy Moreno (1975). Assim, seguiram-se as características de um jogo dramático, mencionadas por Yozo (1995): é uma atividade voluntária, tem regras específicas, tem um tempo de duração, tem um local, há uma predisposição para o lúdico e apresenta objetivos específicos.

Dessa forma, cada encontro era estruturado em quatro etapas (Moreno, 1975): aquecimento inespecífico, aquecimento específico, desenvolvimento, e comentários. Inicialmente, no aquecimento inespecífico, havia negociação de regras e as apresentações do projeto e dos novos participantes de maneira informal, acompanhadas de alguma atividade simples, que na maioria das vezes não estava ligada diretamente

com o tema do dia, mas tinha papel importante para criar vínculo entre o facilitador e as participantes. Em seguida, no aquecimento específico, atividade que estava diretamente ligada com o tema, na qual os participantes eram preparados para a construção de papéis diante da temática apresentada. Nesta etapa, as pessoas participantes tinham contato direto com o tema e, muitas vezes, era o início para a etapa de desenvolvimento da oficina. Esta, por sua vez, consistia na atividade mais densa do encontro e gerava alguns conflitos, que demandava muitas vezes criação, imaginação e reflexão dos participantes. Assim como a etapa de desenvolvimento, nos comentários também era possível a identificação de algumas divergências na geração dos sentidos dos participantes. A última etapa consistia nos comentários feitos pelas participantes após a oficina, envolviam, dúvidas, momentos marcantes e opiniões sobre toda a atividade realizada no dia.

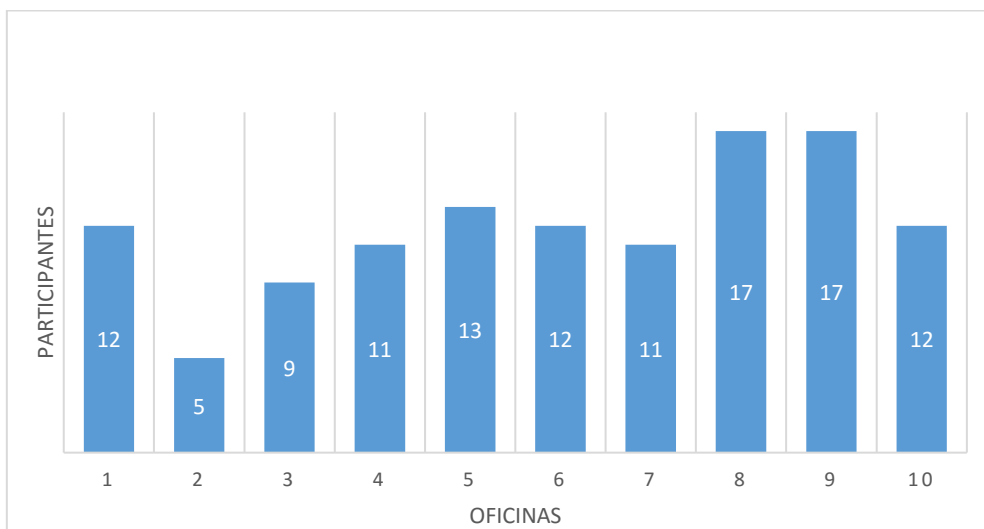
Assim, foram realizadas semanalmente oficinas sobre sexualidade com duração média de 1h20, distribuídas nos meses de dezembro de 2014, fevereiro, março e abril de 2015. Os intervalos de tempo ocorreram por conta de uma forma de recesso de final de ano, no qual alguns profissionais entraram de férias, restando assim, poucas atividades no serviço. Portanto, a frequência de pessoas usuárias diminuiu drasticamente, sendo que por cinco vezes não foi atingida a quantidade mínima de cinco participantes para realização da atividade. A partir da última semana de fevereiro de 2015, salvo um feriado, as oficinas foram realizadas sem interrupções. A Tabela 1 traz uma síntese das oficinas desenvolvidas, com o número de participantes, o tema, o objetivo, os principais assuntos tratados e as atividades realizadas. A descrição completa pode ser encontrada no apêndice<sup>1</sup>.

---

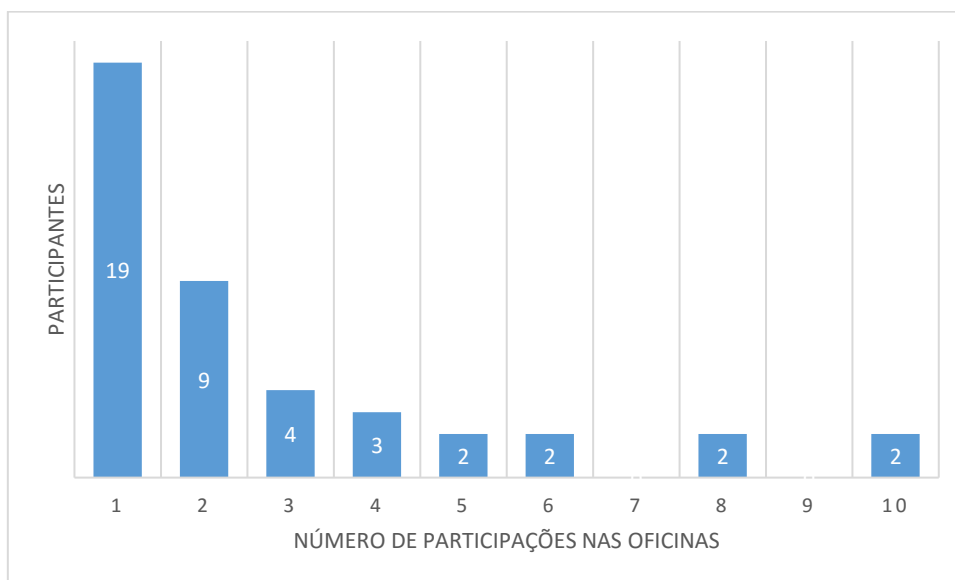
<sup>1</sup> Apêndice Único – Roteiro das oficinas



O número de pessoas por sessão foi variado, entre 5 a 17 pessoas por oficina (Figura 1). A participação de cada pessoa também foi bastante diversa, onde apenas duas pessoas participaram de todas as oficinas (Figura 2).



**FIGURA 1:** Número de participantes por oficina.



**FIGURA 2:** Número de participações em todas as oficinas.

Assim, dada a variação da quantidade de participantes em cada oficina, cada uma delas apresentou diferentes dinâmicas de interação, climas afetivos e ritmos. Ao final de cada oficina, as pessoas participantes eram convidadas a estarem na próxima.

Para a coleta de dados da pesquisa, as dez oficinas realizadas foram gravadas em áudio e transcritas pelo autor. Ao término de cada encontro, o facilitador elaborava um diário de campo, que consistia em um relato com as impressões sobre a oficina e a participação dos presentes; também eram registrados neste documento os bastidores de conversas com profissionais e pessoas presentes no serviço. Por fim, os produtos que as pessoas participantes elaboraram ao longo das oficinas foram guardados e também consultados no processo de análise dos dados, a fim de atingir maior riqueza de informações.

**Tabela 1:** Síntese das oficinas realizadas

Oficinas	Número de participantes	Tema proposto	Objetivos	Assuntos tratados	Atividades desenvolvidas
1 <sup>a</sup>	12	Sexualidade	Legitimar o espaço das oficinas para se tratar de sexualidade no CAPS; levantar os sentidos dos usuários sobre a sexualidade	Sexualidade; vergonha; tratamento no CAPS; falta de prazer; efeitos da medicação; homossexualidade	Apresentação dos participantes; tempestade de ideias buscando os sentidos sobre sexualidade; e jogo de foto-linguagem
2 <sup>a</sup>	5	Mitos, crendices e tabus sexuais	Compreender como são os sentidos das pessoas usuárias do CAPS sobre os mitos e realidades acerca da sexualidade construídos pela sociedade	Mitos e crendices acerca da sexualidade; uso da camisinha; tamanho do pênis; necessidade de relações sexuais; traição	Jogo com afirmações; discussão dos mitos lembrados pelos participantes
3 <sup>a</sup>	9	Identidade de gênero	Discutir as formas de exercer a sexualidade e suas implicações; compreender as diferenças entre os gêneros	Vantagens e desvantagens de ser homem e mulher; qualidades do homem e da mulher; filhos e filhas; relacionamentos; violência conjugal	Reconhecimento do próprio corpo; observação de imagens; elaboração de lista com vantagens e desvantagens de ser homem e de ser mulher
4 <sup>a</sup>	11	Orientação sexual	Fomentar a discussão com questões relacionadas ao tema: “O que é orientação sexual?”, “Como isso se dá na vida de uma pessoa?”, “As pessoas nascem ou constroem sua orientação ao longo da vida?”.	Diferenças entre as pessoas; orientação sexual; relacionamentos; preconceito; serviços de saúde; religiões	Exibição de curta metragem; questionário acerca de um texto relacionado com o tema de orientação sexual

			Compreender as diferenças na orientação sexual		
5 <sup>a</sup>	13	Sexualidade e saúde mental	Discutir sobre a sexualidade das pessoas usuárias de um serviço de saúde mental, suas percepções e vivências acerca do tema; compreender como o tema é tratado pelo serviço	Relações entre sexualidade e saúde mental; vida sexual e afetiva das pessoas usuárias do CAPS; profissionais do serviço; atenção à sexualidade dos usuários.	Exercício de imaginação acerca da sexualidade dos usuários; recorte de imagens; confecção de cartazes
6 <sup>a</sup>	12	Direitos sexuais e reprodutivos	Identificar quais são os direitos sexuais e reprodutivos; avaliar se eles são respeitados no âmbito da saúde mental	Direitos sexuais e reprodutivos; relacionamentos; religiões; respeito; orientação sexual; submissão feminina; prevenção	Participantes citam os direitos que entendem ter; reconhecimento dos direitos; explicação sobre os direitos
7 <sup>a</sup>	11	DST/AIDS	Discutir e investigar a percepção dos participantes sobre DSTs/AIDS; esclarecer possíveis dúvidas	Principais DSTs; prevenção; sintomas e tratamento das DSTs; assistência às pessoas que convivem com as DSTs; relacionamentos	Relaxamento; dinâmica batata-quente com perguntas relacionadas às DSTs; confecção de cartazes
8 <sup>a</sup>	17	Sexo seguro	Conhecer sobre as formas de prevenção às DSTs/AIDS	Como fazer sexo seguro; formas de transmissão de DSTs; prazeres e riscos sexuais; formas de prevenção; preconceito; falta de informação; confiança nos parceiros; questões de gênero	Representação dos sentidos sobre a palavra “sexo”; construção da árvore dos prazeres e riscos sexuais; exercício sobre transmissão do HIV
9 <sup>a</sup>	17	Dificuldades na vivência da sexualidade dos usuários de saúde	Conhecer e discutir sobre as dificuldades que os usuários do CAPS enfrentam na vivência de sua sexualidade	Dificuldades dos usuários de saúde mental em vivenciar a sexualidade; possíveis soluções para as	Elaboração de listas das dificuldades e possíveis soluções na vivência da sexualidade

		mental				dificuldades; respeito; dificuldades em encontrar soluções; práticas profissionais do serviço; ética; relacionamentos	
10 <sup>a</sup>	12	Avaliação das oficinas	Obter a avaliação dos participantes sobre as oficinas	dos	Importância das oficinas; lembranças de outras oficinas; pontos negativos e positivos; descontentamento com o serviço	Resgate das atividades de todas as oficinas realizadas; elaboração de uma balança com pontos positivos e negativos das oficinas	

#### **4.4 Procedimentos Éticos**

Este estudo foi encaminhado para análise e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob o parecer nº 862.813<sup>2</sup>, em 3 de outubro de 2014.

O contato inicial para verificar a viabilidade da realização do projeto no local foi feito com a coordenadora do serviço, que prontamente autorizou. Não houve quaisquer impedimentos, por parte do serviço, para a realização das oficinas, inclusive, apesar de a maioria dos materiais terem sido adquiridos com recursos próprios, houve a disponibilidade da utilização de materiais do serviço. O autor entregou uma cópia do projeto para a coordenação e conversou com alguns profissionais sobre do que se tratava, além de esclarecer possíveis dúvidas.

Antes de iniciar cada oficina, o facilitador se apresentava aos participantes, explicava sobre o projeto e pedia para que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido<sup>3</sup>, o que foi feito por todos. Todos os nomes utilizados no presente trabalho são fictícios, com exceção do nome do autor.

Todas as pessoas que participaram foram avisadas sobre a gravação das oficinas antes de seu início, assim, o aparelho de gravação ficava exposto para todos, na maioria das vezes no centro do local. As pessoas participantes também foram avisadas sobre os objetivos específicos das gravações.

#### **4.5 Processo de Análise dos Dados**

Realizou-se uma análise extensiva das transcrições das oficinas e definiram-se os passos para a análise das oficinas, baseados em Spink (2010), os quais foram:

- 1) Transcrição das oficinas;

---

<sup>2</sup> Anexo 2 – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

<sup>3</sup> Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

- 2) Leitura atenta das transcrições: foi dada uma cor para as falas de cada participante, facilitando assim, a compreensão de seus sentidos, pois permitia observar com clareza a fala de cada participante;
- 3) Construção de temáticas para discussão: durante a leitura do material transcrito, o primeiro passo foi identificar algumas questões relevantes para a temática. Através deste critério de prioridade, portanto, foram criadas as categorias: sentidos acerca da sexualidade; questões de gênero; direitos sexuais, prevenção às DST/AIDS e atenção ou negação à sexualidade no CAPS; desafios na facilitação das oficinas; e a percepção dos participantes;
- 4) Reflexão e discussão dos resultados com a literatura produzida na área: tendo as categorias definidas, realizaram-se novas leituras e releituras com foco voltado a elas, tanto das transcrições quanto dos diários de campo, atentando-se aos diálogos entre os participantes e às suas falas durante as atividades elaboradas, para assim buscar uma reflexão crítica do material, das relações estabelecidas entre facilitador e participantes e não apenas entre os participantes durante as oficinas e identificar os sentidos produzidos.

Desta maneira, o foco da análise será tanto no grupo de participantes quanto individual, reconhecendo-se o valor da fala de cada participante enquanto construtor da e construído pela situação grupal, inclusive o facilitador.

## 5 Sexualidade e Saúde Mental

Com o intuito de compreender os sentidos sobre sexualidade das pessoas usuárias de um serviço de saúde mental, participantes das oficinas, identificaram-se algumas categorias a fim de analisar mais detalhadamente as interfaces que permeiam o foco do estudo: sentidos acerca da sexualidade, questões de gênero, direitos sexuais, prevenção às DST/AIDS e atenção ou negação à sexualidade no CAPS. Cada categoria foi criada com o objetivo de que fossem abordadas todas as principais questões surgidas ao longo do percurso da realização das oficinas. Em seguida, serão apresentadas cada uma das categorias e as falas que as representam.

### 5.1 Sentidos Acerca da Sexualidade

Foram observadas falas que se referem às vivências da sexualidade das pessoas usuárias do CAPS. Falas estas que contêm formas de descrever a sexualidade, os prazeres sexuais e seus riscos, assim como os problemas e as possíveis soluções encontradas por elas na expressão dessas vivências.

A primeira oficina teve entre seus objetivos levantar os sentidos dos usuários sobre a sexualidade. No aquecimento inespecífico, foi utilizada a técnica de *brainstorm*, na qual os participantes deveriam citar a primeira palavra ou frase que pensavam quando ouviam a palavra “sexualidade”. Já a oitava oficina teve como objetivo conhecer as formas de prevenção às DSTs/AIDS. Foi utilizado o mesmo recurso durante o aquecimento inespecífico, onde a palavra ouvida pelos participantes foi “sexo”. Aqui, é possível identificar distintas formas de entender a sexualidade através da visão dos participantes das oficinas. Na diversidade das falas, aponta-se maior relação da sexualidade com afeto e respeito do que a relação sexual, também citada e observada nas falas a seguir:



**Vitória:** *Oh, eu acho assim, primeiro, respeito, né? (Oficina 1)*

**Teodoro:** *(...) sexualidade pra mim, né, sexualidade não é o sexo propriamente dito, né? Acho que o sexo vai ser o ponto final. Pra mim sexualidade, o que me veio na minha cabeça é atração física aí que vai surgindo, que surge mutuamente aí entre sexos opostos ou entre iguais aí. (Oficina 1)*

**Vitor:** *Qual foi a primeira palavra ou frase que veio a sua cabeça quando eu falei “sexo”?*

**Vivian:** *A primeira palavra que veio na minha cabeça, veio uma frase, sexo é saúde, né.*

*(...)*

**Leila:** *Sexo é uma coisa que todos necessitam, só que também precisa de prevenção.*

*(...)*

**Olívia:** *Sexo é bom pra quando os casais tão bem.*

*(...)*

**Daniel:** *liberdade.*

*(...)*

**Danúbia:** *Sexo pra mim é dizer não.*

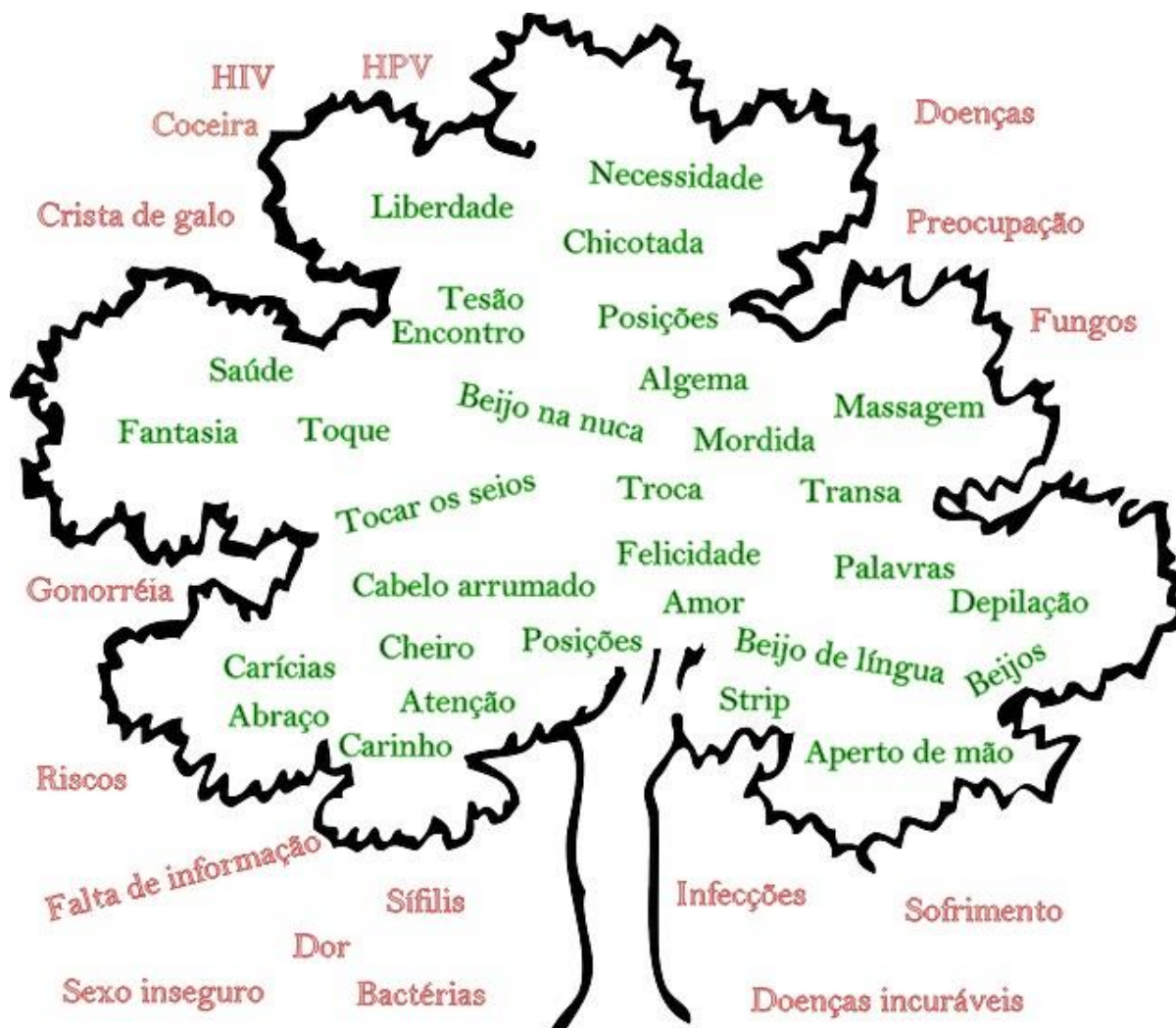
*(...)*

**Agenor:** *Sexo é uma coisa que faz o amor, é o sexo. (Oficina 8)*

Vitória menciona que a vivência da sexualidade tem que estar relacionada ao respeito mútuo. Teodoro, por sua vez, vê a sexualidade como um processo que tem por fim a relação sexual. Vivian e Leila mencionaram questões relacionadas com a saúde, qualidade de vida e prevenção, fato este que liga a vivência da sexualidade com algo positivo e saudável, desde que haja cuidado. Olívia e Agenor citaram questões relacionadas com o sentimento envolvido na relação sexual entre os cônjuges, o amor. Por fim, Daniel e Danúbia referem-se à liberdade, o “dizer não” da participante enfatiza o questionamento da obrigatoriedade de satisfação do parceiro e não da mulher, vigente na sociedade há tempos.

Também na oitava oficina, foi construída a “árvore dos prazeres”, na qual os participantes desenvolveram sua copa enumerando maneiras de se obter prazer sexual. As falas mostraram diferentes opiniões dos participantes, envolvendo: beijo, beijos no pescoço, carinho, tocar nos seios, carícias, cheiro, fogo, saúde, liberdade, posições, massagem, visita, toque, amor, desde a questão de um aperto de mão, da companhia, até questões relacionadas

com o ato sexual em si. A seguir, na Figura 3, se pode ver um esquema semelhante ao desenho construído na oficina, com as palavras citadas:



**FIGURA 3:** Árvore dos prazeres na qual as palavras em verde representam os prazeres e as em vermelho os riscos (Oficina 8)

Como vista na figura supracitada, também foi possível destacar a diversidade de falas envolvendo palavras com menções aos prazeres sexuais e, em relação a estas, as poucas palavras referentes aos riscos que estes trazem quando experienciados. Um termo citado chama atenção e pode ser um indício deste movimento, a “falta de informação” existente, para os usuários de serviços de saúde mental, sobre esses riscos.

Expostos os pontos de vista que remetem aos sentidos das pessoas sobre sexualidade e também os sentidos de prazeres sexuais, nesta mesma linha de considerações também cabe citar falas que expressam dificuldades na vivência da sexualidade. Percebe-se que as falas variam, são citadas desde questões relacionadas com a timidez, falta de troca nas relações, dificuldade de utilizar camisinha, e na dificuldade da compreensão das pessoas acerca de suas demandas, vistas nas seguintes falas:

**Vitor:** *Daí quando você põe o tema de sexualidade então fica pior ainda?*

**Liza:** *Fica pior ainda.*

**Raquel:** *E se ocê arruma namorada, ele “uai, cê tá é doida, cê vai lá?”*

**Selma:** *“Uai, cê é doente e agora cê já tá dando?”, desse jeito minha irmã fala.*

**Vitor:** *Como que se uma pessoa não pode viver a sexualidade dela, é isso.*

**Raquel:** *Não, se você é doido você não pode beijar, você não pode arrumar um namorado, você não pode fazer amor, com coisa que você não tem vontades, não tem desejo, não tem fantasia.*

**Vitor:** *Não pode se cuidar, né Raquel?*

**Danúbia:** *Não pode se cuidar, não pode passar pintura. Os outro vê e fala “uai, cê não é doido? Porque que tá se pintando?”*

**Olívia:** *Não pode pintar o cabelo.*

**Danúbia:** *Não. (Oficina 5)*

**Gilda:** *E outra coisa, não é só isso. Se você tem prazer e o seu companheiro não, é mais difícil. Porque você quer ter aquele prazer, cê tá com aquele desejo total, seu parceiro não tá, fala que tá com dor de cabeça, entre aspas, né? Chega e fala assim “hoje não dá”, no outro dia a mesma coisa. E vai, sempre vai ter algum motivo pra ele largar mão de você, de cuidar do seu ... do seu ser, por dentro, e você não vale nada, você se sente uma inútil. Isso que eu falo é por causa de mim mesmo, entendeu? Eu tive namorado, já fui noiva e nunca fiquei com ninguém. Quando eu quero ficar com alguém, é só beijo e abraço, mais nada. (Oficina 1)*

Muitas falas semelhantes a essas acima surgiram durante a nona oficina, que teve como objetivo conhecer e discutir sobre as dificuldades que os usuários do CAPS enfrentam na vivência de sua sexualidade. Em atividade específica, os participantes foram divididos em dois grupos e cada grupo fez, em cartolina, uma lista das dificuldades que enfrentavam na vivência de sua sexualidade. Em seguida, as listas eram trocadas e cada grupo tinha que escrever a melhor maneira de enfrentar aquelas dificuldades, ou seja, possíveis “soluções”. Por fim, os grupos eram instruídos a conversarem internamente sobre aquelas soluções para,

depois, conversarem entre si. Na Tabela 2 são mencionadas as dificuldades listadas pelo grupo 1 e as soluções do grupo 2, na Tabela 3 são mencionadas as dificuldades listadas pelo grupo 2 e as soluções do grupo 1.

**TABELA 2:** Dificuldades do Grupo 1 e soluções pelo Grupo 2 (termos exatos).

<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>
Dificuldades elencadas	Soluções apontadas
<i>Tristeza, humilhação, falta de carinho, amor, atenção, dificuldade psicológica Ter sexo oral e anal Beijar de língua Gozar</i>	<i>Aproximar das pessoas que realmente gostam de você e procurar ajuda do psicólogo</i>
<i>Não sei porque não tem mais amor</i>	<i>Conversar mais com seu parceiro, falar sobre seus sentimentos</i>
<i>Ter relação Ter relação na cama Talvez a gente possa ter tesão por tesão por uma nova pessoa que a gente conviva, um novo amor</i>	<i>Recomeçar tudo de novo, sem medo de amar e ser amada, sem medo de ser feliz</i>
<i>Arrumar um novo amor, renascer, vontade de viver um novo romance</i>	<i>Procurar uma pessoa que te faça bem, que te entenda e compreenda seus problemas, que te deixe a vontade</i>
<i>Usar camisinha</i>	<i>Ter responsabilidade, de sua vida, e do seu parceiro, pense nos problemas que possam causar na sua saúde se não usar camisinha</i>

**TABELA 3:** Dificuldades do Grupo 2 e soluções pelo Grupo 1 (termos exatos).

<b>Grupo 2</b>	<b>Grupo 1</b>
Dificuldades elencadas	Soluções apontadas
<i>Sair pra namorar</i>	<i>Conhecer as pessoas</i>
<i>Arrumar namorado</i>	<i>Sair com as pessoas</i>
<i>Beijar</i>	<i>Dando beijo na outra pessoa, fazendo carinho Se arrumar</i>
<i>Se relacionar</i>	<i>Não conseguir gozar com a pessoa que ama é do psicológico da pessoa</i>
<i>Parceiro se prevenir</i>	<i>Porque o marido maltrata muito e tem muita mágoa e tristeza</i>
<i>Prevenção Prevenir gravidez Usar preservativo</i>	<i>Usar camisinha, não compartilhar agulha Desconfiança nas palavras de não usar preservativo só porque seu companheiro disse que não tem nada</i>

Ainda que a ajuda oferecida faça parte de um repertório de conselhos e orientações sem, de fato, possuírem mais informações sobre os problemas, estas descrições de possíveis

encaminhamentos para os problemas relacionados com as vivências da sexualidade que as pessoas participantes expressaram na atividade anterior demonstram que a criação desses espaços de conversa e interação pode produzir trocas significativas de apoio e cuidado entre eles. O trecho abaixo exemplifica esta questão:

**Ruan:** *Eu acho que é o seguinte...nunca desistir, lutar e correr atrás. Pra pessoa ter uma vida sexual boa, ela precisa tá feliz. A felicidade gira o mundo, a pessoa não precisa ter dinheiro, não precisa ter porcaria...eu saí da cadeia, to morando, o mato da casa tá quase maior do que aquela árvore. 18 anos a casa tá fazendo e eu to me sentindo ótimo ali dentro, to me sentindo feliz, porque eu consegui a minha liberdade e to recomeçando a minha vida. Talvez uma pessoa que tá dentro de uma Hilux, tá num apartamento de luxo, tá triste. A gente tem que lutar. Se uma pessoa te incomoda, é difícil bater de frente, mas uma hora cê vai parar.*

**Olívia:** *Essa é a pergunta, porque hoje mesmo, hoje eu me encontro incapaz de muita coisa, de não fazer muita coisa.*

**Ruan:** *Mas, eu acho que lá no fundo cê tem alguma coisa que vai fazer você lutar por aquilo. Ah fala “não vou fazer isso porque a pessoa não gosta”, mas cê tem que pensar em si. O que você olhou aqui na hora que você viu o espelho? Você não viu você?*

**Selma:** *Eu vi tristeza.*

**Ruan:** *Você viu tristeza, você viu tristeza. Luta pra da próxima vez que você olhar no espelho, você falar “alegria”. (Oficina 9)*

Nas falas, Ruan parece se sentir empoderado pela liberdade conquistada e demonstra cuidado com Olívia e Selma que, na atividade em que viam seu reflexo num espelho, enxergaram tristeza. Ruan afirma que uma vida sexual satisfatória está diretamente ligada com a felicidade, que Olívia e Selma afirmam incapacidade de alcançar por conta de relacionamentos abusivos, tema da conversação.

## 5.2 Questões de Gênero

Durante as oficinas, várias pessoas traziam experiências a respeito dos relacionamentos que estabeleceram ao longo da vida. Durante a leitura das falas que remetem a isso, notou-se que havia ali diversas questões envolvendo as relações de gênero a serem destacadas, tais como: afeto, cônjuge ideal, modos de relação conjugal, machismo e opressão

da mulher; violência doméstica e violência psicológica contra a mulher; e papéis masculinos e femininos. Além disso, também foram reveladas algumas situações que associavam a diferenças de gênero com questões religiosas, como a submissão da mulher e homossexualidade.

A seguir, as falas que expressam os sentidos atribuídos ao masculino e ao feminino na sociedade, a partir do ponto de vista dos participantes.

**Vitória:** *Você pode ver até hoje a mulher é independente, mas tem homem que gosta que a mulher seja submissa pra eles. E até nessa parte da sexualidade.*

**Vitor:** *E qual a vantagem pra eles de a mulher ser submissa?*

**Vitória:** *Ela vai estar ali debaixo das asas deles, né, elas fazem o que eles querem. (Oficina 2)*

**Gilda:** *A mulher é a mais prejudicada de todas. De toda forma a mulher é.*

**Vitória:** *(...) A mulher tá sendo tão independente, por que nessa parte não é...hoje eu vi uma frase assim “Ah, por que eu não posso...” {Gilda: Viver sozinha} (...) Não, “fazer isso e se pode. Simplesmente pelo fato que eu sou homem e você é mulher. Você não pode.”*

**Vitor:** *O que você faz diante dessas situações?*

**Vitória:** *Não, eu acho um absurdo, porque se eu trabalho e pago conta igual ele...((risos)). Mas a própria sociedade...igual mãe mesmo, desde pequenininho já ensina filhos, é, se tem um menino e uma menina...eu tenho um menino e uma menina diferentes, eles são tratados diferentes. (...)*

**Vitor:** *São castradas, né!?*

**Vitória:** *Isso. Nossa! ...*

**Gilda:** *Igual...*

**Vitória:** *Só que aqui tem muito antigo que fala que mulher não pode sentir as coisas, eu já ouvi falar isso. (Oficina 2)*

**Samuel:** *Então, como se diz, o fato de a mulher ser uma mulher trabalhadeira também é um fato muito importante...*

**Danúbia:** *Trabalhar pra ela só {Samuel: pra ela!} ( ), arrumar o cabelo, e o homem faz a despesa da casa.*

**Samuel:** *Agora...*

**Vitor:** *Ah, entendi. Opiniões diferentes, Samuel. O Samuel acha que o homem e a mulher tem que trabalhar para sustentar a casa.*

**Samuel:** *Ajudar um ao outro. É, tem que ser assim, bem comunicativo um ao outro, né.*

**Vitor:** *A opinião dali é a seguinte: o homem trabalha e cuida da casa...*

**Danúbia:** *E cuida da casa.*

**Vitor:** *E a mulher trabalha pra ela mesma.*

**Danúbia:** *Pra ela e os filhos dela. (Oficina 3)*

As descrições reforçam não só o aspecto da submissão, mas também da dependência da mulher em relação ao homem. Constata-se isso nas falas de Vitória, que expressa a conquista da independência financeira pela mulher, mas também a submissão e dependência construída na relação com o homem. Gilda remete a questões específicas da sexualidade, nas quais os comportamentos do homem têm mais aceitação do que os da mulher.

Mesmo considerando mudanças em relação à postura atual das mulheres, as falas revelam certa impotência diante do que a norma atribui e o que é reproduzido pelos homens e até mesmo pelas próprias participantes.

*Vitor: Agora, aqui as meninas que falaram que não é bom ser mulher, por quê?*  
*Danúbia: Ah, porque a mulher vai pedir um dinheiro pro marido e ele “mas pra que você quer?”. Seria bom a gente ter o dinheiro da gente, né!? Pra sair, passear, tomar sorvete, ir na lanchonete, comer pizza, comprar uma roupa, calçado, pra não depender dele. (Oficina 3)*

Podemos observar ambivalências nos discursos das participantes, uma vez que os papéis das mulheres que são referidos aqui reproduzem a lógica dominante. A fala de Danúbia, por exemplo, remete à desvantagem em ser mulher apenas por conta da falta de independência financeira. Reflexo, assim, de uma cultura predominante em diversas esferas da sociedade e da vida dessas pessoas.

Nas falas que seguem, por exemplo, vemos a caracterização das mulheres como objetos e personagens de situações abusivas em seus relacionamentos conjugais, com situações preocupantes contendo empecilhos para prevenção das DSTs através do uso de preservativo. Um exemplo a ser destacado está na fala de Danúbia, contextualizada previamente com abusos sexuais, agressões físicas e psicológicas por parte do cônjuge.

*Samuel: Eu entendo assim, conforme for a pessoa, se um quer usar a camisinha ou não...por exemplo, um quer usar, sabe que tem que usar, e o outro não aceita, é uma hora que corre risco até de dar uma briga ali, no caso, porque um aceita e o outro não, então não combina. Eu entendo assim.*

**Danúbia:** *Eu tive 27, oh, eu tive...eu tenho 27 anos de casada, eu nunca usei camisinha, nunca, nunca, usei camisinha. Aí eu fui na doutora, ginecologista, aí ela falou pra mim, “por que que você não pega camisinha? No posto tem de graça pra dar pra usar as camisinha”. Porque tem vários tipos de doenças sexuais que tá dentro do homem, é no homem que ela tá. Vários tipos de micoses, vários tipos de doença. É no homem, só que reproduz na gente, porque a sujeira vem na gente, então reproduz na gente. Aí, esses tempos atrás, eu fui no posto, peguei umas camisinhas e levei pro meu marido que é pra falar pra ele usar, que eu já não gosto mesmo. Falei “cê usa esse trem e sai fora!” (Oficina 6)*

**Edna:** *Então, mas é assim, conforme cê tiver fazendo o tratamento, durante o tratamento, tem que usar camisinha.*

**Olívia:** *Ah, nós nunca pois.*

**Selma:** *Só que meu ex marido nunca colocou nada.*

**Olívia:** *Nem durante o tratamento?*

**Selma:** *Não.*

**Danúbia:** *Não pode. Não, durante o tratamento cê não pode ter relação, né.*

**Edna:** *É.*

**Selma:** *É.*

**Danúbia:** *Cê tá fazendo tratamento, tá tomando antibiótico, usando pomada, então você não pode ter relação durante aquele tempo, até retornar ele.*

**Olívia:** *Mas aí ele respeita?*

**Danúbia:** *Aí ele respeita.*

*(...)*

**Olívia:** *Tudo pega, tudo é na mulher, né, o homem nunca tem nada.*

**Danúbia:** *É.*

**Edna:** *A mulher é mais ( )*

**Vitor:** *Tem, na verdade, né.*

**Alberto:** *((risos))*

**Olívia:** *Homem trabalha, chega o final de semana tá descansado. Tá no sofá, e do sofá vai pra cama, e da cama vai pro bar. E a mulher...*

**Vitor:** *Cêis acham que a mulher é mais sensível?*

**Olívia:** *A mulher não, a mulher tá ali com filho, tem que dar banho em filho, tem que fazer tudo. ... Até na hora do sexo joga na mulher.*

**Vitor:** *A culpa?*

**Olívia:** *É tudo, né. ... Eu não queria ter nascido mulher não, eu queria ter nascido homem. (Oficina 8)*

As falas anteriores retratam hierarquias de valor entre masculinidade e feminilidade, contra as quais muito tem se lutado. Assim, essas hierarquias acabam gerando violência, como Danúbia negociando o uso de preservativo com o cônjuge, mas cedendo e se expondo à DSTs forçadamente. Cabe citar também as falas de Olívia sobre estas questões de gênero, em que o homem que trabalha fora não divide nenhuma função doméstica com a mulher.



Situações extremas de desrespeito e reforço de estigmas vividos pelos participantes também foram identificadas e, como podemos observar a seguir, há exemplos de situações claras de abuso durante a vivência da sexualidade de pessoas participantes das oficinas, e os padrões se intensificam em atos de maior violência. Em suma, mais exemplos de violência psicológica e física:

**Edna:** *A violência sempre pesa mais pro lado da mulher, né? (Oficina 8)*

**Vitor:** *E sexualidade é só isso? Ficar junto é só isso?*

**Raquel:** *Não é só isso, mas eles não entendem. Se não dá eles ficam falando “cê não me ama”, “cê não me ama mais”, “cê tá dando pra outro”...*

**Olívia:** *É desse jeito.*

**Raquel:** *Aí começa os tormento “vagabunda!”*

**Olívia:** *Eles batem na gente, né?*

**Vitor:** *Entendi, entendi. (Oficina 5)*

**Selma:** *Ah, eu tava falando, professor, que eu casei com quinze anos. Convivi 25 anos com um homem só, que é o pai dos meus filhos. Vivemos bem, de repente vivemos uma tempestade que, se deixasse, o pai matava o filho e o filho matava o pai de brigaiada. Ele largou de mim, eu larguei dele, ele tá vivendo a vida dele, eu arrumei outro e tá bom. Por enquanto.*

*((risos de vários))*

**Raquel:** *Mas e a sexualidade, hein?*

**Selma:** *Porque com o outro eu só lembrava das porradas que ele dava na minha cara, esse pelo menos se eu não sentir nada por ele, mas pelo menos eu finjo. Cê não tem raiva. Agora, o outro não, já te punha a mão cê já lembrava dos bofetão. (Oficina 5)*

**Danúbia:** *Não, eu acho mais desvantagem porque, cê vê, eu tenho um casamento de 27 anos e são sofridos esses 27 anos que to vivendo com ele. Já tomei tapa, levei murro, já quebrou meu dente, já me humilhou, Já me pisou. Eu acho, assim, muita desvantagem. Hoje eu sou uma pessoa frustrada com tudo isso. Homem, pra mim, acabou, só se fosse outro. Da minha parte, ele, como marido, pra mim acabou, só se fosse outra pessoa, um homem bonito, lindo, maravilhoso, aí tudo bem. E eu não sinto nada... (Oficina 3)*

**Samuel:** *Não, porque, no meu modo de pensar, se a mulher tá sendo mal tratada, tá apanhando do marido, é lógico que não tá certo, ela tem todo o direito de denunciar ele, ferrar ele.*

**Otília:** *Mas tem muita mulher que tem vergonha de procurar a polícia, porque lá ela é humilhada também. A polícia não trata ela com respeito.*

**Vitor:** *Olha só que interessante o que a Otília falou. Isso tem a ver com o que a gente colocou ali. ... A mulher que sofre agressão física, ela é respeitada quando ela vai querer denunciar...*

**Danúbia:** Não, não.

**Vitor:** Quando ela vai, às vezes, falar com mãe, com pai...

**Samuel:** Tem umas que não.

**Vitor:** E por que que isso acontece? O que vocês acham?

**Danúbia:** Ai, a mãe sempre fica do lado do esposo, fala que o esposo...

**Lúcia:** Fica ... é bom

**Danúbia:** É bom, faz tudo dentro de casa, trabalha, “cê não faz nada, não acorda cedo pra trabalhar”. (Oficina 3)

As falas referentes à terceira oficina dizem respeito a uma atividade em que as pessoas participantes descreviam as vantagens e desvantagens de ser homem, assim como de ser mulher. Muitas delas confundiram a atividade como vantagens e desvantagens do homem e da mulher. Ainda assim, podem-se identificar questões de violência e diversos outros assédios. Vê-se que, além do adoecimento psíquico para o qual buscam tratamento do CAPS, essas pessoas trazem diversas demandas, relacionadas ou não aos seus diagnósticos, extremamente importantes e que merecem atenção especializada dos profissionais do serviço.

As experiências cotidianas em um ambiente abusivo e pouco acolhedor certamente nada têm a contribuir para os ganhos terapêuticos dessas pessoas.

### 5.2.1 Gênero e religião.

Outra questão associada a essas demandas que surgiram nas falas das pessoas participantes está ligada com as religiões<sup>4</sup>:

**Olívia:** Ensinam que se ele quiser sexo eu vou ter que fazer sexo com ele, porque o homem gosta da mulher é por causa do sexo, se a mulher não ficar com o homem, o homem se sente como a mulher não gosta dele, aí a igreja ensina isso, o estudo bíblico. (Oficina 6)

**Janaína:** Bom, eu acho que, eu respeito todas as religiões. Se os crentes acham que tem que favorecer o homem, e se os católicos acham que deve ser homossexual ou heterossexual...eu acho isso, eu respeito todos os direitos, eu gosto de todas as religiões. Respeito, respeito.

**Vitor:** Cê acha que a vontade do pessoal da igreja tem que ser respeitada?

<sup>4</sup> Embora os participantes tenham feito referências à religião apenas em algumas situações citadas, é preciso deixar claro o entendimento de que as religiões contribuíram para toda a conformação do discurso sobre a sexualidade.

**Janaína:** *Tem! Eu fui crismada e batizada na católica, mas minhas amigas, eu tenho amiga evangélica, eu fui benzida das águas em Goiás, e eu acho que a gente tem que respeitar todos os direitos.*

**Vitor:** *Mesmo se elas ferirem, irem contra, os direitos sexuais e reprodutivos de vocês?*

**Janaína:** *Aham, eu respeito todas.*

**Olívia:** *Tem igreja que não permite a mulher depilar.*

**Janaína:** *Por isso que eu falei com a história.*

**Vitor:** *Alguém concorda, alguém discorda, alguém tem algum apontamento?*

**Danúbia:** *Ah, eu discordo.*

**Olívia:** *Eu discordo também*

**Danúbia:** *Eu sou evangélica, e eu assim, eu vou pela bíblia né, eu não acho que homem heterossexual ficar junto, bissexual um com o outro, mulher com mulher, eu acho errado, que isso...eu acho errado. Eu gosto da bíblia.*

**Vitor:** *E o que você acha desse posicionamento de que mulher tem que fazer tudo pro homem e ser submissa ao homem?*

**Danúbia:** *Ah, eu não acho que a mulher tem que ser submissa ao homem não, ela tem que fazer os direitos dela né, fazer as coisas dentro de casa, de esposa...*

**Olívia:** *Hoje tá tudo igual, né, mulher trabalha e o homem também.*

**Danúbia:** *...mas ser submissa, eu não acho isso aí não. E a gente, pra ter uma relação sexual, se a gente não tá com vontade, não tem vontade...porque a gente, eu acho que a mulher faz sexo por amor, e o homem não, ele é tipo um objeto, ele quer e acabou.*

**Olívia:** *Isso! Ele necessita daquilo.*

**Danúbia:** *Ele faz da gente um objeto. E a gente faz por amor, porque o sexo é uma coisa, o amor é outra...*

**Janaína:** *É, eu gosto de fazer por amor... (Oficina 6)*

Identifica-se aqui, através dos registros observados, uma complacência pelas religiões com a submissão da mulher em relação ao seu cônjuge. Falas que entram em contradição, como as de Danúbia, por exemplo, que vão contra a submissão da mulher, porém, entende que seu papel é cuidar de seus afazeres domésticos enquanto o marido trabalha. Além disso, a formação de crenças religiosas pode gerar estigmas relacionados à orientação sexual das pessoas e outros aspectos não abordados pelas oficinas. Janaína, por exemplo, relata acatar o fato de as religiões pregarem lógicas que acabam contrariando seus direitos sexuais e reprodutivos. Assim, ao mesmo tempo em que é possível considerar a espiritualidade e religiosidade como partes importantes no tratamento das pessoas, essas podem também

interferir em questões mais delicadas que envolvem a percepção do outro que não possui os mesmos credos.

Além dos diversos aspectos sobre a sexualidade das pessoas que participaram das oficinas que foram levantados, é preciso destacar um, a medicação, que será tratado no tópico seguinte.

### **5.3 Direitos Sexuais, Prevenção às DST/AIDS e Atenção ou Negação à Sexualidade no CAPS**

Entre as terapêuticas existentes nos CAPS, há o tratamento farmacológico realizado com as pessoas com diagnósticos de transtornos mentais. Por consequência, a depender da dose e do funcionamento do organismo da pessoa medicada, há efeitos colaterais da ingestão dos medicamentos. Dentre os efeitos existentes, revelou-se, nas falas das pessoas participantes das oficinas, diminuição ou aumento da libido, desânimo, ausência de prazer, entre outros. A fim de ilustrar melhor esses efeitos, seguem as falas:

**Raquel:** *(Vamos supor), foi eu que comecei com essa conversa, sabe por quê? Porque eu ficava conversando com minhas amigas, com o tratamento que a gente faz, (como se diz, assim), a gente perde a vontade, não tem prazer e, muita gente tem vergonha de questionar isso, você entendeu? É por isso que eu dizia pra você pegar e estudar um pouquinho, pra ver. Porque, com os remédios, o passar do tempo, tem gente que fica uma geladeira.*

*(...)*

**Vitor:** *Perde o tesão, é isso?*

**Raquel:** *Isso, perde o tesão, você não tem tesão, cê entendeu? Você não tem vontade de ir lá, beijar, abraçar, agarrar.*

**Agenor:** *Dar carinho...*

**Raquel:** *Isso! Perde o casamento, perde a mulher, perde várias outras coisas, cê entendeu? A pessoa não tem vontade. Não é porque ela não quer, porque muitas vezes os maridos brigam com as muié, vai “você não quer, você não quer ficar comigo”, e não é isso, é porque a mulher não tem desejo, não tem vontade.*

**Vitor:** *Por conta, cê acha, do medicamento ou do estado que isso dá? De tudo...*

**Raquel:** *É uma coisa, assim que, pessoas mais antigas sempre, eles não falam. Tem mulher que fica com o homem sem ter vontade. Porquê? Pra satisfazer o marido, porque senão vai perder o marido. Aí pega e fica, porque tá com uns*

*problemas, tá com depressão, tá com os remédios, tá com várias outras coisas, entendeu? Mas aí, o que acontece, ela tem que fazer a parte dela, porque querendo ou não ela se envolve fácil pra não perder o casamento, pra não perder as coisas, aí faz sem prazer {Vitor: Entendi}, mas faz sem prazer, aí as...*

*Vitor: Faz assim, por exemplo, forçado, pra manter uma relação...*

*Raquel: Isso, faz mais pra agradar o marido, cê entendeu? Mas não sente prazer, não tem prazer. Mas eu continuo afirmando ainda que os remédios prejudicam bastante, entendeu? Que os remédios cortam muito, assim, cortam, assim, praticamente uns 70% da vontade assim. Eu falo por mim, cê entendeu, que tomei muito medicamento. (Oficina 1)*

*Teodoro: ( ) e no meu caso eu nunca gostei de remédio, sempre falei abertamente. Eu tenho uma vida sexual aí ativa desde os treze anos de idade, nunca tinha dado nada, aí eu comecei a vir aqui que é um lugar aberto aqui ... eu tentei ter uma relação outro dia e não deu certo. (...) (Oficina 1)*

Os trechos marcam os efeitos adversos dos medicamentos, que contribuem para diminuição das motivações e sensações de prazer em suas vivências na sexualidade. A despeito dos efeitos do uso de psicotrópicos na sexualidade dos usuários e com o propósito de investigar outras relações acerca das vivências dessas pessoas, destacam-se outros contextos nos trechos a seguir:

*Helena: Eu até hoje {Vitor: Vamos ouvir a Helena, calma gente}, pra mim a sexualidade faz parte da minha vida, do meu dia a dia, é uma coisa que eu preciso pra sobreviver, porque sem isso eu não vou sobreviver mesmo...*

*Amanda: Não! ((risos))*

*Helena: E, só que esses remédio mexe com os nervo da gente {Raquel: Muito}, às vezes da uns relaxante pros nervo, né? Mas com companheirismo, um pouquinho de carinho, tudo dá certo. (Oficina 1)*

Observa-se que aspectos associados às suas relações conjugais, tais como o carinho, a atenção e o afeto, são bastante relevantes para obtenção dessas vivências de satisfação. Trata-se de um exemplo de falas que esclarece para a não determinação dos medicamentos como únicos reguladores das experiências sexuais das pessoas participantes das oficinas, o que destaca a necessidade de terapêuticas alternativas. Fato este que chama atenção para as formas de atenção que o serviço proporciona.

As implicações da relação do uso dos medicamentos com as experiências de prazer das pessoas podem reverberar também, pelos trechos analisados, na atenção que os profissionais e o serviço dispõem em relação à sexualidade das pessoas usuárias.

Explora-se, aqui, por exemplo, recortes que remetem à carência de informações entre alguns usuários do serviço. Representando uma lógica maior de ausência de métodos eficientes de informar nos serviços de saúde mental, esses usuários desconheciam quaisquer DSTs e, sendo tão grave quanto, em atividade da sexta oficina, demonstraram conhecimento superficial sobre seus direitos sexuais e reprodutivos. No fim, muitos disseram que não sabiam que direitos tinham e, além disso, que esses direitos não lhes eram informados nos serviços que frequentam:

**Vitor:** *Vamos lá gente, ó “Como parte dos direitos humanos, para que eu possa viver a minha vida sexual e reprodutiva com liberdade, prazer e saúde, eu tenho direito de...”, eu tenho direito de quê?*

**Lúcia:** *Ser feliz!*

**Andressa:** *Ter direitos igual os outros, né?*

**Vitor:** *Mas que direitos?*

**Andressa:** *Todos os direitos.*

(...)

**Olívia:** *Direito de ser livre igual um passarinho.*

(...)

**Olívia:** *E ser respeitado, pode ser um desses dois.*

**Jéssica:** *Ser respeitado.*

(...)

**Vilma:** *É:: vixi. Ter paz!*

(...)

**Danúbia:** *Direito de não fazer.*

(...)

**Janaína:** *Direito de liberdade, de sexo, e de ser uma pessoa internacional.*

**Vitor:** *O que significa ser uma pessoa internacional?*

**Janaína:** *Ter muita grana, né, ser famoso.*

**Vitor:** *E o que isto pode estar relacionado com a sexualidade?*

**Janaína:** *Uai, ser bom de cama...*

((risos de vários))

**Janaína:** *Ser perfeito*

(...)

**Vitor:** *Samuel?*

**Samuel:** *Ah, eu, pra mim, se a pessoa tem esse direito, é um direito, assim, de ser uma pessoa normal, perfeita, é isso que significa pra mim. (Oficina 6)*

Apesar de se reconhecerem como portadores de direitos diversos, as pessoas que participaram da atividade específica para este fim, não souberam caracterizá-los e nem o que fazer quando um desses direitos lhes é usurpado. Por outro lado, podemos observar diferentes sentidos dados à relação entre os direitos e a sexualidade. Lúcia, assim como Ruan anteriormente, vê a felicidade como um importante direito. Andressa aponta sua condição de portadora de direitos. Olívia expressa a importância que enxerga na liberdade e no respeito, assim como Jéssica. Vilma cita a paz, frequentemente ligada ao oposto da violência nos discursos presentes na atualidade. Danúbia, que frequentemente citava os abusos e violências do companheiro, expressou seu direito de dizer não. Janaína vê como direito alcançar padrões recorrentes na sociedade, ser perfeita, ser boa de cama. Assim como o direito dito por Samuel, ser perfeito pode estar ligado à condição de usuário de serviços de saúde mental, no caso dele, acrescido de uma deficiência física. Enfatizam-se aqui as implicações que essa carência de informações gera tanto para o serviço, quanto para seus usuários que, sem esse tipo de conhecimento, ficam sujeitos a diversas violações e violências.

Outro aspecto a ser levantado, destaque deste trabalho, foi a falta de acolhimento em relação a questões de sexualidade das pessoas participantes das oficinas. Eis os trechos referentes a essas situações:

**Raquel:** *Da sensualidade, o que é que tem? Aqui no CAPS, nós que somos membros, nós não pode falar sobre sensualidade, porque eles não dá oportunidade pra gente falar. (Oficina 5)*

**Danúbia:** *Eu fui falar pra Mara sobre sexualidade, que eu tomo essas medicações, né, e eu não sinto nada...*

**Olívia:** *É, eu também não sinto nada.*

**Vitor:** *Com a psicóloga.*

**Danúbia:** *A psicóloga. E ela falou pra mim, “Ah, cê larga do seu marido, larga do seu marido, deixa ele embora e arruma outro”, falou pra mim.*

**Marisa:** *Essa agora aqui.*

**Raquel:** *Não, a outra.*

**Danúbia:** *A psicóloga, a Mara.*

**Raquel:** *Não é essa daí não, é outra.*

**Olívia:** *Pra mim ela fala que enquanto eu não arrumar outro homem...*

**Danúbia:** *Outro homem... ”arruma outro homem e larga do seu marido.”*

**Olívia:** *O que ela falou? Enquanto eu não largar dele eu não vou sarar.*

**Vitor:** *E o que vocês acham disso?*

**Raquel:** *Acho que é falta de interesse deles. (Oficina 5)*

**Vitor:** *O que eu quero saber é isso, é o tema de hoje, assim, vida pessoal, sexualidade.*

(...)

**Raquel:** *Aí eu fui falar com ela sobre sensualidade, sabe o que ela falou?*

**Vitor:** *É isso que eu queria saber.*

**Raquel:** *Então, eu fui falar com ela “Doutora, eu tomo uns remédio e não tenho vontade, não tenho tesão”. Ela falou assim “É, com tanto medicamento desse você quer sentir o quê?”. (Oficina 5)*

**Vitor:** *Vocês acham que é uma coisa de todos os serviços, ou aqui em XXX (cidade) tem essa dificuldade?*

**Raquel:** *Não, no geral.*

**Vitor:** *Cêis acham que se vocês forem em outros serviços, essas demandas, esses assuntos sobre sexualidade, essas vivências mais pessoais de vocês seriam bem recebidas ou seriam ignoradas?*

**Raquel:** *Não, o povo tem vergonha.*

**Liza,** *Ah, tem muito lugar ( ) o povo não fala.*

**Vitor:** *Não fala.*

**Olívia:** *Mas tem muito lugar que...*

**Raquel:** *Se vai falar o povo fala que você é desbocado, você é bobagento, tarado.*

**Vitor:** *Entendi.*

**Olívia:** *Mas não vem com sete pedra nas mãos, né? (Oficina 5)*

**Teodoro:** *(...)Aí eu trouxe o remédio aqui e ela falou que tinha me dado o remédio que era justamente pra isso, que eu não precisava de ter mulher agora. Aí eu fui ali também, não tem nem preservativo e nem nada ali. Não é por nada não, cêis me desculpa aí. ((caminha para sair do grupo)). (Oficina 1)*

Vale notar as falas de Raquel e Teodoro que dizem respeito ao que parece ser uma forma de castração química, na qual os medicamentos são utilizados pelos profissionais justamente para inibir as vivências sexuais das pessoas usuárias. Pode-se entender aqui que há, indubitavelmente, uma má qualificação desses profissionais no acolhimento das questões que envolvem a sexualidade das pessoas. Por conseguinte, práticas que poderiam ser acolhedoras se tornam negadas por esses profissionais, deixando as pessoas sem atendimento para seus problemas a serem apresentados.



Ainda mais, uma problemática tão grave quanto a negação, é a negligência de alguns profissionais. Falas dos participantes envolvendo situações preocupantes de relações conjugais, violência familiar, ideações suicidas e castração química, são mal administradas ou ignoradas muitas vezes configurando-se em agressões verbais.

## 6 Discutindo Sexualidade e Saúde Mental com a Literatura

O título deste capítulo se refere a uma fala de Ruan, na atividade de *brainstorm* da oitava oficina, mas também, diante dos diversos sentidos que emergiram durante as atividades das dez oficinas realizadas, podemos abrangê-la em relação aos demais participantes. Buscando na literatura, se ampliam os públicos, mantendo os sentidos. Cunha, Spyrides e Sousa (2011), em entrevistas realizadas com 150 mulheres usuárias de um centro de saúde em Natal-RN, cujo objetivo era discutir as representações sociais acerca da saúde nas relações sexuais, elencaram três categorias referentes às representações encontradas: prevenção; relação com o parceiro; qualidade de vida. Assim como no trabalho de Paiva, Aranha e Bastos (2008) sobre a sexualidade da população urbana brasileira, buscando significados da relação sexual: sexo é prova de amor; sexo é uma necessidade física; sexo é importante para procriação e para manter a dinâmica familiar; e sexo é fonte de prazer e satisfação.

Pinto et al. (2007), em pesquisa realizada com usuários de instituições psiquiátricas, também encontraram uma diversidade de conceitos, crenças e atitudes em relação à sexualidade, como ocorrido nas oficinas 1, 5 e 8, em que os comentários expressam múltiplos sentidos a respeito do termo. Os autores destacam que pouco tem se discutido sobre o tema e mencionam a necessidade da participação dessas pessoas na criação de intervenções que visem, principalmente, a prevenção de DSTs, fato este também apontado por Raquel, na oficina 1.

Sobre a questão do autocuidado e prevenção, Barbosa e Freitas (2014), em entrevista com 22 homens com transtornos mentais severos e persistentes, também usuários e serviços públicos de saúde mental, mencionam o confronto entre risco, prazer e conjugabilidade. As autoras destacam o fato de os entrevistados pouco conhecerem sobre as DSTs e, apesar de

haver um reconhecimento do risco envolvido, pouco utilizarem os preservativos. Na atividade da oficina 8 “A Árvore dos Prazeres” foi possível notar que o reconhecimento dos riscos dos usuários pode estar relacionado com a quantidade e qualidade da informação que recebem. O uso de preservativos por alguns parece comprometido por acharem que o fato causaria diminuição do prazer, tabu bastante recorrente entre os homens (Paiva, 1992), citado como uma das dificuldades em atividade da oficina 9, e por consequência dos efeitos do uso abusivo de drogas (Barbosa & Freitas, 2014). Ainda sobre a questão das implicações deste tabu, vimos, durante a oficina 6, que a usuária Danúbia sofreu violência física e psicológica por querer que o companheiro fizesse uso de preservativo.

Notam-se algumas implicações, que podem estar relacionadas tanto com a falta de informações sobre as DSTs e formas de cuidado em relação ao sexo desprotegido para esta população, passando pela falta de informações sobre os direitos sexuais e reprodutivos, pelo “direito de serem normais”, como Samuel elencou em atividade da oficina 6, quanto com o que também abrange grande parte da população adulta, a sensibilização através da discussão sobre os aspectos da sexualidade.

Sobre a questão dos direitos sexuais e reprodutivos, Ávila (2003) menciona a importância da influência que o saber e o poder médicos têm nas definições tradicionais de regras que servem para reprimir e controlar as vivências sexuais. O saber médico, somado à visão excludente dos gestores e profissionais perante os serviços de saúde mental e as pessoas usuárias, mais o estigma social, são determinantes para a falta de informações que chega até dessas pessoas, como exposto pelas falas de Raquel e Olívia durante atividade da oficina 5. Quando elas afirmam ter suas demandas tratadas com desdém por um profissional do serviço. Vê-se que o estigma, muitas vezes base da exclusão social, tem efeitos devastadores em suas experiências de vida, como também encontramos no discurso de Teodoro, durante a oficina 1, quando comenta sua experiência no serviço e se retira da oficina.

No trabalho de Barbosa, Souza et al. (2015), com objetivo de compreender as representações de usuários e profissionais sobre a sexualidade dos primeiros, todas as 39 entrevistas das usuárias de serviços públicos de saúde mental, incluindo CAPS e CAPS ad, declararam ter poucos amigos e viverem em desamparo familiar. Barbosa, Souza et al. (2015) ainda afirmam que em todas as falas observaram baixa autoestima e sentimento de inferioridade relacionadas ao preconceito social, por conta de serem usuários de serviços de saúde mental, como visto em vários trechos supracitados. Os dados representam um contexto social de importantes dificuldades econômicas e sociais (Barbosa, Souza et al., 2015).

Muitas dificuldades sociais também foram citadas durante os encontros, principalmente em atividade específica da nona oficina. As dificuldades e soluções enumeradas pelos participantes das oficinas, em grande parte, remeteram aos seus relacionamentos. O fato de eles estarem em um serviço público de saúde mental, buscando atenção necessária para suas questões em torno das implicações dos sintomas de seus diagnósticos e, ao invés disso, terem que parar para refletir sobre quais as possíveis soluções para os problemas apresentados por outras pessoas, não os impediu de elencar alguns caminhos. É também importante destacar que algumas soluções propostas por algumas pessoas se referiam aos problemas que elas mesmas se queixavam, porém, poderiam não ter uma estrutura de atenção à sua saúde mental necessária para que alcance tal medida.

São preocupantes as questões levantadas, falta de informações sobre os riscos que acompanham a vivência da sexualidade, atrelados aos interesses no controle das pessoas usuários de serviços de saúde mental pelo poder médico e gestores, que contribuem para o aumento do estigma social que, por sua vez, leva ao desamparo familiar e sentimento de inferioridade. Assim, se identifica a formação de um círculo vicioso que deve ser levado a sério e sofrer intervenções pautadas nas políticas públicas de saúde mental, para assim ser quebrado.

## 6.1 Gênero

Andrade (2014, p. 75) destaca que:

(...) gênero é uma categoria importante no campo da saúde mental e da reforma psiquiátrica brasileira. Ele se articula com outras categorias como classe, geração, raça, além de se declinar em práticas sociais, culturais e de poder e estabelecer diferenças e lugares de poder que marcam de forma significativa as práticas de saúde mental e da reforma psiquiátrica no Brasil.

Barbosa, Giami e Freitas (2015), buscando compreender as formas de viver e pensar a respeito da sexualidade das pessoas com transtornos mentais por meio de entrevistas com 22 homens e 17 mulheres diagnosticados com transtornos mentais severos e/ou persistentes, destacaram a passividade e subordinação dessas mulheres em relação aos homens. Além disso, as autoras mencionam que a sexualidade das entrevistadas era vivida com limites e repressão, como exposto por Gilda na oficina 1, por Otília na oficina 3, e por Danúbia, Olívia, Raquel e Selma durante a oficina 5.

É preciso considerar duas importantes questões. Primeira, a discriminação das mulheres é recorrente, elas têm sempre um esforço enorme para superá-la em relação aos papéis de gênero impostos pela sociedade, inclusos aí o acesso aos serviços de saúde e a garantia de um espaço que as possibilite vivenciar suas sexualidades (Roeder, 2014). Segunda, essa não é a única questão, soma-se a ela a o transtorno em si, da identidade, do rótulo social imposto sobre a pessoa que faz tratamento para “doenças da cabeça”. Portanto, este estigma, a repressão, a passividade e a subordinação tendem a se agravar quando unimos os termos “mulheres que fazem tratamento para transtornos mentais graves” (Santos, 2009; Roeder, 2014).

Santos (2009, p. 1181) afirma que as tentativas de incorporar o tema gênero na saúde mental, feitas pelo aparato médico psiquiátrico, trazem as mulheres associadas “as suas

funções reprodutivas (gravidez, parto, puerpério, menopausa). Assim, trata-se de uma concepção reducionista e biologizante da saúde mental das mulheres”. O autor, em entrevistas com pessoas usuárias de um CAPS analisadas sob a ótica das relações sociais de gênero e do contexto das mudanças no sistema psiquiátrico brasileiro a partir da luta antimanicomial, menciona que o diagnóstico de transtornos psiquiátricos não impediu as mulheres de desempenhar as prescrições tradicionais de gênero: mãe; esposa; e demais tarefas domésticas. Prescrições estas também citadas durante a oficina 3, em discussão entre Danúbia, Samuel, Oflía e Lúcia. Porém, as entrevistas com mulheres solteiras da pesquisa supracitada indicam certa dificuldade no encontro de um espaço democrático na sociedade para as sexualidades femininas, fato também exposto por Gilda na oficina 1 e por Raquel e Selma durante a oficina 5.

Santos (2009, p. 1180), então, questiona:

O que significaria, portanto, uma abordagem de gênero em saúde mental? Os resultados demonstram que o adoecimento psíquico feminino mantém uma estreita correlação com o problema da violência contra as mulheres. Cabe indagar, se estas mulheres não tivessem se submetido a tais agressões, elas teriam desenvolvido estes transtornos mentais severos?

Percebem-se possíveis configurações culturais de gênero expostas, que impedem a satisfação sexual e configuram violações dos direitos humanos dessas populações (Barbosa, Giami et al., 2015). Configurações essas ampliadas pela condição de viver com o diagnóstico de transtornos mentais. O uso da mulher como objeto para obtenção de prazer sexual e sua exposição ao risco de infecção por DSTs foram mencionados durante as oficinas. Barbosa, Giami et al. (2015), estabelecendo a diferenciação entre roteiros sexuais de homens e mulheres, afirma que há a necessidade social constante de os primeiros buscarem o sexo

como fonte de prazer e forma de confirmar sua masculinidade, já para as mulheres a relação sexual não é vista como prazerosa, mas como obrigação em relação a seus parceiros.

Barbosa, Giami et al. (2015) revelam que, mesmo as mulheres que relataram estar num relacionamento duradouro mencionaram instabilidade constante devido a agressividade, infidelidade e uso abusivo de álcool e/ou outras drogas pelos parceiros, sendo que três delas afirmaram ter contraído HIV nessas relações. No trabalho das autoras também é possível destacar características semelhantes às observadas nas falas das pessoas participantes das oficinas, especialmente na 1 e 9, como a dificuldade de encerrar o relacionamento mesmo não estando satisfeitos, a visão de estar sendo usada nas relações sexuais, a necessidade de agradar para manter o relacionamento, negligência e sofrimento.

Mesmo no que diz respeito às autoridades que deveriam, em tese, prestar serviços de proteção às pessoas, a polícia, as mulheres não encontram respaldo, o que foi exposto por Otília durante a oficina 3, quando cita a falta de respeito dos policiais com as mulheres que fazem denúncias. Muitas vezes as instituições policiais possuem práticas nada acolhedoras quando lidam com mulheres em situação de violência, contribuindo para total invisibilidade de casos como este (Barbosa, Dimenstein & Leite, 2014; Barbosa, Giami et al., 2015).

Por fim, outra questão que influencia demasiadamente na questão das atribuições dos papéis de gênero da sociedade são as religiões que, embora tenham sido citadas em momentos específicos durante as atividades de algumas oficinas, são base para discursos mantenedores de ações que reprimem, discriminam e violentam as mulheres (Paiva, 1992; Heilborn, 1999; Paiva, 2000; Vilela & Arilha, 2003; Roeder, 2014).

Ávila (2003, p. S469) ressalta

o desafio de o poder público reconhecer que as políticas de saúde voltadas para reprodução e sexualidade devem ser consideradas como parte das atribuições em um Estado laico e democrático, e portanto, suas ações devem responder à garantia dos

direitos da população e, neste sentido não podem ser formuladas nem implantadas segundo as normas e os preceitos de qualquer religião.

O que se pode notar com os dados obtidos durante a pesquisa é a reprodução de uma lógica patriarcal, machista e judaico-cristã, no serviço onde as dez oficinas foram realizadas que, se oferecendo uma atenção qualificada e acolhedora, deveria caminhar contrária a ela.

## **6.2 Modelo Biomédico de Atenção à Saúde Mental no CAPS Pesquisado**

Barros (2002, p. 76) afirma que “é provável que a expressão mais acabada das distorções e consequências concretas do modelo biomédico, reducionista, de abordagem da saúde e da doença na vida dos indivíduos resida no que se convencionou designar como medicalização”. Medicalização essa que veio à tona em diversas falas dos participantes das oficinas, principalmente de Raquel e Teodoro, nas oficinas 1 e 5, por conta da diminuição do prazer sexual, da vontade de ter relações sexuais, de ereção, entre outros.

Na literatura é possível encontrar que a atenção, principalmente médica, às questões de sexualidade às pessoas usuárias de serviços de saúde mental é falha (Dallon & Abraham, 2009; Rele & Wylie, 2007; Voermans et al., 2012), além de destacar que as informações repassadas às pessoas sobre os efeitos adversos da medicação são escassas (Rele & Wylie, 2007).

Haefliger e Bansack (2006) e Higgins et al. (2010) propõem a redução de doses dos medicamentos ou até mesmo a mudança para substâncias alternativas, porém, afirmam que as pessoas da área psiquiátrica ficam receosos com esta possibilidade pelo medo de novas substâncias exacerbarem os sintomas psiquiátricos.

Há de se considerar também a lucrativa indústria farmacêutica e a alta taxa de uso de medicação antipsicótica na prescrição de terapêuticas para tratamento na área de saúde mental. Não só isso, mas cabe citar aqui o trabalho de Moncrieff et al. (2013), que alertam



para a necessidade de reavaliar a forma de como os efeitos dos medicamentos interagem com os sintomas em diferentes circunstâncias e do ponto de vista de vários observadores. Assim, o aumento do conhecimento e entendimento sobre esses efeitos e os transtornos poderá levantar dúvidas sobre o uso e validade de sistemas como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5), pois poderia quebrar a ligação entre diagnóstico e tratamento apenas sintomático, exigindo apreciação individualizada sobre os problemas (Moncrieff et al., 2013). Portanto, é preciso chamar a atenção para a urgência de a medicina discutir abertamente com as pessoas usuárias sobre os efeitos adversos da medicação (Haefliger & Bansack, 2006; Moncrieff et al., 2013).

Muito além disso, é preciso ter uma visão integral da pessoa usuária de um serviço de saúde mental, acolhendo assim, todas as suas demandas. Como foi visto nos exemplos de falas durante as oficinas, especialmente nas oficinas 1 e 5, os medicamentos não são determinantes para que a vida sexual dessas pessoas seja satisfatória ou não, pois nesta questão estão presentes diversos fatores, dada a especificidade de cada usuário. E como dito, este tipo de olhar está ligado ao modelo de atenção do serviço.

Para estar em consonância com os pressupostos do modelo psicossocial, é necessária uma assistência sustentada nos serviços extra-hospitalares, de base comunitária, acolhedores, que busquem oferecer aos seus usuários mais recursos e condições para o exercício de cidadania, autonomia, reinserção social e inclua ainda a família e a sociedade na discussão das mudanças em face da reforma psiquiátrica (Borba, Guimarães, Mazza & Maftum, 2012).

A impossibilidade de acolhimento nos serviços reafirma experiências de violação no exercício de direitos das pessoas usuárias (Barbosa, Dimenstein & Leite, 2014). Além da violação, práticas relatadas pelas pessoas participantes das oficinas, tais como castração química (oficina 1), falta de acolhimento (oficina 5), remetem aos resquícios do modo manicomial de atenção à saúde, no qual não há traço de respeito à autonomia ou acolhimento

integral das pessoas. Sendo este modelo, alvo de constantes lutas por sua mudança, repetido em um serviço criado para ser seu substituto, com novas terapêuticas e formas de atenção, são claros os sinais de retrocesso e de pouco compromisso dos gestores e profissionais com a luta antimanicomial, com a saúde mental integral das pessoas que ali frequentam.

Os dados coletados na pesquisa demonstram formas de negligência relevantes dentro de um serviço para atendimento de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais graves e/ou persistentes, as quais necessitam de extremo cuidado e acolhimento. As falas das pessoas participantes, em sua maioria durante as oficinas 1 e 5, também demonstraram que os profissionais deste serviço pouco refletem sobre suas práticas e que, a menos que tais práticas são de consenso de todos os profissionais ali atuantes, não há integração da equipe ou discussão de casos, nem assembleias.

Práticas excludentes, preconceituosas e que reforçam o estigma vivenciado por essa população, também são mencionadas por Higgins, Barker e Begley (2008), Miranda e Furegato (2002), Miranda, Furegato e Azevedo (2008), Quinn, Heppell e Browne (2011) e Ziliotto e Marcolan (2013; 2014). Segundo Emerich, Campos e Passos (2014, p. 693), mencionam que “o silenciamento sobre os direitos aumenta a concentração de poder dos gestores e equipamentos, aumentando a violência simbólica”.

Entende-se, portanto, que há a necessidade de supervisão institucional e profissional para este CAPS, que ao invés de fornecer uma atenção humanizada e acolhedora, reproduz um modelo de atenção com traços manicomiais de atendimento para as pessoas que o utilizam.

## 7 Facilitação das Oficinas

As oficinas formaram uma importante base para o trabalho. Aqui serão discutidas como método de pesquisa e intervenção, mais precisamente a ação da facilitação. Serão enumerados aspectos que são considerados relevantes sobre as oficinas: sua importância, facilidades e dificuldades na condução, e a percepção das pessoas participantes durante seu movimento de realização dentro de um serviço de atenção psicossocial. O intuito é avaliar a experiência de elaborar, facilitar e encerrar oficinas sobre sexualidade no CAPS. Em suma, essa experiência passará por justificativas da importância de ter as oficinas com esta temática no serviço, pelas implicações de mediação das atividades, e por relatos contendo a percepção das pessoas que participaram. Entre discussão e trechos das oficinas que caracterizam as categorias, o processo se inicia.

### 7.1 Desafios na Facilitação das Oficinas

*Vitor: Local da cena: CAPS.*

*Danúbia: Ah, mas CAPS eu não ( ). Que que eu falo do CAPS? Nada! (Oficina 5)*

O trecho acima foi retirado da transcrição da quinta oficina. A fala de Danúbia refere-se a uma atividade em que as pessoas participantes deveriam criar uma colagem de imagens, com o tema sexualidade, que representasse uma cena dentro do serviço. Considera-se importante ressaltar o desafio presente na realização de oficinas sobre sexualidade em um serviço de atenção psicossocial que tem dificuldade de alcançar o que é proposto na reforma psiquiátrica, como citado anteriormente.

Assim, pela própria característica dos profissionais e pela falta de atividades no horário de funcionamento do serviço, se vê, a partir das falas de Olívia e Danúbia, na última oficina, o lugar que ocupa o serviço nas vivências dessas pessoas:

*Olívia: E aqui a gente precisa de homem, porque assim desanimada, parada a gente já fica em casa, né? A gente já passa por tanta coisa em casa, então a gente precisa de uma pessoa assim, que levanta...*

*Danúbia: Que conversa, né? Que levanta o astral da pessoa. (Oficina 10*

Por mais que o facilitador tenha certa experiência na mediação de grupos, é preciso estar preparado para lidar com os imprevistos e desafios que surgem nesta tarefa: interrupções; dificuldade de compreensão de atividades; interação com as pessoas participantes; despedida.

Inicialmente, é importante preparar o ambiente. Não só preparar o local onde se realizarão as atividades, checando a disposição de cadeiras, ventilação, iluminação, segurança e conforto das pessoas participantes, mas se relacionar com quem está presente. Nas oficinas realizadas no CAPS, notou-se a importância de chegar uma hora antes do início da atividade para conversar com profissionais e usuários que ali estavam. Cumprimentar, observar detalhes, como o estado emocional de cada um, recolher as novidades da semana, notar novos participantes e se interessar pelos faltantes.

Um exemplo a ser citado, ao chegar ao serviço para realizar a primeira oficina, o facilitador foi avisado por uma das profissionais que uma pessoa usuária estaria “fumando droga” nas dependências do serviço e alertado para tomar cuidado para essa pessoa não furtar os materiais a serem utilizados. Em um serviço cujo objetivo é a atenção psicossocial para pessoas com transtornos mentais e/ou pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, esse comportamento da profissional é ambíguo. O facilitador, em posse dessa informação, nada fez de diferente, a pessoa em questão foi participante ativa na oficina e retornou para uma outra.

Ao falar com as possíveis participantes da oficina, além de iniciar um vínculo importante para a realização das atividades, o facilitador vislumbra a dinâmica que a atividade tomará. Revela-se, também, que a própria história do facilitador com os

participantes e o serviço contribuía para o estabelecimento de relações. Relações estas marcadas por intimidade, onde se configurou o espaço das oficinas para se falar sobre sua temática abertamente, com direito a algumas brincadeiras:

**Selma:** *Dá licença, eu posso te falar uma coisa?*

**Vitor:** *Pode.*

**Selma:** *Um homem igual você enche cama.*

*((risos de vários))*

**Samuel:** *Rapaz do céu!*

**Vitor:** *Fiquei sem graça agora. (Oficina 3)*

**Samuel:** *Com certeza cê é solteiro, né, ou casado?*

**Vitor:** *Óia...eu tenho namorada.*

**Danúbia:** *Ele tem namorada, mas não tem aliança no dedo. (Oficina 3)*

Ser flexível e permitir esse tipo de abertura possibilita ao facilitador estar mais atento ao ritmo e ao clima emocional do grupo. Sem perder o objetivo principal da oficina, é preciso dar espaço para liberdades como essa, que demonstram integração entre os participantes e o facilitador, fator primordial para criar condições intersubjetivas para falar sobre a sexualidade.

Relações que também permitiam, embora se incentivasse o contrário, a não participação daquelas pessoas que não queriam. Por outro lado, essas pessoas permaneciam no grupo e participavam do seu modo, como é o caso do senhor Daniel, um dos que participaram de todas as oficinas, com os seus muitos “*Não quero falar nada!*” em diversas delas.

Os vínculos estabelecidos também garantiram liberdade de chamar a atenção daquelas pessoas que extrapolavam alguns limites em relação à intimidade das demais, fato este que aconteceu poucas vezes. Segue um trecho em que Selma cita vivências sexuais de outro participante da oficina como exemplo:

**Selma:** *Ele tinha namorada sô, a irmã da ( )*

**Leila:** *Ele tinha namorada?*

*Selma: É amiga minha.*

*Leila: É::?*

*Selma: É, soltava a grana nela.*

*Vitor: Oh pessoal, eu vou pedir pra que coisas pessoais, tanto de vocês quanto de outros usuários, é meio feio falar, a não ser que o próprio usuário fale, a própria pessoa fale. Senão fica “ah, você fez não sei o que e não sei o que” e é meio complicado, tá bom? A não ser que seja você falar, coisas de outras pessoas, sexuais não é bom não. (Oficina 8)*

Além de todas essas questões, a oficina, por mais que seja feito um bom contrato, que tenha uma harmonia entre regra e acolhimento, é sempre um desafio quando em um serviço aberto. O acesso ou a saída ao local das oficinas era livre, com isso, algumas atividades tiveram a interrupção, seja de usuários ou profissionais desavisados, o que representava muitas vezes uma dificuldade para o facilitador, como quando Vando chegou no momento em que a oficina chegava ao fim, pedindo para fazer uma oração, ou quando uma profissional do serviço entra na área da atividade falando alto ao celular

*Vitor: Deixa eu ir lá falar pra ela. ((Neste momento uma profissional chega na área da oficina falando ao celular em voz alta)) Vou lá falar com ela para não ficar ali. (Oficina 7)*

Outra dificuldade encontrada refere-se a não compreensão das atividades pelas pessoas e/ou falha na maneira em que se explicava cada procedimento. É compreensível o não entendimento de algumas atividades por parte das pessoas participantes. Isso reforça a necessidade de aumentar a objetividade de cada etapa da oficina, sem desviar de seu foco. Por exemplo, num trecho da quinta oficina onde foi pedido para os participantes imaginarem situações envolvendo a sexualidade dentro do serviço (exemplificou-se citando uma conversa informal entre pessoas usuárias, entre profissional e usuários, ou uma situação de atendimento) e eles questionaram sobre a existência de vivências sexuais ocorridas dentro do serviço:

*Vitor: Dentro do serviço a história tem que ser.*

**Selma:** *Esse aqui é o professor que vai (...)*

**Vitor:** *Imagina ali ó, do portão pra dentro.*

**Selma:** *Uai, então não, nós não fez sexo*

*((risos de vários))*

**Vitor:** *Mas não precisa fazer sexo aqui dentro. A sexualidade, pra quem lembra da primeira oficina, sexualidade pode ser muitas coisas.*

**Raquel:** *Mas pode fazer sexo aqui dentro, professor?*

**Danúbia:** *Eu tive duas filhas que é a coisa mais linda da minha vida. É isso, eu não tenho outra coisa pra falar.*

**Vitor:** *Cêis entenderam?! Não precisa fazer sexo aqui dentro.*

**Raquel:** *Não entendi, achei que precisava.*

**Vitor:** *Tem que ser relacionado com sexualidade, mas tem que se passar aqui dentro do serviço. (Oficina 5)*

## 7.2 A Percepção dos Participantes

Durante as oficinas, foi possível observar reações que demonstravam as percepções das pessoas participantes sobre atividades em si ou sobre a estrutura dos encontros como um todo. Essas percepções puderam ser enquadradas em três grupos de falas: dificuldades apresentadas, sensações provocadas e reações de avaliação.

As atividades apresentaram certo grau de dificuldade para os participantes. Vemos abaixo alguns trechos como exemplo:

**Ruan:** *(...) Difícil isso aqui hein.*

**Cássia:** *((risos)).*

**Ruan:** *Não, cê você falar assim, o seu problema, é fácil. Agora, você pensar a solução pro problema de outra pessoa que é difícil. (Oficina 9)*

**Olívia:** *Ah, eu gostei, só não gostei de pensar muito.*

**Vitor:** *Não gostou de pensar muito? Vamos colocar como ponto negativo ué.*

**Solivan:** *É necessário.*

**Olívia:** *É verdade senhor coiso, meu pensamento é difíciloso. (Oficina 10)*

Trabalhar as diferenças dentro das oficinas se fez uma demanda já esperada, porém, urgente. Destacam-se as falas da nona oficina, em atividade em que dois grupos de participantes deveriam elencar uma série de dificuldades sobre suas vivências sexuais e, posteriormente, as dificuldades eram trocadas de grupos e as pessoas participantes deveriam

pensar em soluções para as dificuldades do outro. Os trechos demonstram que encontrar a solução para os problemas entre os participantes pode ser tão difícil quanto encontrar para os deles. Esta sensação percorreu todas as oficinas e, mesmo não sendo explícita, a colaboração mútua existente entre as pessoas usuárias do serviço minimizou as possíveis diferenças que poderiam apresentar diante das atividades propostas.

Dificuldades de fala, de compreensão e motoras foram acolhidas por todas as pessoas participantes. Em todas as atividades que exigiam algo que alguém não poderia conseguir, como, por exemplo, ler ou escrever, era explicado que outra pessoa do grupo poderia ajudar, e assim foi feito. Para além das dificuldades, as atividades fazem emergir sensações diversas nos participantes:

**Ruan:** *Sabe o que que é? Eu, pra mim, eu gosto de ficar pra mim refletir, bater de frente comigo mesmo. Porque eu acho que o mais difícil é a gente olhar pra dentro. Eu, pelo menos eu sou. Mas, falar da vida dos outros é fácil, mas não manda falar da minha não. Coisa que eu odeio: psicólogo! Porque ele fala de mim, eu não vou lá pra falar dele. Na cadeia o psicólogo me chamava, eu estudei com ele, eu falava “e aí, como você tá?”, ele falava “não Ruan, você não veio aqui pra falar de mim”, eu falei “não, mas vai falar da minha vida? Eu to preso! Preso não tem vida, fala como que tá a rua pra mim.”. Eu detesto psicólogo porque psicólogo ele fala de você.*

**Vitor:** *Mas todo psicólogo você não gosta?*

**Ruan:** *Nenhum.*

**Vitor:** *Nem de mim Ruan?*

*((risos de vários))*

**Ruan:** *Não, mas cê não fala de mim, você tá fazendo aqui uma palestra ((risos)). Eu gosto de psicólogo, eu detesto falar da minha vida. (Oficina 9)*

**Vitor:** *Pode falar qualquer coisa, qualquer palavra que vem na cabeça de vocês sobre positivo e negativo. ... Que que faltou? Que que não faltou? Que que achou bom? Que que eu vou levar pra minha vida? Que que eu não vou levar?*

**Olívia:** *Que que eu vou levar?*

**Vitor:** *É, não vai levar nada das oficinas?*

**Olívia:** *Boas lembranças*

**Danúbia:** *De positivo, as lembranças, né?*

**Vitor:** *Lembranças?*

**Olívia:** *Boas lembranças, é:: aprendi várias coisas.*

**Vitor:** *Ah:: tá começando a ficar bom.*

**Danúbia:** *Vai Olívia...*

**Vitor:** *Boas lembranças...*

**Andressa:** *Um fala e o outro já...*



*Olívia: Aprendi várias...muitas coisas.*

*Vitor: Aprendizado.*

*Danúbia: Aprendizado... (Oficina 10)*

São destacados acima os trechos que apresentam alguns comentários das pessoas participantes sobre as oficinas, que remetiam a sensações, pensamentos, emoções ou afetos que emergiam durante as atividades. Ruan, por exemplo, diz não gostar de psicólogo por este perguntar demais sobre sua vida, porém, se abre para falar da sua vida numa oficina sobre sexualidade. Nota-se, assim, a abertura de uma pessoa que apresenta dificuldade em atendimentos individuais, falas de aprendizado e boas lembranças, além de um trecho que remete ao modo como uma participante percebe a atenção dedicada pelo facilitador durante as atividades.

Após a atividade de desenvolvimento de cada oficina se davam as avaliações, quando se perguntava aos participantes sobre o que foi mais marcante para eles, durante a oficina. No geral, as avaliações foram positivas e giraram em torno ou de aspectos gerais, o fato de serem boas, ou de aspectos específicos, como, por exemplo, sobre o conteúdo das oficinas (entendimento do preconceito, sexualidade, desejos, fantasia, vontades), as implicações no dia a dia das pessoas participantes (desabafo, companhia, descontração) e do aprendizado gerado. É possível entender este fato por alguns aspectos, como a falta de atividades no serviço, as temáticas pouco trabalhadas pelos profissionais e o caráter dinâmico das atividades. Acredita-se, assim, que todos esses fatores podem contribuir para a avaliação das pessoas participantes. A seguir, alguns exemplos:

*Agenor: Muitas coisas marcantes, marcantes, ficou em cada um de nós. Sabedoria primeiramente...Não sei, eu penso desse jeito, penso isso. (Oficina 4)*

*Selma: (...) E que você enxerga a gente como gente e não como bicho. E que talvez a gente tá quando vem pra cá com a cabeça pensando em outra coisa e chega aqui você consegue levantar o astral de nós. Então parabéns pro senhor. (Oficina 7)*

**Raquel:** *Marcou que cada dia mais nós tá aprendendo mais sobre a sensualidade, sobre nossos desejos, as nossas fantasias, as nossas vontades. (...)(Oficina 5)*

**Cássia:** *Ow, é mór massa isso!*

**Ruan:** *Cadê a Lindalva (pedagoga e artista plástica), vou falar pra ela que dessa vez ela não vai levar uma bronca, porque eu falei que se a palestra fosse chata eu ia danar com ela. (Oficina 9)*

**Olívia:** *É bom porque a gente não fala isso, assim, em casa, ou com irmão ou com a mãe, né... (Oficina 9)*

## 8 Discutindo a Facilitação das Oficinas com a Literatura

Oficinas não são testes, não são receitas prontas que precisam apenas ser aplicadas ou repetidas com grupos diferentes de participantes, de forma fixa, com padrões que não podem ser alterados para que o resultado saia da mesma forma sempre (Yozo, 1995). Procurou-se fugir de oficinas pedagógicas, informativas, pois não era esse o objetivo. As atividades propostas tiveram o intuito de focar as relações dos participantes com eles próprios e com os demais, dentro da temática da sexualidade. Assim, adotou-se uma postura que Yozo (1995, p. 34) chama de “complementar e horizontal”. Portanto, para que seja tomada, é preciso que o facilitador desenvolva habilidades para lidar com situações difíceis ou constrangedoras, ou seja, esteja preparado para lidar com as diversas implicações da oficina.

Implicações essas onde se incluem a não participação das pessoas ali presentes, como o senhor Daniel e suas negativas de participação em algumas atividades. Não participação que pode significar o contrário, quando o fato de se estar presente nas atividades se torna lugar importante para essas pessoas. Destaca-se, então, a necessidade de incentivá-las constantemente, pois entender que os participantes não querem se envolver pode ser um erro grave. Todas as pessoas se envolvem, para todas as pessoas se pergunta e se direciona falas, contudo, nem todos são obrigados a se expressar da forma como a maioria o faz. Cada participante terá seu tempo e, quando lhe interessar, sua participação se realizará de várias formas: falando, desenhando, recortando, colando, sorrindo, rindo, ou num simples balançar de cabeça. Além disso, é importante que cada usuário seja o protagonista dos processos de mudança que ocorrem em cada oficina, que não sejam coisificados e que nos ensinem seus modos de entender o mundo (Kinker & Imbrizi, 2015).

É necessário dar espaço para a expressão das emoções, e uma implicação disso são aquelas pessoas que, por sua vez, o fazem em demasia, ou citando casos pessoais, ou de

terceiros. Inicialmente é preciso checar como as pessoas reagem e se o grupo pode cuidar desta situação para, depois, se necessário, o facilitador intervir, de forma, ainda assim, sutil e não diretiva, assim como foi feito quando Selma, durante a oficina 8, relatou fatos da vida sexual de outro participante.

Como quando, mesmo esclarecendo a importância de não interrupção das oficinas, imprevistos aconteceram. O facilitador precisa agir de forma acolhedora, porém, respeitar as regras estabelecidas no início de cada atividade para não prejudicar seu andamento e sua produção de sentidos. O usuário Vando, por exemplo, infelizmente estudava no período da manhã e pôde participar apenas de uma oficina. Assim que saía da escola, ia até o CAPS para almoçar, via a atividade acontecendo e, naturalmente, ficava curioso em saber e poder participar. Não só poder participar, mas propor atividades, no caso, uma oração. Foi preciso calma e explicação dos motivos para o usuário, com a promessa de realizar o que ele queria num momento posterior, que aconteceu ao término da oficina. Por esta questão, reforçar as regras, não impor, ao início de toda oficina é importante, além de alertar todos os profissionais presentes. Esses desafios e dificuldades, dentre outros em relação à facilitação das oficinas, também são encontradas no trabalho de Nunes, Torres e Zanotti (2015) sobre a atuação dos psicólogos no CAPS. As autoras afirmam que o profissional deve ter criatividade para mediá-los.

Assim como com questões relacionadas com a compreensão das atividades por parte dos participantes, como na atividade da oficina 5, em que foi pedido que fosse imaginada uma cena que envolvesse a temática da sexualidade do serviço. Para cada sinal de problema de entendimento de determinadas atividades, ou havia uma pausa seguida de explicação, ou a explicação era feita apenas para a pessoa que demonstrou dificuldades, para não interromper o processo de participação das demais. Mesmo assim, atividades mais simples poderiam alcançar melhores resultados.

Por exemplo, atividades de recorte e colagem se aproximavam daquilo que já eram acostumados, porém, quando pedido para que montassem histórias ou dessem sentido para sua produção, havia dificuldade, como ocorrido na oficina 9, na atividade em que era necessário pensar em alguma solução para problemas alheios. Para realizar uma atividade assim, é preciso ter uma enorme diversidade de possibilidades para recortes, revistas, fotos, quadrinhos, além de materiais para customizar os cartazes, como cola colorida, canetinhas, tintas e pincéis. Por outro lado, atividades mais dinâmicas e menos manuais geraram melhor resultado, como as atividades de completar quadro das DSTs e as perguntas e respostas sobre sexo seguro, que pareceram gerar mais reflexão entre as pessoas que participaram, mesmo quando combinadas com a confecção de cartazes.

Por fim, é necessário que o facilitador esteja no grupo, focalize sua atenção para o aqui e o agora, converse abertamente com as pessoas participantes e procure, passadas as atividades da oficina, investigar o que foi marcante para cada participante no seu decorrer, como ocorrido ao fim de cada uma delas, exemplificados nos resultados por trechos citados das oficinas 4, 5, 7 e 9. Explorar as questões que cada pessoa trará é fundamental, devolver as perguntas, pedir para que descrevam melhor, explorar conexões entre elas, tudo para fazer com que o facilitador e os outros participantes compreendam especificamente o que elas querem dizer. Fazer perguntas ajuda a obter esses momentos, conectar falas ajuda na reflexão das pessoas e, por fim, encerrar a oficina com uma síntese do que foi percebido ajuda na concretização da produção de sentidos (Rasera & Japur, 2007).

### **8.1 Limites Profissionais e Coordenação do Cuidado em um CAPS**

É importante deixar claro que todo profissional apresenta limites referentes à sua prática e embasamento teórico.

Contudo, o trecho da oficina 10, onde Olívia e Danúbia explicitam a necessidade de outra postura profissional demonstra, além da falta de atividades presentes no serviço, uma falha nas indicações terapêuticas para essas pessoas, ou seja, em seu Projeto Terapêutico Singular (PTS), que é o “conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário” (Brasil, 2007, p. 40). Ao referir-se a tal assunto, Sampaio, Guimarães, Carneiro e Garcia Filho (2011, p. 4692) dizem que:

A atuação da equipe de saúde mental nos serviços substitutivos tem sido marcada por avanços na construção do modelo de atenção psicossocial, porém marcada pela emergência de contradições e ampla problemática intrínseca ao processo de implantação desses equipamentos, com repercussão na configuração dos processos de trabalho, nas relações estabelecidas entre os diferentes atores, na satisfação e na dinâmica prazer/ sofrimento dos trabalhadores.

No serviço, todos os usuários eram instruídos a participar das poucas atividades que havia, independente se com ela haveria ganhos terapêuticos ou não. Essa era, inclusive, condição para que eles recebessem alimentação, também criticada pela má qualidade, como citam Detomini e Bellenzani (2015), em trabalho realizado no serviço em questão. Mello e Furegato (2008) trazem dinâmicas semelhantes em estudo que objetivou conhecer representações de usuários, familiares e profissionais sobre os CAPS. Nos resultados, as autoras descreveram tanto problemas na atenção psicossocial e na estrutura desses serviços, quanto à sobrecarga e pressão que os profissionais sofrem.

Monteiro e Loyola (2009), em trabalho acerca do discurso de pessoas usuárias de serviço de saúde mental sobre a qualidade das oficinas terapêuticas, esclarecem que essas pessoas esperam que as atividades se renovem, não estagnem, para que tenham acesso a novas maneiras de trabalhar, novas oportunidades. Ainda nesta mesma linha de

considerações, avalia-se que não há maneiras de se proporcionar algo objetivamente terapêutico quando a atividade não é especificamente planejada para as pessoas usuárias do serviço. Quando não há objetivo ou diversidades de práticas, as oficinas terapêuticas passam a não ter sentido, se transformando em um simples passatempo ou numa atividade para cumprir exigência de comparecimento.

Isso pôde ser visto durante as oficinas realizadas, quando os participantes apresentaram dificuldades em algumas atividades. Atividades que exigiam maior grau de reflexão das pessoas participantes, como nas atividades onde se discutiram as vantagens e desvantagens de ser homem e mulher (oficina 3), os direitos sexuais e reprodutivos (oficina 6) e as dificuldades dos usuários de saúde mental em vivenciar a sexualidade e suas possíveis soluções (oficina 9), geravam maior número de queixas. Embora as atividades psicomotoras sejam muito importantes no serviço, isto também é fator indicativo da falta de atividades menos mecanicistas, que exijam mais da capacidade de elaborar opiniões sobre um problema ou situação relevante para uma pessoa usuária de um serviço de saúde mental.

Notou-se, portanto, a falta do PTS para atender demandas específicas de cada sujeito ou grupo. Por exemplo, falar sobre a sexualidade pareceu uma necessidade grupal entre os usuários do serviço. Por falta de recursos materiais e/ou técnicos, as atividades presentes, sem planejamento visando às necessidades das pessoas a quem se destinam, estancariam quaisquer objetivos de reabilitação psicossocial.

## **8.2 Avaliação das Oficinas**

Pode-se ver, através da fala dos participantes que, apesar das dificuldades em fazer determinadas atividades, há a necessidade de se problematizar as demandas trazidas por outros usuários, pois assim criou-se apoio e cuidado mútuo. Com isso trabalhou-se diferenças e similaridades entre eles, o que permitiu um melhor aproveitamento das atividades e

implicação nas mesmas, que trouxeram diferentes tipos de avaliações, sendo a maioria positivas. Levanta-se aqui, então, a importância de serem trabalhadas as questões sobre a sexualidade com os usuários, assim como o uso de atividades reflexivas que contribuam para a construção de sentidos entre eles.

Também é possível apresentar outra visão sobre a avaliação das oficinas, além daquela de que se avalia apenas no limiar entre bom e ruim ou em algumas questões trazidas nas falas das pessoas participantes: o que levaram das atividades; e o que sentiram. Uma avaliação alternativa e possível de se fazer refere-se à participação das 43 pessoas ao longo das 10 oficinas realizadas neste CAPS. As pessoas participaram voluntariamente neste processo de produção de sentidos com duração de alguns meses. Contemplar dúvidas, diminuir anseios, promover debates e reflexões, enfatizar autonomias e estabelecer um lugar onde possa se falar abertamente sobre sexualidade num serviço público de saúde mental talvez seja o grande mérito dessa experiência.

*Vitor: E eu gostaria de agradecer demais vocês, por terem participado. Gostei demais dessas oficinas e vou ficar morrendo de saudade de vocês.*

*Virgínia: Obrigada a você, que participou com nós bastante tempo.*

*Olívia: Nós também vamos ficar morrendo de saudade!*

*Vitor: Obrigado! ((risos)) E eu volto! Volto ainda pra pegar uns dados, algumas coisas...*

*Olívia: E tentar voltar pra ficar com a gente, né?*

*Vitor: Ê::, meu sonho, viu!? (Oficina 10)*



## **9 Considerações Finais**

Não é tarefa fácil finalizar o processo que resultou essa dissertação, muito pelo contrário, é bastante trabalhoso. As principais questões já foram introduzidas, problematizadas e discutidas. Entretanto, é importante rever apontamentos e traçar encaminhamentos importantes nesse desenvolvimento, pois diferentes sentidos e uma pluralidade de problemáticas surgiram ao longo das oficinas, e a construção do saber nunca se esgota.

O que os sentidos pesquisados permitem afirmar? Que a sexualidade das pessoas participantes é bastante atravessada por sua vivência como usuários de um CAPS, porém, ao contrário do que aponta a literatura, isto não advém do transtorno que lhes são atribuídos pelo aparato médico psiquiátrico, mas sim do estigma e preconceito social de discursos dos gestores, profissionais e o restante da sociedade.

### **9.1 Afinal, é Preciso Pensar Especificidades para as Vivências da Sexualidade dos Usuários de Saúde Mental?**

Poderia tratar das contribuições de cada encontro, mas entende-se que os resultados foram compilados na melhor forma de fazê-lo. Dez oficinas e muitos sentidos produzidos depois, os dados produzidos se tornam prósperos por se tratarem de um tema pouco explorado na área em que se concentra e, mais raro ainda, pelo lado da história contado, o dos usuários do CAPS. Assim, ressaltam-se aqui as formas que esses sentidos e experiências produzidos podem se estender por campos acadêmicos e práticos.

As oficinas formaram, apesar de ter distintos atores em cada uma delas, um lugar legítimo e de dinâmica própria para discutir a sexualidade e suas interfaces. As demandas apresentadas foram muito além dos diagnósticos e rótulos que carregam consigo. Não só isso,

mas criou-se um ambiente de apoio e cuidado entre as pessoas participantes. Faltavam vozes sobre experiências e sentidos de experiências a partir do ponto de vista das pessoas. E nem tudo é da ordem do transtorno, da anormalidade.

Para que isso fosse alcançado, sua base dialógica e reflexiva abriu espaço para que as pessoas se expressassem, discutissem, trocassem informações para, talvez, do encontro, fosse construído algo novo. Essa forma de atividade pode servir como instrumento de trabalho com grupos não só na área de saúde mental, como quaisquer outras que busquem a interação. Não só o método de trabalho, como também as próprias oficinas utilizadas e disponibilizadas. Aos profissionais se chama a atenção para propiciarem um ambiente de mais escuta, mais acolhimento e mais reflexões.

Muitas questões levantadas caminharam para a necessidade de o usuário ser participante ativo das intervenções que visem seu cuidado, tanto ao diagnóstico, quanto às questões relacionadas com sua sexualidade e saúde sexual, principalmente no que tange a prevenção das DSTs e HIV/AIDS e ao tratamento medicamentoso. Não é exagero reafirmar a necessidade de não enxergar sua sexualidade como sintoma, mas sim como construção social, fruto das relações que essas pessoas estabelecem ao longo de suas vidas. Portanto, é importante refletir sobre os impactos cotidianos produzidos pelo discurso biomédico, do patriarcado e o religioso na vivência e no cuidado das questões de gênero e da sexualidade dos usuários do CAPS.

Será que a sexualidade dessas pessoas é diferente? A desinformação sobre os direitos sexuais é genérica e não dessas pessoas. O estigma pode fazer toda a diferença no modo com que essas questões são tratadas, não em relação à patologia. Claro que é importante pensar as especificidades das pessoas, por isso se enfatiza aqui a necessidade de uma terapêutica concisa individual ou grupal. Contudo, para pensar essas singularidades não é necessário ter um viés puramente patológico.

## **9.2 Com as Palavras, o Facilitador-pesquisador**

Esta pesquisa é um termo de despedida de muitas coisas que vão ficando para trás, mas que contribuíram imensamente para a formação do pesquisador. Realizar o presente estudo no CAPS aqui explorado significou ao mesmo tempo estar numa zona de conforto e enfrentar desafios já conhecidos e novos. Os conhecidos se referem às formas de atenção do serviço bastante tratadas ao longo da dissertação. Os novos dizem respeito à condição de pesquisador e estudante de mestrado diante da facilitação de dez oficinas que tinham um número mínimo de participantes, pois a experiência até ali era no manejo de um grupo, escutas individuais, acolhimento, participação em reuniões e assembleias. Além disso, a sexualidade como tema, fora vista apenas superficialmente durante a graduação, em disciplina optativa ou em questões envolvendo o desenvolvimento humano.

A experiência anterior no serviço sem dúvida contribuiu bastante para que o novo trabalho desse certo. Contudo, a facilitação das oficinas exigiu maior refinamento no olhar para os participantes. Havia o constante receio da não adesão das pessoas e receio da incapacidade de facilitar as oficinas com a estrutura apresentada. É aí que entra o lugar dos participantes da pesquisa. A maioria já era conhecida, outros passaram a ser e ali se estabeleceu o cuidado mútuo. Os participantes muitas vezes deram conta deles mesmos e o facilitador se transformava em expectador, mas sempre como parte integrante da interação grupal que ocorria naquele lugar.

Quando se está num grupo, numa acolhida ou numa escuta individual, a atenção se volta para os gestos e as palavras das pessoas e o desafio é promover o cuidado possível para aquela pessoa que está em cuidado. Nas oficinas, além de todas essas características, o encontro e a troca com os participantes se dão também pelo olhar e a compreensão de suas produções, seja na leitura e interpretação de uma frase, seja numa palavra inserida numa árvore que representa prazeres ou riscos, seja na tentativa de viabilizar uma solução para os

problemas alheios, numa figura colada em um cartaz, numa bandeirinha levantada ou abaixada ou, por fim, por entrar em contato com questões nunca antes faladas ou discutidas.

Como facilitador-pesquisador, muitas vezes, ao término das oficinas e durante as transcrições, o sentimento era de frustração, por falas que passavam despercebidas, por colocações não feitas em determinados momentos, por excessos de falas e, às vezes, por não prestar atenção nos momentos de pausa, de silêncio de cada um. Foi um constante aprendizado, até porque embora as atividades fossem as mesmas para todas as pessoas, era necessário viabilizar as diversas maneiras que cada um, inclusive o pesquisador, lidou com elas, dentro de suas possibilidades, sem buscar padrões. No fim, todo o processo foi extremamente valioso pela produção de discursos e diferentes visões de mundo, e os erros eram sempre menores que o todo.

Outro novo desafio foi tratar da temática da sexualidade, uma vez que nunca havia sido cogitada pelo pesquisador como principal foco. Porém, era tema recorrente no grupo antes conduzido por ele no serviço e, além disso, à medida que foi entrando em contato com as referências obtidas e que se fez o uso do construcionismo social para reflexões, houve maior interesse e esclarecimento de qual direção tomar na argumentação dos resultados da pesquisa, para uma visão contextualizada social e historicamente e não essencialista da sexualidade. Aqui, o vínculo com alguns participantes facilitou bastante, por já haver abertura para tratar de diversos temas, inclusive a sexualidade. Com isso, os novos participantes eram acolhidos e, a partir daí, tornar os momentos de realização das oficinas como específicos e ideais para se falar sobre a temática no serviço foi natural. Vale chamar atenção para o contrato estabelecido no início de cada encontro, ressaltando a importância do sigilo do espaço e o respeito entre todos que estavam ali.

A busca pela compreensão dos sentidos foi alcançada, e as oficinas favoreceram tal objetivo. Temas específicos foram construídos durante as dez oficinas e assim contribuíram

para que os participantes dialogassem acerca de questões sobre sexualidade, sexo, violência sexual, DSTs, gênero, homossexualidade, machismo, entre outros. Tudo isso foi possível pelo desafiador desenvolvimento das atividades realizadas e descritas anteriormente.

Porém, é necessário fazer algumas ressalvas ao fim deste processo. Algumas questões que foram deixadas de lado, outras tratadas superficialmente. Afinal, há os limites do trabalho e do pesquisador. O principal deles é a não realização da análise dos processos de negociação dos sentidos pelos participantes das oficinas. Realizar, ao mesmo tempo, análise de conteúdo e processo, exigiria uma elaboração teórico-metodológica ainda não alcançada pelo pesquisador, embora o material coletado tenha sido suficiente para isso. Nesse mesmo sentido, não se explorou as contribuições teórico-metodológicas do construcionismo social para a realização da análise, restringindo seu uso para a reflexão sobre a visão de sexualidade adotada nesse estudo. O campo da sexualidade já se apresentava como uma novidade para o pesquisador, portanto, pesquisá-lo foi foco de maior investimento. Entende-se a importância de apontar essas características e também se abre a possibilidade de que elas são passíveis de encaminhamento num momento posterior.

Por fim, espera-se que esta pesquisa alcance usuários dos serviços, estudantes, profissionais e simpatizantes das áreas com as quais conversa: psicologia; saúde; saúde mental; sexualidade. Além disso, que lhes seja tão proveitosa e rica como foi para quem a fez.

### **9.3 Caminhos Abertos**

Enumeradas as contribuições desta pesquisa, é importante enxergar toda sua interface e pensar caminhos importantes a serem tomados dentro da temática. Esses caminhos a serem apontados surgiram de necessidades tanto anteriores quanto no decorrer da realização do estudo.

Foi sentida a falta, por exemplo, de um estudo etnográfico realizado dentro do serviço, com observações participantes de todos os caminhos percorridos pelo usuário desde sua chegada até sua participação nas atividades. A existência de uma pesquisa com essa interface poderia produzir dados interessantes sobre o cotidiano do CAPS, de seus usuários e profissionais, dando consistência e contextualizando melhor os resultados aqui produzidos.

Uma vez que aqui mostramos os sentidos coordenados pelos usuários e estes mostraram algumas questões referentes ao modo de atenção dentro do serviço, outra pesquisa necessária consistiria na realização de entrevistas com todos os trabalhadores do serviço, investigando os sentidos construídos coletivamente por eles em relação à sexualidade dos usuários e as intervenções sobre as demandas apresentadas nesse âmbito. Assim como há a necessidade de, fechando a tríade, realizar pesquisas com ênfase no que os familiares trazem concernentes a essa questão, enfatizando a riqueza dos diversos pontos de vista envolvidos.

As oficinas trazidas nesta pesquisa não têm caráter específico para serviços de saúde mental. Como já afirmado, podem ser utilizadas em diversos contextos cujo objetivo seja problematizar o tema da sexualidade. Algumas atividades tiveram bastante êxito, outras nem tanto. Com isso, surge a necessidade de pesquisas trazendo análises dos diferentes tipos de oficinas como método de intervenção em saúde mental: expressivas; geradoras de renda; e de alfabetização. Diferentes atividades para diferentes públicos e demandas são primordiais para refinar e caracterizar formas melhor contextualizadas de intervir nesta área.

Uma última, e não menos urgente necessidade, é aumentar a amplitude do foco de pesquisa, analisando o CAPS como instituição. Realizar uma análise institucional no serviço, através de uma pesquisa intervenção, poderia trazer importantíssimos resultados para a compreensão das relações de trabalho e terapêuticas dentro do serviço, além de sua estrutura e funcionamento em nível macro.

## 10 Referências

- Abib, L. T., Fraga, A. B., Wachs, F. & Alves, C. T. P. (2010). Práticas corporais em cena na saúde mental: potencialidades de uma oficina de futebol em um Centro de Atenção Psicossocial de Porto Alegre. *Pensar a Prática*, Goiânia, 13(2), 1-15.
- Alves, C., Coutinho, I., Maia, S., Reis, T. & Mello, R. (2010). O enfermeiro frente à sexualidade do paciente psicótico institucionalizado. *Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental* (online), 2(suppl.), 145-148.
- Amarante, P. (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 125 p.
- Andrade, A. P. M. (2014). (Entre)laçamentos possíveis entre gênero e saúde mental. In: Zanello, V. & Andrade, A. P. M. (orgs.). *Saúde mental e gênero* (pp. 59-77). Curitiba: Appris.
- Ávila, M. B. (2003). Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), S465-S469.
- Barbosa, L. B., Dimenstein, M. & Leite, J. F. (2014). Mulheres em situação de violência e seus itinerários em busca de ajuda: Um estudo no município de Natal/RN. In: Zanello, V. & Andrade, A. P. M. (orgs.). *Saúde mental e gênero* (pp. 195-212). Curitiba: Appris.
- Barbosa, J. A. G. & Freitas, M. I. F. (2014). Percepções de homens com transtornos mentais sobre risco e autocuidado face às infecções sexualmente transmissíveis. *Saúde & Sociedade*, 23(2), 523-535.
- Barbosa, J. A. G., Giami, A. & Freitas, M. I. F. (2015). Gender and sexuality of people with mental disorders in Brazil. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 19, 67-83.

- Barbosa, J. A. G., Guimarães, M. D. C. & Freitas, M. I. F. (2013). Sexualidade e vulnerabilidade social em face das infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com transtornos mentais. *Rev. Med. Minas Gérias*, 23(4), 455-461.
- Barbosa, J. A. G., Souza, M. C. M. R. & Freitas, M. I. F. (2015). A abordagem da sexualidade como aspecto essencial da atenção integral de pessoas com transtornos mentais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(7), 2165-2172.
- Barros, J. A. C. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico. *Saúde e Sociedade*, 11(1), 67-84.
- Basaglia, F. (1968/2001). *A instituição negada*. Tradução de Heloísa Jahn. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 326 p.
- Borba, L. O., Guimarães, A. N., Mazza, V. A. & Maftum, M. A. (2012). Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(6), 1406-1414.
- Borges, L. S., Canuto, A, A, A., Oliveira, D. P., & Vaz, R. P. (2013). Abordagens de gênero e sexualidade na Psicologia: revendo conceitos, repensando práticas. *Psicologia: Ciência & Profissão*, 33(3), 730-745.
- Brasil. Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. Ministério da Saúde (2006). Organização Pan-Americana de Saúde; Universidade Estadual de Campinas. *Prevenção de suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Campinas: Ministério da Saúde. Recuperado em 29 de julho de 2015, de: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_prevencao\\_suicidio\\_saude\\_mental.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_prevencao_suicidio_saude_mental.pdf)
- Brasil. Lei nº 10.216. (2001, 6 de abril). *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde*



*mental*. Recuperado em 29 de julho de 2015, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. (2003). *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde (2007). *Saúde mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 29 de julho de 2015, de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_gestao\\_saude\\_mental\\_2003-2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher (2005). *Direitos sexuais e reprodutivos: uma prioridade do governo*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 30 de agosto de 2015, de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_direitos\\_sexuais\\_reprodutivos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* (2007). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde. 60 p. Recuperado em 20 de janeiro de 2016, de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. (2008). *Prevenção e atenção às IST/AIDS na saúde mental no Brasil: análises, desafios e perspectivas*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde - Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 236 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Recuperado em 24 de janeiro de 2016, de:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_conhecimentos\\_atitudes\\_praticas\\_populacao\\_brasileira.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_conhecimentos_atitudes_praticas_populacao_brasileira.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. (2012). *Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. (2015). *Histórias de luta conta a AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 1 de setembro de 2015, de: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57652/fasciculo\\_01\\_pdf\\_28749.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57652/fasciculo_01_pdf_28749.pdf).

Brasil. Portaria nº 130 (2012, 26 de janeiro). *Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros*. Recuperado em 30 de agosto de 2015, de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html).

- Brito, P. F., & Oliveira, C. C. (2009). A sexualidade negada do doente mental: percepções da sexualidade do portador de doença mental por profissionais de saúde. *Ciências & Cognição, 14*(1), 246-254.
- Cedraz, A. & Dimenstein, M. (2005). Oficinas terapêuticas no cenário da reforma psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? *Revista Mal-estar e Subjetividade, 5*(2), 300-327.
- Cohen, S. et al. (2007). Sexual impairment in psychiatric inpatients: Focus on depression. *Pharmacopsychiatry, 40*(2), 58-63.
- Collins, P. Y. (2001). Dual taboos: Sexuality and women with severe mental illness in south africa. perceptions of mental health care providers. *AIDS and Behavior, 5*(2), 151-161.
- Collins, P. Y. (2006). Challenges to HIV prevention in psychiatric settings: Perceptions of south african mental health providers. *Social Science & Medicine, 63*(4), 979-990.
- Collins, P. Y., Mestry, K., Wainberg, M. L., Nzama, T. & Lindegger, G. (2006). Training south african mental health care providers to talk about sex in the era of AIDS. *Psychiatric Services, 57*(11), 1644-1647.
- Cook, J. A. (2000). Sexuality and people with psychiatric disabilities. *Sexuality and Disability, 3*(18), 195-206.
- Cornwall, A., & Jolly, S. (2008). *Questões de sexualidade: ensaios transculturais* (J. de Freitas, trad.). Rio de Janeiro, RJ: ABIA.
- Cunha, M. K. M., Spyrides, M. H. C. & Sousa, M. B. C. (2011). Os significados de saúde na relação sexual para mulheres assistidas pelo SUS na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, 27*(6), 1099-1110.
- Dallon, C. & Abraham, C. (2009). Psychose et sexualité. *Revue Médicale Suisse, 5*, 635-637.
- Davison, J. & Huntington, A. (2010). "Out of sight": Sexuality and women with enduring mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing, 19*(14), 240-249.

- Detomini, V. C. & Bellenzani, R. (2015). Construindo a participação social junto à usuários de um grupo de apoio: desafios para a qualificação da atenção em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Cadernos de Terapia Ocupacional*, 23(3), 661-672.
- Dimen, M. (2001). Perversion is us? Eight notes. *Psychoanalytic Dialogues*, 11(6), 825-860.
- Drake, C. R. & Pathé, M. (2004). Understanding sexual offending in schizophrenia. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 14(2), 108-120.
- Emerich, B. F., Campos, O. R. & Passos, E. (2014). Direitos na loucura: O que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface*, 18(51), 685-696.
- Foucault, M. (1988/1999). *História da sexualidade I: vontade de saber*. Rio de Janeiro, RJ: Edições Graal.
- Gagnon, J. H., & Simon, W. (1973/2009). *Sexual conduct: the social sources of human sexuality*. 2nd Ed. Chicago: Aldine Transaction.
- Galletti, M. C. (2004). *Oficina em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?* Goiânia: Ed. Da UCG, 146 p.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 176 p.
- Giugliano, J. (2004). A sociohistorical perspective of sexual health: The clinician's role. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 11(1-2), 43-55.
- Guerra, A. M. C. (2008). Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: Costa, C. M. & Figueiredo, A. C. *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania* (pp. 23-58). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Guimarães, M. D. C., McKinnon, K., Campos, L. N., Melo, A. P. S. & Wainberg, M. (2010). HIV risk behavior of psychiatric patients with mental illness: a sample of Brazilian patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(4), 351-360.

- Haefliger, T. & Bonsack, C. (2006). Antipsychotiques atypiques et dysfonction sexuelle: à propos de cinq cas associés à la rispéridone. *L'Encéphale*, 32(1), 97-105.
- Heilborn, M. (1999). O império dos sentidos: sensibilidade e sexualidade na cultura ocidental moderna. In: Heilborn, M. (org), *Sexualidade: o olhar das ciências sociais* (pp.40-58). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Editora.
- Hernandes, K. M., Bruniera, M. S., & Luzio, C. A. (2011). Oficinas na atenção psicossocial: experimentações com a palavra. *Revista de Psicologia da UNESP*, 10(1), 89-99.
- Higgins, A., Barker, P. & Begley, C. M. (2006). Sexual health education for people with mental health problems: what can we learn from the literature? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(6), 687-697.
- Higgins, A., Barker, P. & Begley, C. M. (2008). 'Veiling sexualities': a grounded theory of mental health nurses responses to issues of sexuality. *Journal of Advanced Nursing*, 62(3), 307-317.
- Higgins, A., Nash, M., & Lunch, A. M. (2010). Antidepressant-associated sexual dysfunction: Impact, effects, and treatment. *Drug, Health Care and Patient Safety*, 2, 141-150.
- Kinker, F. S. & Imbrizi, J. M. (2015). O mito das oficinas terapêuticas. *Rev. Polis e Psique*, 5(3), 61-79.
- Kantorski, L. P., Quevedo, A. L. A., Guedes, A. C., Bielemann, V. L. M., Heck, R. M. & Borges, L. R. (2009). Oficinas de reciclagem no CAPS Nossa Casa: a visão dos familiares. *Reme – Revista Mineira de Enfermagem*, 13(1), 43-48.
- Lauretis, T. (1984). A tecnologia do gênero. In: Hollanda, H. B. *Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura* (pp. 206-242). Rio de Janeiro: Rocco.
- Lemos, A. (2014). Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. *Saúde Debate*, 38(101), 244-253.

- Lennox, R. & Davidson, G. (2013). Sexuality and dementia: Law, policy and practice. *Social Work in Action*, 25(1), 21-39.
- Luzio, C. A., & L'abbate, S. (2009). A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 105-116.
- Lyon, D. & Parker, B. (2003). Gender-related concerns of rural women with severe and persistent mental illnesses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(1), 27-32.
- Maraschin, C., Francisco, D. J. & Diehl, R. (2011). Saúde mental e tecnologias: lugar de acolhimento orientado pela ética do fazer. In: Maraschin, C., Francisco, D. J. & Diehl, R. *Oficinando em rede: oficinas, tecnologias e saúde mental*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 232 p.
- Marsiglia, R. M. G. (2006). Orientações básicas para a pesquisa. In: Mota, A. E. et al. (2006). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Editora Cortez, p. 383-398.
- Mann, C. G., Oliveira, S. B., & Oliveira, C. S. S. (2002). *Guia para profissionais de saúde mental/sexualidade e DST/AIDS: discutindo o subjetivo de forma objetiva*. Rio de Janeiro/RJ: Instituto Franco Basaglia, 2002.
- McCann, E. (2006). Sexuality issues and people who experience psychosis. *Rivista Sperimentale di Freniatria: La Rivista della Salute Mentale*, 17(4), 295-303.
- McCann, E. & DipThorn, R.M.N. (2000). The expression of sexuality in people with psychosis: breaking the taboos. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 132-138.
- McClure, L. (2012). Where is the sex in mental health practice? A discussion of sexuality care needs of mental health clients. *Journal of Ethics in Mental Health*, 7, 1-6.

- Mello, R. & Furegato, A. R. F. (2008). Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um Centro de Atenção Psicossocial. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(3), 457-464.
- Melo, A. P. S., Acurcio, F. A., Cherchiglia, M. L., Veloso, C. C. G., & Guimarães, M. D. C. (2008). Projeto PESSOAS – avaliação de serviços de saúde mental na assistência e prevenção às infecções sexualmente transmissíveis. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS, *Prevenção e atenção às IST/AIDS na saúde mental no Brasil: análises, desafios e perspectivas* (pp. 71-83). Brasília: Ministério da Saúde.
- Miranda, F. A. N. & Furegato, A. R. F. (2002). Percepções da sexualidade do doente mental pelo enfermeiro. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10(2), 207-213.
- Miranda, F. A. N., Furegato, A. R. F. & Azevedo, D. M. (2008). Práticas discursivas e o licenciamento do doente mental: sexualidade negada? *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(1), 136-142.
- Moehlecke, V. & Fonseca, T. M. G. (2011). Oficinas de dança contemporânea: um convite à reinvenção das práticas. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 11(4), 1547-1574.
- Moncrieff, J., Cohen, D. & Porter, S. (2013). The psychoactive effects of psychiatric medication: The elephant in the room. *Journal of Psychoactive Drugs*, 45(5), 409-415.
- Monteiro, R. L. & Loyola, C. M. D. (2009). Qualidade de oficinas terapêuticas segundo pacientes. *Texto & Contexto Enfermagem*, 18(3), 436-42.
- Moraes, S. C. C. & Meneguel, S. N. (2009). Oficina de contos e narrativas: produções discursivas de cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 9(4), 1303-1322.
- Moraes, S. P. & Vitalle, M. S. S. (2015). Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência: interações ONU-Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(8), 2523-2531.

- Moreno, J. L. (1975). *Psicodrama*. São Paulo: Cultrix. 492 p.
- Nogueira, C. (2001). Contribuições do construcionismo social a uma nova psicologia do gênero. *Cadernos de Pesquisa*, 112, 137-153.
- Nebhinani, N. & Matoo, S. K. (2013). Psychotic disorders with HIV infection: A review. *The German Journal of Psychiatry*, 16(1), 43-48.
- Nunes, V. S.; Torres, M. A. & Zanotti, S. V. (2015). O psicólogo no CAPS: um estudo sobre oficinas terapêuticas. *ECOS – Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 5(2), 135-146.
- Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial de Saúde/ONU. (2001). Saúde Mental, Nova Conceção, Nova Esperança. *Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo - 2001*. Genebra: OMS. Recuperado em 15 de julho de 2015, de <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/smental.pdf>
- Östman, M. (2008). Severe Depression and relationships: The Effect of Mental Illness on Sexuality. *Sexual and Relationship Therapy*, 23(4), 355-363.
- Owen, S. & Khalil, E. (2007). Addressing diversity in mental health care: A review of guidance documents. *International Journal of Nursing Studies*, 44(3), 467-478.
- Paiva, V. (1992). *Em tempos de AIDS*. São Paulo: Summus.
- Paiva, V. (2000). *Fazendo arte com camisinha: sexualidades jovens em tempos de AIDS*. São Paulo, SP: Summus.
- Paiva, V. (2006). Analisando cenas e sexualidades: a promoção de saúde na perspectiva dos direitos humanos. In: Cáceres, C. F., Petcheny, M., Frasca, T., & Careaga, G. (orgs.), *Sexualidad, estigma y derechos humanos: desafíos para el acceso a la salud en América Latina* (pp. 23-52). Lima: FASPA/UPCH.
- Paiva, V. (2008). A psicologia redescobrirá a sexualidade? *Psicologia em Estudo*, 31(14), 641-651.



- Paiva, V., Aranha, F. & Bastos, F. I. (2008). Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil, 2005. *Revista de Saúde Pública*, 42(supl. 1), 54-64.
- Parker, R., & Aggleton, P. (1999/2007). *Sexuality, culture and health*. 2nd Ed, London: Routledge.
- Pinto, D. S., Mann, C. G., Wainberg, M., Mattos, P. & Oliveira, S. B. (2007). Sexuality, vulnerability to HIV, and mental health: an ethnographic study of psychiatric institutions. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9), 2224-2233.
- Possas, C. A., Simão, M. B. G., Delgado, P. G., Galbinski, K., & Sá, M. (2008). Políticas públicas de prevenção e atenção às IST/HIV/AIDS nos serviços de saúde mental no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS, *Prevenção e atenção às IST/AIDS na saúde mental no Brasil: análises, desafios e perspectivas* (pp. 13-17). Brasília: Ministério da Saúde.
- Quinn, C., Heppell, B. & Browne, G. (2011). Talking or avoiding? Mental health nurses' views about discussing sexual health with consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(1), 21-28.
- Rasera, E. F., & Japur, M. (2003). Grupo de de apoio aberto para pessoas portadoras de HIV: a construção da homogeneidade. *Estudos em Psicologia*, 8(1), 55-62.
- Rasera, E. F., & Japur, M. (2007). *Grupo como construção social: aproximações entre construcionismo social e terapia de grupo*. São Paulo: Vetor. 247 p.
- Rele, K. & Wylie, K. (2007). Management of psychosexual and relationship problems in general mental health services by psychiatry trainees. *International Journal Of Clinical Practice*, 61(10), 1701-1704.

- Ribeiro, L. A., Sala, A. L. B. & Oliveira, A. G. B. (2008). As oficinas terapêuticas nos centros de atenção psicossocial. *Reme – Revista Mineira de Enfermagem*, 12(4), 516-522.
- Rodrigues, A. J (2006). *Metodologia científica*. São Paulo: Avercamp, 222 p.
- Roeder, M. A. (2014). Sexualidade da mulher nos serviços residenciais terapêuticos em saúde mental – um ensaio etnográfico sobre “fragmentos de uma sexualidade contida”. In: Zanello, V. & Andrade, A. P. M. (orgs.). *Saúde mental e gênero* (pp. 147-172). Curitiba: Appris.
- Sampaio, J. J. C., Guimarães, J. M. X., Carneiro, C. & Garcia Filho, C. (2011). O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4685-4694.
- Santos, A. N. C. C. (2009). Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4), 1177-1182.
- Schmidt, H. M., Hagen, M., Kriston, L., Soares-Weiser, K., Maayan, N. & Berner, M. M. (2012). Management of sexual dysfunction due to antipsychotic drug therapy (review). *The Cochrane Library*, 11, 1-50.
- Silva, C. R., Freitas, H. I., & Lopes, R. E. (2005). Adolescentes, vulnerabilidade, sexualidade e saúde mental. *Anais do I Simpósio do Adolescente*. São Paulo/SP. Recuperado em 15 de julho de 2015, de [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000082005000200077&script=sci\\_arttext](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000082005000200077&script=sci_arttext)
- Silva, M. A. & Capitão, C. G. (2011). Oficina de sexualidade, uma abordagem ampliada para se trabalhar com alcoolistas: relato de experiência. *Rev. SBPH* (online), 14(1), 112-124.

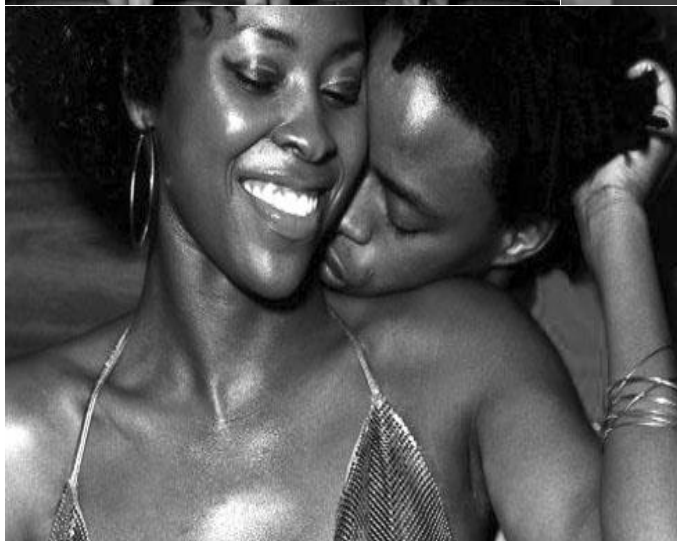
- Silva, F. R., & Nardi, H. C. (2011). A construção social e política pela não-discriminação por orientação sexual. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(1), 251-265.
- Soares, A. N., Silveira, B. V., & Reinaldo, A. M. S. (2010). Oficinas de sexualidade em saúde mental: relato de experiência. *Cogitare Enfermagem*, 15(2), 345-348.
- Spink, M. J. (2010). Ser fumando em um mundo anti tabaco: reflexões sobre riscos e exclusão social. *Saúde e Sociedade*, 19(3), 481-496.
- Thom, R. G. M. (2003). HIV/AIDS and mental illness: ethical and medico-legal issues for psychiatric services. *South Africa Psychiatry Review*, 6(3), 18-21.
- Toneli, M. J. F. (2004). Direitos sexuais e reprodutivos: algumas considerações para auxiliar a pensar o lugar da Psicologia e sua produção teórica sobre a adolescência. *Psicologia & Sociedade*, 6(1), 151-160.
- Villela, W. V. & Arilha, M. (2003). Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: Berquó, E. (org.), *Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil* (pp. 95-150). Campinas, SP: Editora da Unicamp.
- Voermans, J. M., Van, H. L., Peen, J. & Hengeveld, M. W. (2012). Het bespreken van seksuele problemen door psychiaters en aiossen. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 54(1), 9-16.
- Volman, L. & Landeen, J. (2007). Uncovering the sexual self in people with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 411-417.
- Wainberg, M. L., McKinnon, K., Elkington, K. S., Mattos, P. E., Mann, C. G., Pinto, D. S., ... Investigators of PRISSMA. (2008). HIV risk behaviors among outpatients with severe mental illness in Rio de Janeiro, Brazil. *World Psychiatry*, 7, 166-172.
- Yozo, R. Y. K. (1995). *100 jogos para grupos: uma abordagem psicodramática para empresas, escolas e clínicas*. São Paulo: Ágora. 192 p.

- Zanello, V. (2014). A saúde mental sob o viés do gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In: Zanello, V. & Andrade, A. P. M. (orgs.). *Saúde mental e gênero* (pp. 41-58). Curitiba: Appris.
- Zanotti, S. V., Oliveira, A. A. S., Bastos, J. A. & Silva, W. V. N. (2010). Jornal do CAPS: construção de histórias em oficinas terapêuticas. *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, 41(2), 278-284.
- Zechner, M. & Kirchner, M. P. (2013). Balanced life: A pilot wellness program for older adults in psychiatric hospitals. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(1), 42-44.
- Ziliotto, G. C. & Marcolan, J. F. (2013). Percepção de trabalhadores de enfermagem sobre sexualidade de portadores de transtornos mentais. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(1), 86-92.
- Ziliotto, G. C. & Marcolan, J. F. (2014). Representações sociais da enfermagem: a sexualidade de portadores de transtornos mentais. *Reme – Revista Mineira de Enfermagem*, 18(4), 966-972.

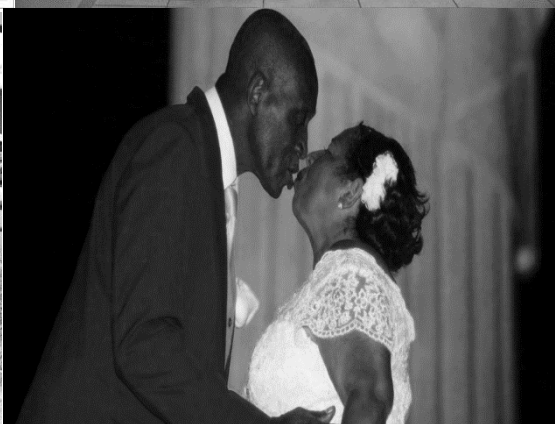
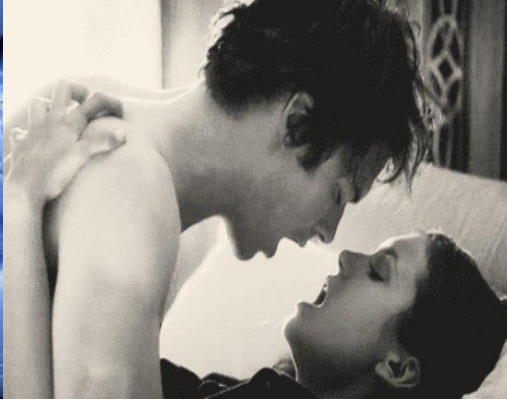
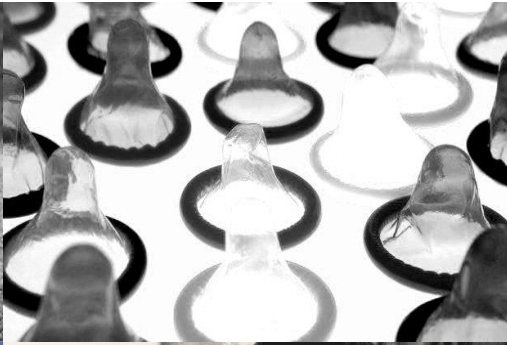
## **APÊNDICE ÚNICO - Roteiro das oficinas**

### ***Primeira oficina***

- 1) Materiais: pequena bola de plástico colorida; e folhas A4 para impressão das imagens em preto-e-branco.
- 2) Objetivos: Legitimar o espaço das oficinas para se tratar de sexualidade no CAPS; levantar dos usuários sobre a sexualidade.
- 3) Tema: Sexualidade.
- 4) Aquecimento inespecífico: após as apresentações e assinatura dos TCLE (que acontecerá em todo encontro com os novos participantes), o facilitador irá propor uma dinâmica de apresentação. Na dinâmica, uma cadeira será colocada no centro do grupo e cada participante deverá se apresentar na terceira pessoa, como se ele estivesse sentado na cadeira. O facilitador se apresentará como exemplo, dizendo o nome, idade e as expectativas com a oficina. Em seguida, passará a bola colorida para um participante que se apresentará da mesma forma.
- 5) Aquecimento específico (Tempestade de ideias): o facilitador pedirá que os participantes fechem os olhos se possível, e apresentará a palavra “sexualidade” aos participantes. Em seguida solicitará a cada um deles que expressem as palavras e/ou sensações que lhe vieram primeiro. A atividade servirá para que o grupo e o facilitador tenham uma ideia dos sentidos que cada participante traz sobre o termo.
- 6) Desenvolvimento (Debate – Jogo de foto-linguagem): as seguintes figuras serão dispostas numa mesa do CAPS I. O facilitador pedirá que os usuários se dividam em grupos de duas ou três pessoas, e que observem atentamente cada figura, pensando no que trouxeram na atividade anterior.







Fonte das imagens: Google Imagens

Primeiramente, o facilitador pedirá que os grupos agrupem as figuras da forma que quiserem, baseadas na conversa anterior. Em seguida, pedirá que cada grupo eleja um representante para explicar o(s) conjunto(s) formado(s). Assim, depois de cada explicação, comentários serão feitos.

7) Comentários.

**Segunda oficina** (Adaptada de Brasil, 2006).

Brasil. Ministério da Saúde (2006). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde e prevenção nas escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília, 160p.

- 1) Materiais: lista de afirmações e folha de recursos para o facilitador; fita adesiva; e três cartazes com as palavras “Concordo”; “Discordo”; “Tenho dúvidas”.
- 2) Objetivos: Compreender como são os sentidos das pessoas usuários do CAPS sobre os mitos e realidades acerca da sexualidade construídos pela sociedade.
- 3) Tema: Mitos, crendices e tabus sexuais.
- 4) Aquecimento inespecífico: o facilitador explicará os objetivos da oficina e o significado da palavra mito. Definirá mito como “Algo que parece que existe, mas não existe.”; “Parece verdade, mas não é”. Como exemplo. Será mostrada a figura de um unicórnio. Em seguida, o facilitador pedirá que os participantes digam palavras relacionadas com o conteúdo explicado. “O que entendem por mito?”; “O que pode ser um mito para vocês?”



Fonte da imagem: Google Imagens



5) Aquecimento específico: o facilitador dirá aos participantes que observem os cartazes colados na parede e pensem sobre as frases. Os participantes serão instruídos a ajudarem aqueles que apresentarão dificuldades para fazer a leitura.

O facilitador explicará os objetivos da atividade e informará que fará a leitura de um conjunto de afirmações e que, após ler duas vezes cada uma delas, os participantes deverão dirigir-se ao cartaz que expressa sua posição em relação à afirmação apresentada. O grupo deve escutar com atenção cada frase, que será lida duas vezes, para, só então, se movimentar (caso haja dúvida, o facilitador, se possível, explicará com ajuda dos participantes).

Ao término desta etapa, o facilitador abrirá um debate.

Afirmações a serem utilizadas:

- O homem costuma ter várias parceiras porque sente mais desejo sexual do que a mulher.
- Paciente deprimido nunca quer fazer sexo;
- Pessoas que frequentam o CAPS não podem exercer a sexualidade como as outras.
- Um homem com o pênis grande é sexualmente mais potente do que um homem com o pênis menor (Tamanho é documento!).
- A masturbação pode causar doenças mentais;
- Beber é ótimo para transar;
- Sexo é mais importante para o homem do que para a mulher;
- O uso da camisinha é importante só no início de um relacionamento, quando os parceiros estão se conhecendo.
- Uma mulher pode engravidar mesmo que o homem ejacule fora dela;
- Mulher certa não fala de sexo;
- Os grupos de risco para AIDS são os homossexuais, as pessoas que fazem uso abusivo de álcool e/ou outras drogas e as pessoas que têm diversos parceiros ou parceiras sexuais.
- Quando alguém contrai o vírus da AIDS - o HIV - começa a emagrecer e perder cabelo.

6) Desenvolvimento: em seguida, o facilitador distribuirá papel e lápis para os participantes e pedirá que eles escrevam algo relacionado à sexualidade que eles consideram um mito. Então, os papéis serão lidos pelo facilitador, sem identificar os autores, e cada mito será discutido com os participantes.

7) Comentários.

### ***Terceira oficina***

1) Materiais: folhas de papel A4; canetinhas coloridas; e canetão para lousa.

- 2) Objetivos: discutir as formas de exercer a sexualidade e suas implicações. Compreender as diferenças entre os gêneros.
- 3) Tema: Identidade de gênero
- 4) Aquecimento inespecífico: abraço em si – o facilitador pedirá que os participantes se levantem e relaxem. Em seguida, pedirá que eles abracem a si mesmos, sentindo o próprio corpo.
- 5) Aquecimento específico: o facilitador convidará os participantes a ir a um museu, que na verdade consistirá na observação de várias imagens afixadas na parede. As imagens serão recortes de revistas contento homens e mulheres em diferentes situações. Durante a observação, o facilitador perguntará aos participantes: o que as imagens parecem para vocês?; O que elas tem de diferente?; Qual você gostou mais?; Qual você não gostou?; Por quê?.
- 6) Desenvolvimento: o facilitador apresenta os objetivos da oficina e propõe aos participantes que se dividam em dois grupos. O primeiro grupo deve listar as vantagens e desvantagens de ser homem e, o segundo, as vantagens e desvantagens de ser mulher de ser mulher (grupo 2); Primeiramente listarão em folha simples para, em seguida, passar para uma lousa. O facilitador abre para que cada grupo explicita suas considerações.
- 7) Comentários.

***Quarta oficina*** (Adaptada de Brasil, 2006).

Brasil. Ministério da Saúde (2006). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde e prevenção nas escolas : guia para a formação de profissionais de saúde e de educação*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília, 160p.

- 1) Materiais: folhas de papel A4; canetinhas coloridas; e cópias dos textos “No país de Blowmink”.
- 2) Objetivos: fomentar a discussão com questões relacionadas ao tema: “O que é orientação sexual?”, “Como isso se dá na vida de uma pessoa?”, “As pessoas nascem ou constroem sua orientação ao longo da vida?”. Compreender as diferenças na orientação sexual.
- 3) Tema: orientação sexual
- 4) Aquecimento inespecífico: o facilitador perguntará aos participantes como cada um lida com a diferença. Em seguida, exibirá o curta metragem “Inclusão”.
- 5) Aquecimento específico: o facilitador pedirá que os participantes fechem os olhos e se imaginem como alguém diferente deles. Com hábitos distintos, diferentes modos de se vestir

e andar, diferentes gostos sobre comida, bebida, e diferentes orientações sexuais. Fará perguntas de como ocupariam o tempo, o que mais iriam gostar de fazer, o que iriam sentir, com quem iriam se relacionar. Em seguida, abrirá para discussão, deixando que eles se expressem livremente e anotando pontos importantes para a discussão nos comentários.

6) Desenvolvimento: o facilitador organiza a leitura coletiva do texto No país de Aliter. Caso algum participante não queira, ou tenha dificuldade de ler, o facilitador o fará.

No país de Aliter\*

Adaptado de “No país de Blowmink”. Picazio, C. (1998). *Sexo Secreto*: temas polêmicos da sexualidade. São Paulo: Summus, pp. 36-37.

\*Aliter, em latim, significa “diferença”.

Aliter é um país onde se proíbe o relacionamento afetivo e sexual entre pessoas do sexo oposto. O homem não pode sentir desejo, atração ou tesão, nem amar romanticamente uma mulher. E a mulher também não pode sentir desejos afetivo-sexuais por um homem. Os bebês são gerados em provetas e inseminados artificialmente, dando opções maiores aos pais sobre as características que poderão desenvolver. Existem pessoas que tentam quebrar as regras de Aliter, relacionando-se com pessoas do sexo oposto ao seu, mas são excluídas da sociedade e vivem em guetos.

Ivan e Marina moravam em Aliter e frequentavam a mesma escola. Um dia perceberam que algo estranho estava acontecendo entre eles. Tentaram disfarçar, mas foi inevitável que acabassem conversando sobre o desejo que estavam sentindo um pelo outro. Sentiram-se muito angustiados, porque perceberam que eram diferentes das outras pessoas, seus pais não aprovariam e talvez fossem até expulsos da escola. Marina e Ivan tentaram não deixar que a atração se transformasse em atitude. Mas uma tarde, voltando para casa, não resistiram e, depois de se esconderem atrás de algumas árvores em um parque, beijaram-se apaixonadamente. Eles estavam próximos ao colégio onde estudavam. Os amigos de Ivan, que estavam jogando ali perto, viram a cena e ficaram horrorizados. Xingaram Ivan de “hétero” sujo e deram-lhe alguns pontapés. A direção da escola ficou sabendo e imediatamente os expulsou da instituição, para que não contaminassem os outros alunos.

Os dois pais de Ivan mandaram-no embora de casa, indignados. Marina teve mais sorte. Foi encaminhada para um psicoterapeuta, que explicou a família que os sentimentos de Marina por Ivan não eram doença, nem opção. Esclareceu que ela era normal, igual as outras

mulheres, e que a diferença estava em quem ela desejava para amar. (...) Mesmo assim, as duas mães de Marina pediram que ela não se relacionasse mais com alguém do sexo oposto ao seu. Marina, mesmo sabendo que era normal e igual as outras pessoas, sentiu-se indignada por haver sido rejeitada só porque amava diferente, enquanto os amigos que a haviam agredido não tinham sofrido qualquer repressão.

Ivan tentou se relacionar com outros meninos, cumprindo o que era esperado pela sua família e pelas normas e valores de Aliter. Resolveu não viver mais o seu desejo até que pudesse ser independente. Marina continuou a procurar alguém que sentisse o mesmo que ela e amigos que respeitassem o seu desejo.

Ao final da leitura, o facilitador pedirá que cada participante sorteie uma questão e pedirá que tente responder. Caso não consiga, poderá pedir ajuda para o grupo.

Questões:

- a. O que Marina e Ivan poderiam fazer para viver melhor no país onde moram?
- b. O que Marina e Ivan poderiam fazer para viver melhor com seus pais e amigos?
- c. O que você poderia fazer para que Ivan e Marina vivessem melhor?
- d. Vivemos situações semelhantes em nosso cotidiano, com os papéis invertidos?
- e. Que atitudes são mais comuns em nossa realidade, diante desse tipo de situação?
- f. As pessoas que vivem os seus desejos afetivos e sexuais de forma considerada fora do padrão tendem a ser excluídas?
- g. Os serviços de saúde desempenham um papel importante no enfrentamento dessas situações? Por que?

7) Comentários.

### ***Quinta oficina***

- 1) Materiais: revistas diversas; tesouras com pontas arredondadas; cola; e cartolina.
- 2) Objetivos: discutir sobre a sexualidade das pessoas usuárias de um serviço de saúde mental, suas percepções e vivências acerca do tema. Além disso, entender como o tema é tratado pelo serviço.
- 3) Tema: sexualidade e Saúde Mental.

4) Aquecimento inespecífico: Visualização da sexualidade. Será dito aos participantes que se acomodem confortavelmente em seus acentos e que fechem os olhos ou abaixem a cabeça. Em seguida, o facilitador pedirá que “esvaziem” os pensamentos. Em seguida, pedirá que eles se lembrem de seus relacionamentos amorosos e fará algumas perguntas: Já paquerou alguém? Já namorou? Já teve vontade de namorar? Vamos relembrar essas histórias; Como foi gostar dessa ou dessas pessoas? De quem mais gostou? Do que mais gostou? O que mais sente falta? O que gostavam de fazer quando estavam a sós? O que essa pessoa fazia que você gostava? O que você fazia que essa pessoa mais gostava? São boas lembranças?

Em seguida, o facilitador pedirá que cada participante abra os olhos, no tempo de cada um, e volte para aquele momento da oficina.

5) Aquecimento específico: Recorte de imagens. O facilitador dividirá os participantes em grupos de três, distribuirá revistas e tesoura para cada participante e dará as seguintes instruções:

- Vocês têm em mãos uma revista com diversas imagens. Peço que peguem suas tesouras e que cada um de vocês recorte 5 imagens. Porém, não são quaisquer imagens, ela tem que ter relação com sua afetividade e sexualidade. Com a vivência de cada um de vocês. Cada um de vocês recortará 5 imagens que tenha ligação com a sexualidade de vocês.

6) Desenvolvimento: O facilitador dividirá os participantes em dois grupos. Cada grupo receberá uma cartolina e alguns tubos de cola. Eles receberão as seguintes instruções:

- Cada um de vocês tem em mãos as imagens que recortaram na atividade anterior;
- Quero que vocês as juntem e, com todas elas, façam uma colagem nessa cartolina;
- Que tipo de colagem? Essa colagem deve representar uma cena (uma conversa, um atendimento, uma situação) aqui dentro do CAPS.
- O tema dessa cena deverá ser: sexualidade.
- Ou seja, vocês irão montar uma pequena história com esses recortes, e essa história deve se passar aqui no serviço. Pode ser entre dois usuários, entre um usuário e um profissional daqui ou entre dois profissionais.
- Depois, um grupo explicará a cena para o outro e vice-versa.

7) Comentários.

*Sexta oficina* (Adaptada de Brasil, 2006).

Brasil. Ministério da Saúde (2006). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde e prevenção nas escolas : guia para a formação de profissionais de saúde e de educação*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília, 160p.

1) Materiais: revistas; tiras de papel; canetinhas coloridas; bexigas coloridas; objetos diversos, como caneta, papel, caixa de bombom, camisa, flor de plástico, um pacote de presente, camisinha, vidro de perfume, álbum de fotografia, relógio, coração de diferentes tipos, espelho, e revistas.

2) Objetivos: Identificar quais são os direitos sexuais e reprodutivos e avaliar se eles são respeitados no âmbito da saúde mental

3) Tema: Direitos sexuais e reprodutivos.

4) Aquecimento inespecífico: Os participantes estarão sentados em círculo e, no centro, haverá diversos objetos. O facilitador pedirá que eles observem esses objetos com atenção. Em seguida, ainda sem se levantarem ou falarem, o facilitador pedirá que eles escolham (de cabeça, por pensamento) três objetos que representem sua vida afetiva e sexual. Depois de alguns segundos, pedirá que se levantem com calma e peguem um objeto. Estando todos com os objetos nas mãos, pedirá que, um de cada vez, se apresente e explique o que aquele objeto faz ela pensar na vida afetiva-sexual dela.

5) Aquecimento específico: O facilitador entrega um papel para cada participante com a frase:

- Como parte dos direitos humanos, para que eu possa viver a minha vida sexual e reprodutiva com liberdade, prazer e saúde, tenho o direito de.....

Em seguida, pede para aos participantes refletirem e falarem, individualmente, algo que complete a frase. As respostas serão transcritas na metade de uma lousa na parede.

6) Desenvolvimento: Dando seguimento a atividade anterior, bexigas coloridas serão colocadas no centro do círculo formado pelos participantes. Dentro das bexigas, haverá papéis com alguns dos seguintes direitos sexuais.

- Vivenciar a sexualidade independente da reprodução;
- Expressar livremente o desejo sem culpas e medos;
- Ter acesso à informação e a métodos de prevenção das DST/Aids;
- Ter acesso a informação e a métodos para evitar gravidez indesejada;
- Ter informação e orientação sobre a saúde e a sexualidade;
- Vivenciar o prazer sexual independente do ato sexual com penetração

- Ter respeitados os princípios de igualdade, diversidade, integridade corporal e autonomia pessoal;
- viver e expressar livremente a sexualidade, sem violência, discriminações, imposições e com respeito pleno pelo corpo do parceiro ou da parceira;
- escolher o parceiro ou a parceira sexual;
- viver plenamente a sexualidade, sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças.
- viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física;
- escolher se quer ou não quer ter relação sexual;
- expressar livremente sua orientação sexual, quer seja heterossexual, homossexual ou bissexual;
- ter relação sexual independentemente da reprodução;
- sexo protegido (com preservativo masculino ou feminino) para prevenção da gravidez não planejada e das doenças sexualmente transmissíveis;
- serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação;
- educação sexual, reprodutiva e sobre planejamento reprodutivo.

Cada participante será instruído a pegar um balão de sua preferência. Em seguida, o facilitador pedirá que, um de cada vez, estoure seu balão e leia o direito escrito (quem não conseguir ler deverá procurar algum usuário que lerá para ele). Depois de o usuário ter lido o direito, o facilitador pedirá que ele explique e, caso não consiga, que o grupo o faça.

Em seguida, o facilitador pedirá que o usuário cole a tira de papel na lousa, ao lado da primeira lista. Abre-se uma rodada de comentários sobre a comparação dos direitos escritos nos papéis com os ditos por eles, procurando-se identificar se algo foi esquecido e se os direitos apresentados dizem respeito a todos os cidadãos e cidadãs (mesmo que as pessoas sejam diversas e, não necessariamente, queiram exercer os mesmos direitos da mesma forma).

7) Comentários:

*Sétima oficina* (Adaptado de Paiva, 2000).

Paiva, V. (2000). *Fazendo arte com camisinha: sexualidades jovens em tempos de Aids*. São Paulo, SP: Summus.

1) Materiais: duas folhas de cartolina; tubos de cola com glitter; canetinhas coloridas; notebook; bola de brinquedo; tubos de tintas guache; pincéis; tesouras de pontas arredondadas; revistas; e tubos de cola bastão.

2) Objetivos: Discutir e investigar a percepção dos participantes sobre DSTs/AIDS. No fim, esclarecer sobre possíveis dúvidas.

3) Tema: DST/Aids.

4) Aquecimento inespecífico: Relaxamento. O facilitador pedirá que, sentados confortavelmente em seus lugares, os participantes ergam os braços, os estiquem para frente, estiquem um braço segurando a mão ao contrário, estiquem o outro, mexam a cabeça para um lado, para o outro, empurrem a cabeça para trás pressionando o queixo, empurrem a cabeça para a frente pressionando a parte de trás. Aproveitando o movimento, no meio e ao fim da atividade o facilitador pedirá que os participantes respirem fundo e respondam, sem verbalizar, “Qual a primeira coisa que me vem à cabeça quando penso em Doenças sexualmente transmissíveis?”. Depois de alguns segundos, o facilitador perguntará “Qual a primeira coisa que me vem à cabeça quando penso em AIDS” e pedirá que retornem ao círculo. Em seguida, pedirá que cada participante diga uma palavra para cada pergunta feita.

5) Aquecimento específico: dinâmica batata-quente. Com a música “Sexo & Amor”, de Rita Lee, tocando, os participantes circularão uma bola de brinquedo entre eles. Quando o facilitador parar a música, a pessoa que estiver com a bola responderá uma pergunta feita pelo facilitador:

- Me diga o que são doenças sexualmente transmissíveis?

- Por favor, cite alguns exemplos de doenças sexualmente transmissíveis?

- Você se preocupa com a AIDS? Por quê?

- Você acha que em Paranaíba tem muitos casos de AIDS? Por quê?

- Onde uma pessoa que é soropositiva, que tem o vírus HIV pode buscar tratamento aqui na cidade?

6) Desenvolvimento: O facilitador dividirá os participantes em dois grupos e dará a eles a tarefa de confeccionar um cartaz cada. Um deles fará o cartaz com o tema “Como se transmite e como não se transmite”, outro usará o tema “Formas de prevenção das DSTs/AIDS”. Assim que forem confeccionados, serão colados na parede e cada grupo fará uma breve exposição de seu cartaz. Em seguida será aberta uma discussão com dúvidas e questões sobre o tema.

7) Comentários.



### *Oitava Oficina*

1) Materiais: quatro cartolinas; folhas de papel A4; canetinhas coloridas; tubos de cola; duas caixas de papelão; bola pequena de brinquedo; e fita adesiva.

2) Objetivos: Conhecer sobre as formas de prevenção às DSTs/AIDS.

3) Tema: Sexo seguro.

4) Aquecimento inespecífico: o facilitador pedirá que os participantes fechem os olhos ou abaixem a cabeça se possível. Em seguida apresentará a palavra “sexo” aos participantes. Logo depois, solicitará a cada um deles que expressem uma palavra que lhes veio primeiro à mente. Fala quem estiver com a bola de brinquedo. A atividade servirá para que o grupo e o facilitador tenham ideia dos sentidos que cada participante traz sobre o termo, assim como com “sexualidade” na primeira oficina.

5) Aquecimento específico (Adaptado de Brasil, 2006): *Árvore dos prazeres*. O facilitador pede a um dos participantes que desenhe uma grande árvore numa cartolina;

Primeiro, pede que os participantes escrevam, em verde ou azul, dentro do desenho, todas as formas de prazer sexual que conseguem imaginar. Os prazeres são como frutos na árvore;

Em seguida, pede aos participantes que escrevam, em vermelho e em volta dos prazeres, todos os riscos que podem se manifestar quando vivemos cada um daqueles prazeres.

Caso precisem de auxílio, o facilitador os ajudará. O cartaz será colado na parede.

Brasil. Ministério da Saúde (2006). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde e prevenção nas escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília, 160p.

6) Desenvolvimento (Adaptado de Paiva, 2000): Haverá duas cartolinas pregadas na parede com os dizeres: Se uma pessoa estiver com HIV, “transmite” e “não transmite”; “Não pego HIV...” e “Pego HIV...”. Serão apresentadas uma de cada vez.

Serão apresentadas para os participantes duas caixas de papelão com tiras de papel contendo frases e palavras que deverão ser coladas embaixo das frases nas cartolinas. Cada participante pegará uma frase e colará onde achar correto. Ao final, será mostrado um gabarito.

<b>Transmite</b>	<b>Não transmite</b>	<b>Não “pego” HIV</b>	<b>“Pego” HIV</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangue;</li> <li>• Sangue da menstruação;</li> <li>• Esperma;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lágrima;</li> <li>• Xixi;</li> <li>• Cocô (mole);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sendo amigo de quem tem;</li> <li>• Vivendo na mesma casa;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compartilhando seringa;</li> <li>• Recebendo sangue com HIV positivo;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lubrificação masculina;</li> <li>• Lubrificação feminina;</li> <li>• Ejaculação feminina;</li> <li>• Leite materno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remela;</li> <li>• Pus;</li> <li>• Suor;</li> <li>• Espirro;</li> <li>• Saliva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abraçando;</li> <li>• Usando a mesma cama;</li> <li>• Beijando;</li> <li>• Fazendo carinho;</li> <li>• Conversando;</li> <li>• Comento junto;</li> <li>• Usando a mesma privada.</li> <li>• Usando os mesmos talheres;</li> <li>• Usando o mesmo copo;</li> <li>• Transando com camisinha;</li> <li>• Por picada de bicho;</li> <li>• Trabalhando no mesmo lugar;</li> <li>• Doando sangue;</li> <li>• Dando a mão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fazendo sexo oral sem camisinha;</li> <li>• Fazendo sexo vaginal sem camisinha;</li> <li>• Fazendo sexo anal sem camisinha.</li> </ul>
---	---	---	---

Paiva, V. (2000). *Fazendo arte com camisinha: sexualidades jovens em tempos de Aids*. São Paulo, SP: Summus.

## 7) Comentários.

### *Nona oficina*

1) Materiais: caixa de papelão; espelho; palitos de bambu; duas carolinas vermelhas, duas verdes e duas brancas; e canetinhas coloridas.

2) Objetivos: Conhecer e discutir sobre as dificuldades que os usuários do CAPS enfrentam na vivência de sua sexualidade.

3) Tema: Dificuldades na vivência da sexualidade dos usuários de saúde mental

4) Aquecimento inespecífico: dinâmica do espelho, cada participante irá olhar numa caixa de papel onde haverá um espelho ao fundo. O facilitador pedirá que o participante descreva a imagem em 2 minutos.

5) Aquecimento específico: Cada participante receberá duas bandeiras, uma de cor vermelha, outra de cor verde. A bandeira vermelha sinalizará a resposta “fácil”, e a vermelha sinalizará a resposta “difícil”. O facilitador falará calmamente cada uma das palavras listadas e pedirá que eles acenem uma ou outra bandeira.

Palavras:

PAQUERAR

ABRAÇAR

BEIJAR

FALAR SOBRE SEXO

TER VONTADE DE TRANSAR

NAMORAR

FICAR EXCITADO

TRANSAR

PREVENÇÃO GRAVIDEZ

PREVENÇÃO DOENÇAS SEXUAIS

USAR CAMISINHA

GOZAR

6) Desenvolvimento: Os participantes serão divididos em dois grupos, cada grupo fará, em cartolina, uma lista das dificuldades que enfrentam na vivência de sua sexualidade. Em seguida, as listas serão trocadas e cada grupo terá que escrever como enfrentar aquelas dificuldades. Novamente as cartolinas serão trocadas e os grupos serão instruídas a conversarem internamente sobre aquelas soluções para, depois, conversarem entre si. Ao fim, as listas serão coladas na parede.

7) Comentários.

### *Décima oficina*

1) Materiais: canetinhas coloridas; lousa; cartazes feitos nas oficinas anteriores; imagens e palavras recortadas que remetam às oficinas (tabelas sobre DSTs; imagens e figuras utilizadas nas oficinas anteriores; esquemas representando o que foi discutido; camisinhas; etc).

2) Objetivos: Obter a avaliação dos participantes sobre as oficinas.

3) Tema: Avaliação das oficinas.

4) Aquecimento inespecífico: Resgatando a história do grupo em imagens e palavras. Será montado nas paredes do local, uma cronologia das oficinas realizadas, com imagens, cartazes e palavras. Os participantes serão convidados a caminharem e observarem o que está exposto. Com a ajuda do facilitador e do grupo, todos reconstruirão a história das oficinas oralmente.

5) Aquecimento específico: Com os participantes de olhos fechados ou a cabeça baixa, o facilitador fará perguntas sobre as percepções dos participantes das oficinas: “O que achei das oficinas?”; “De tudo que conversamos, ficou alguma dúvida?”; “Do que senti falta?”; “As

oficinas me ajudaram em que?"; "O que posso aproveitar dessas oficinas para minha vida?"; "O que espero da minha sexualidade daqui pra frente?"; "O que tenho feito para batalhar os meus desejos?". Em seguida, o facilitador pedirá que os participantes retornem mentalmente ao local e conduzirá para a próxima atividade.

6) Desenvolvimento: Balança. Será desenhada uma grande balança na lousa. O grupo será solicitado a fazer uma avaliação sobre as oficinas. De um lado, escreverão ou ditarão para alguém os pontos positivos. Do outro, os negativos.

Ao término da atividade, o facilitador pedirá que os participantes se levantem, se deem as mãos e comecem a caminhar em passos lentos para o centro da roda, se aproximando cada vez mais. Quando estiverem bem próximos, o facilitador pedirá que eles deem um abraço coletivo.

7) Comentários.

## ANEXOS

### Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “SEXUALIDADE E SAÚDE MENTAL: (RE) SIGNIFICANDO CONCEITOS E DIREITOS ENTRE USUÁRIOS DE UM CAPS” sob a responsabilidade dos pesquisadores *Ms. Vitor Corrêa Detomini e Prof. Dr. Emerson F. Raserá*.

Nesta pesquisa nós estamos buscando compreender os sentidos de sexualidade para pessoas usuárias de serviços de saúde mental.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador Vitor Corrêa Detomini no primeiro encontro do grupo.

Na sua participação você participará de grupos sobre a temática da sexualidade, em que serão feitas discussões e atividades que tratarão de saúde mental, orientação sexual, direitos sexuais e reprodutivos, sexo seguro e outros temas pertinentes. Os grupos serão áudio-gravados, e posteriormente transcritos. Contudo, em seguida, os mesmos serão desgravados.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

O risco inicial seria relacionado à identificação dos sujeitos participantes. Contudo, a equipe executora se compromete com o sigilo absoluto da identidade do sujeito, conforme Resolução CNS 466/12. Da mesma forma, caso algum desconforto emocional ocorra durante as oficinas será disponibilizado acolhimento psicossocial no próprio serviço.

Um dos benefícios da pesquisa será trazer novos achados para as pesquisas tanto na área de saúde, quanto da sexualidade e direitos humanos. Além de promover a discussão e esclarecimentos aos usuários de serviços de saúde mental, ela poderá contribuir para a melhoria na qualidade do atendimento a questões sobre sexualidade nos serviços.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: **Vitor Corrêa Detomini ou Emerson F. Raserá** através da Secretaria do Programa de Pós-graduação em Psicologia, **no telefone (34) 3218-2701 ou (34) 3218 2816**. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131

Uberlândia, ..... de .....de 2014

---

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

---

Participante da pesquisa

## Anexo 2 – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SEXUALIDADE E SAÚDE MENTAL: (RE) SIGNIFICANDO CONCEITOS E DIREITOS ENTRE USUÁRIOS DE UM CAPS

**Pesquisador:** Vitor Corrêa Detomini

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 32260314.2.0000.5152

**Instituição Proponente:** Instituto de Psicologia - UFU

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA EDUCACAO  
Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 862.813

**Data da Relatoria:** 03/10/2014

#### Apresentação do Projeto:

O pesquisador informa: A presente pesquisa é caracterizada como Exploratória que, para Marsiglia (2006), permite uma aproximação de tendências da realidade para os quais ainda não temos conhecimento sistematizado nem bibliografia consolidada. Assim, de acordo com a autora, é preciso consultar pessoas que tenham alguma experiência prática em relação ao tema ou que elaboraram alguma observação sobre os fenômenos que estão ocorrendo. A pesquisa exploratória pode ainda, de acordo com Rodrigues (2006), ser vista como um estudo inicial para realização futura de outros tipos de pesquisa. Além disso, envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiência práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão (Gil, 2002). Abordar questões da sexualidade é quase sempre um desafio e, muitas vezes um incômodo para profissionais de saúde, e que seu entendimento na clientela de usuários de serviços de saúde mental é geralmente incluído no rol de mais uma "loucura", "excesso", "falta de limites" e outras simplificações que justificam uma postura repressiva, se torna extremamente relevante uma abordagem dialógica e que abra espaços para que essas pessoas se expressem. Considerando a natureza exploratória do estudo, não há uma hipótese claramente definida a priori. Contudo, acreditamos que os participantes expressarão suas formas de viver a sexualidade, marcadas pelos

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 862.813

desafios decorrentes do adoecimento mental.

**Objetivo da Pesquisa:**

**OBJETIVO PRIMÁRIO**

Compreender os sentidos sobre sexualidade de pessoas usuárias de serviço de saúde mental.

**OBJETIVO SECUNDÁRIO**

Os objetivos secundários são: a) compreender os significados acerca de temas sobre sexualidade trazidos pelos usuários através de suas experiências de vida cotidiana; e b) analisar os processos de negociação de sentidos sobre sexualidade entre os participantes das oficinas; c) refletir sobre as oficinas de sexualidade como uma proposta de aprendizagem compartilhada, no contexto da reabilitação psicossocial, explorando suas potencialidades e limitações como um método de pesquisa e um dispositivo de atendimento (prevenção, educação e cuidado em saúde).

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisa segue as recomendações da Resolução CNS 466/12.

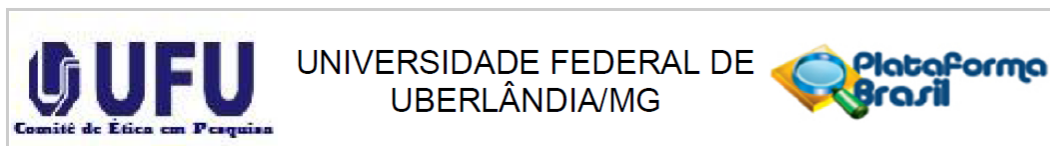
**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:** Para a inclusão dos voluntários à participação na pesquisa serão considerados aqueles que sejam usuários regulares do Centro de Atenção Psicossocial I de Paranaíba/MS; maiores de 18 anos, que tenham disponibilidade e interesse na participação dos grupos, que não estejam em situação de crise e que assinem Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, praticando sua autonomia, decisão e responsabilidade (Brasil, 1990).

**CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:** Estarão excluídos da pesquisa: estar em situação de surto, menores de idade e usuários não regulares do serviço.

**RISCOS:**

O risco inicial seria relacionado à identificação dos participantes. Contudo, a equipe executora se compromete com o sigilo absoluto da identidade dos participantes, conforme resolução 466/2012. Outro risco seria a ocorrência de um algum desconforto emocional próprio do funcionamento desses usuários durante o grupo, porém, o CAPS é um serviço com profissionais habilitados para lidar com urgências e emergências e abarcarem as possíveis demandas existentes. Têm-se também a quebra de sigilo entre os participantes no grupo como um possível risco. Assim, como medida de prevenção, no início de cada encontro, o terapeuta-pesquisador fará um contrato verbal entre os participantes no intuito de fortalecer a importância do sigilo das conversas realizadas em grupo, como é costume nos serviços de saúde mental.

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 862.813

**BENEFÍCIOS:** O presente trabalho poderá trazer novos achados para as pesquisas tanto no campo da sexualidade, quanto na saúde mental. Além disso, criará um espaço que promova a participação e diálogo com usuários de um serviço de saúde mental sobre a sexualidade, podendo assim, entender suas demandas e obter subsídios para traçar novas estratégias em futuras práticas com este público. Nesse sentido, a pesquisa pode criar indicações para a melhoria na qualidade do atendimento aos usuários. Com o espaço criado, espera-se também que os encontros possibilitem reflexão, aprendizado e curiosidade, que farão com que novos sentidos sobre sexualidade possam ser negociados e surgir para as pessoas que usam os CAPS.

Adicionalmente, todos os participantes receberão um certificado de participação nos encontros, em acordo com a carga horária efetiva de sua participação.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Quando expressada por usuários de serviços de saúde mental, a sexualidade é tipicamente negada, sendo ou vista como mais um sintoma, ou apontando-se que essas pessoas não têm condições de exercê-la. Contudo, ao se reconhecer a sexualidade como um direito, refuta-se julgamentos morais em função de modos de obter prazer e exige-se liberdade para que afetos e relacionamentos possam ser vivenciados sem qualquer discriminação. Uma vez que os profissionais de saúde no Brasil não tem mostrado grande investimento na temática da saúde sexual de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, e poucos são os estudos realizados com esta temática, faz-se necessário que a atenção seja voltada para estudos envolvendo este público. Sendo assim, o objetivo do presente estudo é compreender os sentidos sobre sexualidade de pessoas usuárias de serviço de saúde mental. A pesquisa de cunho qualitativo terá como participantes usuários do Centro de Atenção Psicossocial I de Paranaíba/MS, que serão convidados a participar de oficinas com a temática da sexualidade. A coleta de dados se dará por meio de áudio-gravação dos grupos, realizados durante oito a dez semanas consecutivas. Os encontros terão como temas centrais: sexualidade; sexualidade e saúde mental; mitos, crendices e tabus sexuais; identidade de gênero; orientação sexual; direitos sexuais e reprodutivos; sexo seguro; e DST/Aids. A análise dos dados será feita segundo as propostas de análise do discurso influenciadas pela perspectiva Construcionista Social. Essa pesquisa será desenvolvida em uma perspectiva qualitativa e se orienta metodologicamente

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br





Continuação do Parecer: 862.813

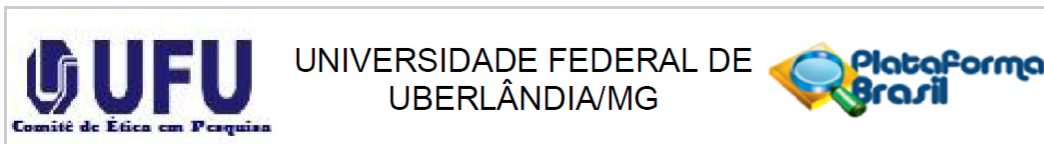
pela proposta de Rasera e Japur (2003), que partem de uma concepção construcionista social da produção do conhecimento, a qual, através de uma crítica a uma concepção de conhecimento como representação, redimensiona a relação sujeito-objeto, a natureza do real, e promove uma visão da ciência enquanto produção sócio-histórica. Tal proposta privilegia o estudo da linguagem enquanto constituinte de práticas sociais produtoras da realidade, enfatizando a análise do processo de construção dos sentidos e a investigação dos momentos interativos nos quais sentidos e pessoas se constroem, através de conceitos tais como o de dialogismo (Bakhtin, 1997) e posicionamento (Davies & Harré, 1990).

Denzin e Lincoln (2000) definem a pesquisa qualitativa como demarcatória do lugar do observador no mundo baseada num conjunto de práticas interpretativas e materiais que figuram o mundo visível, aferindo, assim, um sentido a partir dos significados que os indivíduos atribuem a eles. Nesse sentido, a pesquisa construcionista não busca descrever as coisas como elas são, mas o processo pelo qual elas são construídas de forma ativa e contínua entre as pessoas. O foco passa, então, para os processos de construção do conhecimento e do mundo (Rasera & Japur, 2007).

No caso específico desta pesquisa, serão realizados de oito a dez encontros grupais com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial I de Paranaíba/MS, onde as demandas mais frequentes são de depressão e ideações suicidas. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica, são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu "território", o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (Brasil, 2004).

Os grupos serão realizados semanalmente, e serão abertos para os usuários do CAPS que se interessarem pelo tema de sexualidade. Cada encontro terá uma temática a ser discutida por meio de um exercício inicial proposto pela equipe executora. A utilização das oficinas proporciona um processo de aprendizagem e construção de conhecimento que leva em consideração as experiências dos participantes, facilita a discussão e reflexão coletiva, através de diferentes linguagens e permite coletivizar o conhecimento individual, de modo a potencializar o conhecimento de todos. Essa sua particularidade facilita a discussão dos temas ligados a prevenção e sexualidade. É uma forma criativa de buscar novas maneiras de ser, conviver e trabalhar, mobilizando os profissionais de Saúde Mental para uma assistência mais integral e mais próxima àquelas recomendadas pela Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, apresenta-se um caminho possível para que o profissional possa, com menos preconceitos e tabus, discutir

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 862.813

sobre sexualidade, contribuindo, assim, para mudanças de comportamento, tratando de temas tão complexos de forma lúdica (Mann, Oliveira & Oliveira, 2002). Assim, a realização das oficinas tanto oportunizará a abertura de espaços de troca e diálogo com os usuários de um Centro de Atenção Psicossocial I, quanto pode servir de subsídio e modelo para que profissionais do serviço continuem atendendo a demanda envolvendo a sexualidade na área da saúde mental.

Todos os encontros grupais serão áudio-gravados e após serem transcritos, terão sua gravação destruída. A destruição do material gravado garantirá que os participantes não sejam identificados.

#### TAMANHO DA AMOSTRA

A amostra será constituída por no mínimo 05 usuários do CAPS e no máximo 20 por encontro, com uma expectativa de 50 participantes no total. O número mínimo de participantes foi estabelecido tendo em vista a produção de dados suficientes e necessários à pesquisa, assim como o número máximo em cada encontro visa tanto a realização da atividade com conforto e proveito para os participantes, quanto para a mediação do terapeuta/pesquisador.

#### CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO E ENCERRAMENTO

A pesquisa poderá ser suspensa caso não haja um número suficiente de usuários do CAPS interessados e disponíveis para participar dos encontros. Da mesma forma, se identificarmos que as oficinas não atingem seu objetivo, elas serão suspensas e revistas. A coleta de dados será encerrada quando concluído o número de oficinas planejado.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os seguintes termos> declaração da instituição co-participante, solicitação para realização da pesquisa no CAPS, TCLE, roteiro de oficinas, folha de rosto e termo de compromisso da equipe executora, de acordo com as orientações da Resolução 466/12.

#### Recomendações:

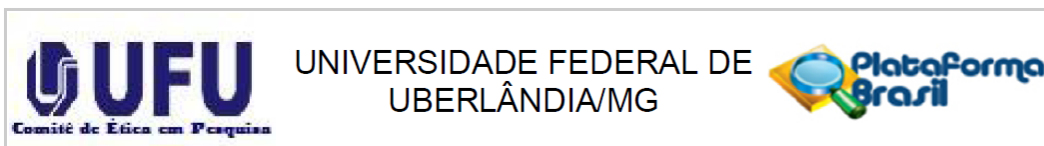
Não há.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendeu as pendências apontadas no parecer 795.902.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela

<b>Endereço:</b>	Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica		
<b>Bairro:</b>	Santa Mônica	<b>CEP:</b>	38.408-144
<b>UF:</b>	MG	<b>Município:</b>	UBERLÂNDIA
<b>Telefone:</b>	(34)3239-4131	<b>Fax:</b>	(34)3239-4335
		<b>E-mail:</b>	cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 862.813

aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: maio de 2016.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

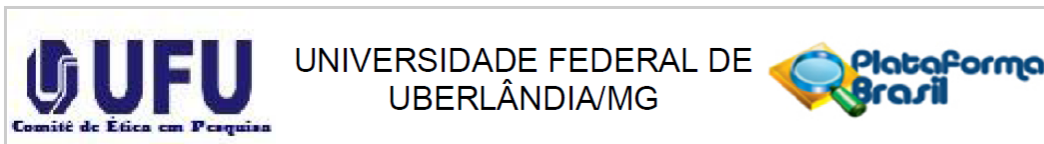
O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12 ) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 862.813

normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

UBERLANDIA, 07 de Novembro de 2014

---

**Assinado por:**  
**Sandra Terezinha de Farias Furtado**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLANDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br