



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CEILÂNDIA

TERAPIA OCUPACIONAL

RAFAELA OLIVEIRA DA VITÓRIA

**GÊNERO, CORPO E SUBJETIVIDADE: UMA ANÁLISE
INSTITUCIONAL DA SEXUALIDADE EM SAÚDE
MENTAL**

Brasília – DF

2013

RAFAELA OLIVEIRA DA VITÓRIA

GÊNERO, CORPO E SUBJETIVIDADE: UMA ANÁLISE
INSTITUCIONAL DA SEXUALIDADE EM SAÚDE MENTAL

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia
como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Terapia Ocupacional.

Professora Orientadora: Profa. Dra. Paula Giovana
Furlan

Brasília – DF

2013

VITÓRIA, R. O.

Gênero, corpo e subjetividade: Uma análise institucional da sexualidade em saúde mental / Rafaela Oliveira da Vitória, 2013

1.Sexualidade. 2. Saúde Mental. 3.Sofrimento Psíquico. 4.Análise Institucional

Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, 2013.

Orientadora: Profa. Dra. Paula Giovana Furlan

RAFAELA OLIVEIRA DA VITÓRIA

**GÊNERO, CORPO E SUBJETIVIDADE: UMA ANÁLISE
INSTITUCIONAL DA SEXUALIDADE EM SAÚDE
MENTAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade de Brasília –
Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharela em Terapia Ocupacional.

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. Paula Giovana Furlan

Professora orientadora

Professora Dra. Rosamaria Giatti Carneiro

Professora examinadora

Professora Ms. Josenaide Engracia dos Santos

Professora examinadora

Aprovado em:

Brasília, ____ de _____ de 2013

DEDICATÓRIA

*À Síndrome do anticorpo antifosfolípide, que tornou minha vida rara e meus desejos
urgentes*

AGRADEÇO

Ao feminismo, que me fez chegar até aqui.

À minha família, sempre presente.

À Paula Giovana Furlan, minha orientadora, que acolheu meu desejo com rara generosidade e guiou-me pelos caminhos desta pesquisa, por quem tenho profunda admiração.

À professora Flávia Mazitelli, que me proporcionou o primeiro contato com o maravilhoso mundo da sexualidade.

Ao professor Miguel Ângelo Montagner, pelas sugestões bibliográficas quando esta pesquisa era apenas uma inquietação.

Às professoras Rosamaria Giatti Carneiro e Josenaide Engracia dos Santos, por terem tornado a minha banca tão bonita.

Às minhas amigas, com quem eu dividi os anos de graduação, preocupações e sonhos: Rhaila, Marianna, Bárbara, Maria Julia e Victória. Sem vocês não teria graça!

À Karina Camara, pelo importante papel no auxílio de meus processos auto-analíticos.

Aos trabalhadores do serviço de saúde mental, pela presteza com que acolheram a proposta e participaram desta pesquisa.

Ao meu namorado, Michel, pelo constante incentivo, pelo apoio e por ter escolhido dividir um pedaço de vida comigo. Eu te amo.

A meus amigos Jênifer Rosa, Paulo Horstmann, Wendell dos Reis, José Eduardo Giesbrecht, Renato Diego, Thulio Gomes, Messias Junior e Felipe Maciel pelo refúgio proporcionado nos meus momentos de fuga. Vocês são presentes na minha vida!

Ao grupo AFLORA, pelas ideologias divididas e pelas conversas prazerosas. Vocês valem mais que o diploma!

*Não são as grandes coisas que levam um homem ao manicômio.
A morte à espreita.
Ou o assassinato, incesto, roubo, fogo, inundação. Não.
Uma contínua série de pequenas tragédias.
É o que leva um triste homem ao manicômio.
Não é pela morte de seu amor...
Mas um cordão que se rompe sem tempo restante.
Com cada cordão rompido
Entre centenas de cordões rompidos
Um homem, uma mulher, uma coisa entra no manicômio
Então seja cuidadoso quando dobrar a esquina.*

Charles Bukowski (The Shoelace)

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica brasileira surgiu num contexto de crítica às práticas e aos saberes institucionais clássicos de tutela, segregação e violência do modelo de assistência à saúde mental, apontando uma transformação deste modelo – hospitalocêntrico, de institucionalização - para um modelo mais humanizado, preventivo e comunitário. Inaugura-se uma nova fase de alternativas que reflete em uma diferente interpretação da loucura e sua relação com a sociedade, os diversos saberes e as instituições. A sexualidade e o sofrimento psíquico têm entre si características compartilhadas historicamente no domínio das ciências médicas, seja por meio da crença no envolvimento da sexualidade na etiologia das neuroses e pelo controle e práticas objetivadoras. Todavia, a designação do indivíduo como louco o destitui de seus direitos mais básicos, neste processo de mortificação a loucura é designada como morbidade, reduzindo o indivíduo a seu suporte corporal, alvo de intervenções médicas; transformando-o em um corpo doente. Este trabalho buscou investigar percepções dos profissionais de saúde, trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial do Distrito Federal acerca da sexualidade da pessoa em sofrimento psíquico sob os aspectos de relações de gênero, corpo e subjetividade através de um grupo focal; com o objetivo de compreender sua realidade social e organizacional através das práticas e discursos dos sujeitos envolvidos, trazendo à luz uma análise coletiva do dispositivo institucional e suas forças, apoiando processos auto-analíticos. Como resultado, foi possível observar uma concepção de sexualidade atrelada à libido, a dificuldade de abordar este tema de maneira transversal, não apenas no foro íntimo da relação sexual. Evidenciou-se, também, relações de identificação usuário-profissional através do gênero, uma preocupação com o controle dos corpos nos aspectos de natalidade, homossexualidade e higiene pessoal. Aponta-se a necessidade de estudos mais abrangentes, em diferentes instituições para compreender a dinâmica do cuidado em saúde mental relacionado à sexualidade, e também a necessidade de criação de espaços coletivos diversos para fazer a análise da implicação: suas resistências, dificuldades, análises dos discursos e da gênese das resistências, do lugar social ocupado pelo coletivo e da relação profissional-usuário.

Palavras-chave: Sexualidade, Saúde Mental, Sofrimento Psíquico, Análise institucional.

ABSTRACT

The Brazilian Psychiatric Reform arose in the context of criticism to practices and classical tutelage, segregation and violence of the health care model for mental health institutional knowledge, indicating a transformation of this model – hospitalocentric, of institutionalization- to a more humanized, preventive and communitarian model. Inaugurated a new phase of alternatives reflecting on a different interpretation of madness and its relationship with society, the diverse knowledge and institutions. Sexuality and mental illness have historically shared characteristics among themselves in the field of medical sciences, either through belief in the involvement of sexuality in the etiology of the neuroses and controlling and objectifying practices. However, the designation of the individual as crazy deprives of their most basic rights, this process of mortification madness is designated as morbidity, reducing the individual to corporal support, target of medical interventions; turning it into a sick body. This work investigates perceptions of health professionals, employees of a Psychosocial Care Center of the Federal District about the sexuality of the person in psychological distress under the aspects of gender relations, body and subjectivity through a focus group, with the goal of understanding their social and organizational reality through the practices and discourses of the subjects involved, bringing to light a collective analysis of the institutional arrangements and their forces, supporting self-analytical processes. As a result, we observed a conception of sexuality linked to libido, difficulty in addressing this issue in a crosscutting theme, not only the intimate nature of sexual intercourse. It also became clear user interfaces and professional identity through gender and the concern with the control of bodies in the aspects of contraception, homosexuality and personal hygiene. Points up the need for more comprehensive studies in different institutions to understand the dynamics of mental health care related to sexuality, and also the need to create many collective spaces to make the analysis of the implication: their strengths, difficulties, analysis of speeches and the genesis of the resistances, the social place occupied by the collective and professional-user relationship.

Keywords: Sexuality, Mental Health, Psychological Distress, Institutional Analysis.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. JUSTIFICATIVA	13
3. OBJETIVOS.....	14
3.1.OBJETIVO GERAL.....	14
3.2.OBJETIVO ESPECÍFICO.....	14
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	15
5. PROPOSTA METODOLÓGICA.....	20
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
6.1. GÊNERO	25
6.2. CORPO E SUBJETIVIDADE	28
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
8. APÊNDICE.....	38

1. INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica brasileira surgiu num contexto de crítica às práticas e aos saberes institucionais clássicos de tutela, segregação e violência do modelo de assistência à saúde mental, apontando uma transformação deste modelo – hospitalocêntrico, de institucionalização - para um modelo mais humanizado, preventivo e comunitário; resgatando a cidadania das pessoas em sofrimento psíquico (AMARANTE, 1992). Com a Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001 inaugurou-se uma nova fase de alternativas que reflete em uma interpretação da loucura e sua relação com a sociedade, os diversos saberes e as instituições. Este movimento instituinte traz à luz uma série de fatores inerentes do indivíduo em suas esferas biológicas, psicossociais e sócio-históricas, apontando a necessidade de um olhar diferenciado para as diversas questões existenciais. A sexualidade e o sofrimento psíquico têm entre si características compartilhadas historicamente no domínio das ciências médicas, seja pela crença do envolvimento da sexualidade na etiologia das neuroses (FREUD, 1905) ou pelo controle e práticas objetivadoras, colocando estas nos bastidores da vida social engendrado pelo jogo de forças entre poder e desejo, como aponta Foucault (1988). Todavia, a designação do indivíduo como louco o destitui de seus direitos mais básicos, neste processo de mortificação a loucura assume o papel de morbidade, reduzindo o indivíduo a seu suporte corporal, alvo de intervenções médicas; transformando-o em um corpo doente (BIRMAN, 1980). O corpo, neste processo, vai ao encontro das expectativas institucionais de controle e seu significado está, sobretudo, imbricado em categorizações sociais, como aponta Rodrigues:

Antes de tudo, as categorizações do corpo são categorizações sociais. A linguagem que apreende o corpo é uma instituição social: uma linguagem que volta às suas fontes pra apreender a própria sociedade. A sociedade codifica o corpo, e as codificações do corpo codificam a sociedade. As relações da sociedade com o corpo são as relações da sociedade com ela mesma. São codificações lógicas tanto quanto morais. [...] As proibições e prescrições significam, então, seja por sua observância, seja por sua transgressão, um outro sistema de significação, anterior do ponto de vista lógico e

cronológico ao sistema de significantes corporais. (RODRIGUES, 2006, p. 123)

Em sua dimensão macrossocial, a sexualidade vem sendo controlada em vários âmbitos. Historicamente marcada por dogmas e delimitada por discursos morais, a expressão da sexualidade foi, muitas vezes, reduzida ao plano biológico com a finalidade exclusiva da reprodução, que alinha-se com o desenvolvimento do capitalismo, fazendo parte da ordem burguesa em função de preocupações economicamente úteis e politicamente conservadoras para assegurar o povoamento, a força de trabalho e a ordem social. (FOUCAULT, 1988). A necessidade da criação de uma “ciência da sexualidade” que substitui o discurso livre e os diferentes códigos de obscenidade vigentes até o século XVII tem sua mudança deslocada para dentro do centro familiar e regulada por leis, a fim de gerar descendência saudável, separar raças e classes, constituir mecanismo de controle.

De acordo com os postulados de Magnan (1892 *apud* FACCHINETTI e VENÂNCIO, 2006) e Morel (1854 *apud* FACCHINETTI e VENÂNCIO, 2006), e também de Krafft-Ebing (1886 *apud* PINHEIRO e QUEIROZ, 2012), a sexualidade se definiria pela finalidade – a reprodução biológica. As satisfações eróticas que não tivessem seus esforços voltados unicamente para a reprodução eram perversas e indicavam degeneração, hereditariedade doentia e a involução dos seres, desta maneira, o instinto sexual não se manifestaria apenas no ato sexual, mas também no plano moral, sendo responsável pela produção de características psíquicas e padrões de comportamento hereditários (BIRMAN, 1978 *apud* FACCHINETTI e QUEIROZ, 2006). Atrelada à higiene mental, a sexualidade era algo que devia ser erradicado através da pedagogia moral e todo comportamento que fugisse à regra era caracterizado como transgressão.

Na atualidade, ainda percebe-se um discurso permeado por questões moralizantes quando se trata de sexualidade. Entendida como uma expressão de volição humana e do afeto, os profissionais de saúde têm de se apoderar deste conceito para prestar uma assistência integral à saúde. Cabe ressaltar que a sexualidade ocupa um lugar central na condição existencial dos sujeitos, compreendendo as dimensões biológica, psicológica, social e cultural, esta, que se refere e esforça-se por enquadrar os

indivíduos em um padrão de comportamento criado e sancionado historicamente, à qual nossa análise crítica deve ater-se com cuidado especial.

2. JUSTIFICATIVA

O tema deste trabalho de conclusão de curso surgiu da inquietação da pesquisadora pelo importante papel da sexualidade na vida dos indivíduos a partir da participação em um projeto de extensão da Universidade de Brasília (UnB) - Faculdade de Ceilândia (FCE) intitulado “Falando sobre sexualidade com jovens do ensino fundamental: uma proposta reflexiva e motivadora”, bem como o interesse na área de saúde mental despertado durante o estágio e as disciplinas práticas da graduação. Os estigmas que recaem sobre a pessoa em sofrimento psíquico impedem, muitas vezes, que questões subjetivas sejam analisadas e existe uma dificuldade em lidar com este assunto de um ponto de vista existencial.

O estudo da sexualidade tem sido crescente em termos biológicos e de função sexual no campo da saúde no Brasil, principalmente nas esferas biomédica e farmacêutica, porém, a subjetividade assume papel secundário ou inexistente. Por ser um tema pouco explorado em saúde mental, ou somente associado ao quadro clínico dos pacientes, pretendo analisar como é percebido pelos profissionais de saúde e como esta percepção contribui para a condução do cuidado em um serviço de saúde mental.

Este trabalho propõe reflexão das práticas profissionais e dos saberes instituídos, podendo contribuir para a discussão teórica do assunto e crescimento do grupo, apoiando processos auto-analíticos.

3. OBJETIVOS

3.1. Geral: Investigar a percepção de profissionais de uma instituição de saúde mental no Distrito Federal em relação à sexualidade da pessoa em sofrimento psíquico.

3.2. Específico: Analisar as percepções e associá-las às práticas profissionais e à análise institucional do serviço.

4. REVISÃO DE LITERATURA

Na psiquiatria clássica, a sexualidade da pessoa em sofrimento psíquico sempre assumiu um papel secundário no plano de investigação da dimensão essencial dos sujeitos, isto se deve à perda de individualidade que os sistemas nosográficos apresentavam, sobretudo esforçando-se a enquadrar os padrões sexuais, e os distanciamentos deste padrão de comportamento eram relacionados a algum processo patológico (BIRMAN, 1980). No século XVIII

O instinto sexual foi isolado como instinto biológico e psíquico autônomo; fez-se a análise clínica de todas as formas de anomalia que podem afetá-lo; atribuiu-se-lhe um papel de normalização e patologização de toda a conduta; enfim, procurou-se uma tecnologia corretiva para tais anomalias. (FOUCAULT, 1988, p. 116.)

Freud, em “Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade” (1905) trouxe contribuições da teoria psicanalítica para compreender a sexualidade não somente no plano genital e sua importância em toda vivência humana. Assegurou que os conhecimentos tanto biológicos quanto psicológicos são insuficientes para diferenciar o normal e o patológico e afirmou que “[...] a pulsão sexual tem de lutar contra certas forças anímicas que funcionam como resistências, destacando-se entre elas com máxima clareza a vergonha e o asco” (FREUD, 1905, p. 153), entrando no campo da significação. Sobre isto, Dalgalarondo (2008) aponta que os fatores culturais, muitas vezes, sobrepõem os biológicos no que tange ao comportamento sexual.

No trabalho de Birman (1980) são apontados fatores centrais da relação entre o processo de internação e a expressão da sexualidade em ambientes asilares, sendo eles a mortificação e a redução do sujeito ao suporte corporal, transformando o corpo sexual em um corpo patológico que é suporte do investimento de um processo disciplinar de medicalização; a sexualidade como contrapoder institucional, resgatando a posse sobre o corpo em práticas transgressoras ao controle instituído; a sexualidade adoecida, a partir do confronto entre o sujeito e a ordem asilar, caracterizando as práticas sexuais como perigo à instituição, porquanto devem ser enfrentadas; e a sexualidade como

contribuinte para a ordem familiar, apontando os lugares sociais de homens e mulheres nas relações que se estabelecem dentro e fora da instituição.

Miranda e Furegato (2002) desdobram a percepção da sexualidade no discurso de enfermeiros como um mito, associado à transgressão, concluindo que sua manifestação discursiva mostrou a negação da sexualidade do doente mental, circunscrevendo-a no rol dos desvios, transgressões e doença. Ao negar, adotam uma posição de afastamento, em atitude ora repressiva, ora defensiva. Tal posicionamento revela a estratégia adotada sobre esse saber e poder, cumprindo as determinações do seu estatuto profissional, caminhando diretamente ao encontro das expectativas institucionais e sociais, que preconizam o afastamento e o julgamento moral, propondo uma “purificação” dos corpos institucionalizados. Kempton (1983 apud BRITO e OLIVEIRA 2009, p. 247) afirma que as pessoas em sofrimento psíquico “[...] podem ser encaradas como eternas crianças, dignas de piedade, pelo que precisam ser tratadas com benevolência.” Esta atitude, paternalista, avalia a sexualidade das pessoas em sofrimento psíquico como inexistente; se existe, apesar de tudo, há que negá-la e sublimá-la, pois se torna algo negativo que remete à sintomatologia da doença ou à vulnerabilidade do doente mental - a doenças sexualmente transmissíveis e violência sexual, que colocam o doente mental em situação desfavorável. Quando acontecem comportamentos sexuais as reações são, na generalidade, de medo e de repulsa.

A discussão de sexualidade em terapia ocupacional no Brasil ainda se atém muito à função, numa concepção reduzida de sexualidade como ato sexual, assumindo centralmente como barreira disfunções de ordem física. Em busca bibliográfica realizada na Biblioteca Virtual em Saúde com o uso dos descritores “Sexualidade”, “Saúde Mental” e “Terapia Ocupacional”, foram encontrados três artigos publicados entre 2002 e 2012. Destes, um tratava da psicopatologia em quadrinhos e cartoons, outro mostrava resultados de uma pesquisa com terapeutas ocupacionais acerca das demandas que se referiam à sexualidade em seus pacientes e o último, por sua vez, tratava da interpretação de políticas de saúde do trabalhador com foco em doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Em busca com os descritores “Terapia Ocupacional” e “Sexualidade” nove artigos foram encontrados, do período de 1999 a 2012. Destes, quatro tinham como assunto principal a sexualidade, dois a terapia ocupacional, e os outros abordavam assuntos como parafilia, relação médico-paciente,

relação profissional-paciente, prática profissional, terapia pela arte e reumatologia. Os artigos que discorriam sobre a terapia ocupacional referiam-se à prática profissional em hospitais, em reumatologia e lesões espinhais. Em revisão de sete periódicos nacionais e internacionais da terapia ocupacional (Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAR, Revista de Terapia Ocupacional da USP, Occupational Therapy International, The American Journal of Occupational Therapy, The British Journal of Occupational Therapy, Australian Journal of Occupational Therapy e Canadian Journal of Occupational Therapy) realizada por Monzeli e Lopes (2012), usando como descritores “sexualidade” (sexuality), “heterossexualidade” (heterosexuality) e “homossexualidade” (homosexuality), que voltou com dezessete trabalhos. Destes, três apontavam para a necessidade de considerar a sexualidade um tema importante no processo terapêutico ocupacional, sete tratavam da temática da sexualidade da pessoa com deficiência, quatro discutiam as capacidades técnicas dos terapeutas ocupacionais para abordar a sexualidade em suas práticas e pesquisas, e três buscavam identificar o conforto e o desconforto em discutir questões de sexualidade no processo de intervenção técnica. Como resultado, os autores identificam uma lacuna na formação acadêmica dos profissionais no que tange à sexualidade e no debate da inter-relação entre sexo, gênero, sexualidade e subjetividade. Apontam, também, para a necessidade de novos estudos que discutam a sexualidade não apenas como demanda de procedimentos clínicos, mas que levem em consideração seu caráter histórico, cultural e político (MONZELI E LOPES, 2012, p. 243). A carência de trabalhos que apontem para uma abordagem mais reflexiva da sexualidade em terapia ocupacional foi a motivação principal para a elaboração deste projeto. A sexualidade é uma atividade de vida diária que não se baseia apenas em instintos biológicos, com diferentes significados para os sujeitos, que perpassam regras sociais, empoderamento, relações pessoais, autocuidado, etc.

Um modelo usado por terapeutas ocupacionais é citado por Pedretti e Early (2005) como uma abordagem progressiva com o objetivo de ajudar o indivíduo a lidar com as informações sexuais, que é o PLISSIT (*permission, limited information, specific suggestions and intensive therapy* – permissão, informação limitada, sugestões específicas e terapia intensiva). A permissão consiste em proporcionar ao indivíduo a expressão de sentimentos a respeito da sexualidade, a informação limitada se refere à oferta de informações para identificar os efeitos da deficiência/morbidade e/ou do

tratamento (uso de drogas e/ou medicamentos) sobre o funcionamento sexual, as sugestões específicas surgem como meios de lidar com problemas específicos e a terapia intensiva “deve ser reservada para os raros pacientes que tem um padrão anormal para lidar com a sexualidade” (PEDRETTI e EARLY, 2005, p. 238). Para esta mesma categoria, existe uma definição de adentrar mais as questões discutidas e futuras. Esta abordagem é largamente utilizada em disfunções físicas – de ordem motora, neurológica, sensorial, etc. - e para educação em saúde. Sengupta e Sakellariou (2009) citam a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), muito utilizada por profissionais da área da reabilitação, para trazer à luz a sexualidade como fator componente da saúde dos indivíduos e apontam para uma análise simultânea da relação de funcionalidade, bem-estar e significação da sexualidade:

The ICF is a comprehensive framework and identifies sexual well-being as a factor, and this is evident from some of the categories that are dedicated to this important issue. The World Health Organization defines sexuality as a central aspect of being human throughout life and encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy, and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviors, practices, roles, and relationships. Although sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, ethical, legal, historical, and religious and spiritual factors. (SENGUPTA e SAKELLARIOU, 2009, p. 101)¹

A interação e o intercâmbio destes fatores, precursores da experiência de uma sexualidade integral, é de suma importância para a prática profissional de terapeutas ocupacionais. Se esta não ocorre, há o risco de uma abordagem unilateral das demandas de sexualidade. O estigma do doente mental como ser infra-humano impede que suas necessidades sejam expressas para além da patologia. Os trabalhos realizados neste

¹A CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade) é um quadro global e identifica o bem-estar sexual como um fator, isso é evidente a partir de algumas das categorias que se dedicam a essa importante questão. A Organização Mundial da Saúde define a sexualidade como um aspecto central do ser humano ao longo da vida e abrange sexo, identidade e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem todas elas são vivenciadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais. (tradução livre)

âmbito trazem à luz a negação, associação a quadros psicóticos e de crise, interdição e enquadramento a um discurso médico-institucional como atitudes mais recorrentes e apontam a necessidade de um olhar diferenciado para o tema sexualidade e revisão do papel de profissional desta área como um ator de cuidado integral. Há de se colocar aqui que toda a vivência humana está carregada de intencionalidade e de desejos por satisfação (MONEDERO, 1973 *apud* DALGALARRONDO, 2008), a estes se deve dedicar manejo diferenciado através da experiência pessoal do usuário. A forma como cada um expressa sua sexualidade é também uma característica de sua existência no mundo e de sua construção como pessoa, sendo este entendimento fundamental para que o cuidado em saúde mental seja realizado holisticamente.

5. PROPOSTA METODOLÓGICA

Foi utilizada a metodologia de grupo focal para investigar percepções dos profissionais de saúde, trabalhadores de um serviço de saúde mental no Distrito Federal acerca da sexualidade da pessoa em sofrimento psíquico com o escopo de compreender sua realidade social e organizacional através das práticas e discursos dos sujeitos envolvidos, trazendo à luz uma análise coletiva do dispositivo institucional e suas forças, neste sentido, o papel do analisador foi de colocar ao grupo certas situações para apreender e compreender sua verdade (L'ABATTE, 2012).

As atividades realizadas pelo serviço de saúde mental desta pesquisa incluem acolhimento, atendimentos individuais e em grupo, avaliações e acompanhamento interdisciplinar, visitas domiciliares, matriciamento; e conta com a participação de voluntários da comunidade em grupos de yoga e terapia comunitária, estando inserido em ações na comunidade.

O grupo focal é uma metodologia de abordagem qualitativa que, segundo Gatti (2005), permite fazer emergir uma multiplicidade de pontos de vista e processos emocionais ancorados na experiência cotidiana, pela interação proposta, para compreender a construção da realidade em determinados grupos, bem como percepções, crenças, valores, hábitos, práticas e simbologias no trato de determinada questão por pessoas que possuem traços em comum, neste caso, funcionários de um serviço de saúde mental do Distrito Federal. Para esta etapa foram convidados servidores do quadro efetivo da instituição, todos que concordaram foram incluídos na pesquisa. Este grupo aconteceu uma vez, com duração de uma hora. A escolha das variáveis analisadas foi embasada em três aspectos do problema que esta pesquisa pretendeu responder, que se situam no domínio das relações de gênero, de corpo e de subjetividade, para tanto, foi elaborado um roteiro de trabalho com questões propostas (apêndice 1). O registro foi feito por meio de gravação de áudio e posteriormente transcrito para análise dos dados. Foi elaborada breve apresentação do projeto juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), explicitando os objetivos, metodologia e aspectos éticos da pesquisa a ser entregue aos sujeitos participantes (apêndice 2).

A pesquisa foi submetida ao comitê de Ética da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília - CEP – FS – UnB (parecer 427.631) e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS (parecer 459.763) em conformidade com a

Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos.

O grupo focal foi realizado com quatro profissionais do sexo feminino, sendo duas psicólogas, uma terapeuta ocupacional e uma técnica em enfermagem (apêndice 3). O intervalo de idade entre as profissionais compreende a faixa etária entre 24 e 29 anos e o tempo de atuação em saúde mental varia de 6 meses a 5 anos.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram tomados, para análise do grupo focal, conceitos da análise institucional de implicação, sobreimplicação e implicação profissional (MONCEAU, 2008); instituição e imaginário social (CASTORIADIS, 2000) movimento instituinte-instituído (LAPASSADE, 1989; BAREMBLITT, 2002), função diacrítica (OURY, 2009), práticas discursivas, objetivadoras e subjetivadoras (FOUCAULT, 1979). Pretendeu-se, nesta pesquisa, conceituar um campo de análise a fim de produzir conhecimento com respeito ao mesmo.

Quando questionadas acerca da compreensão do termo sexualidade, questões de gênero, corpo, sentimentos e sensações emergiram num primeiro momento através do discurso das profissionais: “Eu coloquei que a sexualidade está relacionada a questões relacionadas a gênero e suas relações.” (S, psicóloga), “[...] É relacionado ao corpo, sensações e a gêneros.” (B, terapeuta ocupacional), também “Demonstração de afeto entre duas pessoas.” (A, técnica em enfermagem) e “[...] Relacionei a alguma coisa ligada a sensações e sentimentos mesmo.” (M, psicóloga).

Embora estas questões tenham sido citadas, a compreensão institucional da vivência da sexualidade perpassa a dicotomia demanda-queixa, percebendo-se muito presente a associação de sexualidade com o ato sexual, apontando como problema principal a baixa ou alta libido decorrente do uso de medicamentos no andamento do grupo focal. Dessa forma, o manejo da sexualidade ficaria restrito a dosar a vontade biológica e afetiva para o sexo. As instituições encontram sua fonte no imaginário social, com um componente funcional e um componente imaginário (CASTORIADIS, 2000). O componente funcional aqui, se daria pelo que se espera da instituição, sua função social de reabilitação e o imaginário, de extirpação dos males sociais. Sobre isto, Lima e Silva apontam:

As representações da instituição, [...] expressam no seu bojo a concepção do objeto como doença, de um saber científico tradicionalmente racionalista, centrado na relação doença-cura, problema-solução, predominando na configuração das práticas de saúde mental instituídas a concepção do modelo clínico-biológico, essencialmente individual-curativa. (LIMA e SILVA, 2004, p. 592)

O sistema institucional é anterior à própria instituição, num mesmo nível de base em que se pode situar a família, a divisão do trabalho, a instituição da afetividade e da

sexualidade (LAPASSADE, 1989). Um exemplo da representação desta instituição no plano social imaginário é de que há cura para uma sexualidade desviante da norma, apontado por S, psicóloga:

O caso das pacientes que vieram aqui pra acolhimento [...] foi assim. A família trouxe e na verdade elas não eram elegíveis pro serviço, não tinham nenhuma questão, mas havia um desconforto em função da amizade, da suspeita de elas terem algum tipo de relação [...] elas tinham uma amizade muito forte e tavam sempre juntas, só que levantava suspeita e a família se incomodava. E não só a família, isso foi questionado no serviço que a gente visita no matriciamento onde elas são referenciadas e até entre nós, assim, de perguntar se há e se isso estaria relacionado também a algum sofrimento. Pelo simples fato de andarem juntas.

Esta compreensão está intimamente ligada à moral burguesa que centralizou a sexualidade no relacionamento conjugal fundamentada no patriarcalismo que rejeita as condutas que diferem das heterossexuais, monogâmicas e com finalidade reprodutiva; que fez com que o homossexual carregasse o “estigma da ‘loucura moral’, da ‘neurose genital’, da ‘aberração no sentido genésico’, da ‘degenerescência ou do desequilíbrio psíquico’” (FOUCAULT, 1988, p.41), enfim, tivesse uma conduta ‘periférica’, alvo de intervenções psiquiátricas por um longo período de tempo. A técnica em enfermagem A, complementa:

Então, mas até que ponto a pessoa que é homossexual, ela é doente? É isso que eu acho que a sociedade empurra, entendeu? Pelo fato de duas pessoas do mesmo sexo estarem se envolvendo “tem alguma coisa errada!”. Quando não é demônio pela igreja é transtorno pela sociedade.

A permanência, ainda hoje, da heterossexualidade como padrão produz resultados que afetam o imaginário social, colocando o homossexual como um ser humano inferior, a quem deve destinar-se tratamento, mesmo tendo sido excluída do rol das doenças psiquiátricas em fevereiro de 1985 (TONIETTE, 2006, p.47). Em 1999, o Conselho Federal de Psicologia, pela resolução CFP 01/99 passou a proibir o tratamento psicológico com enfoque na “cura”, considerando que para haver cura há de caracterizar-se como doença, o que é incompatível no caso da homossexualidade (IDEM, p. 49). Porém, ainda consta no CID-10 a orientação sexual egodistônica, sendo caracterizada como quadro patológico de alguém que está sofrendo e/ou não aceita sua orientação sexual, isto tem gerado conflitos no que tange ao tratamento, muitas vezes ainda com enfoque moral e ideológico e não com vistas a torná-lo egossintônico.

Quando perguntadas sobre a relação entre sexualidade e sofrimento psíquico as profissionais apontaram para uma abordagem social, que engendra o sofrimento psíquico, diferentemente da leitura psicanalítica de que a sexualidade estaria envolvida na etiologia das neuroses. Esta compreensão aponta que a produção de um sujeito-indivíduo é inseparável das marcas coletivas (BARROS, 1993). Nas palavras de S, psicóloga:

Bom, eu acredito que qualquer coisa vai gerar um sofrimento à medida que a pessoa não consegue lidar com aquilo nem de forma positiva e nem... Nem o fato de não conseguir e o fato de não ter vontade, né, ou então do parceiro não querer, isso pode gerar sofrimento e faz parte da vida, eu acho que todos nós temos o direito.

M, psicóloga, aponta um exemplo:

A gente tem um caso de uma paciente que é homossexual e já teve algumas tentativas de suicídio e aí logo depois veio a parceira dela querendo ser incluída aqui também, então, assim, a gente vê até que ponto essa questão da sexualidade não tá, nos próprios pacientes, dizendo que aponta um tipo de sofrimento psíquico.

A, técnica em enfermagem, complementa:

Eu acho que nesse ponto, pelo menos na minha opinião, a sociedade adoce muito, muito. Porque querendo ou não a sociedade não tá aberta pro “homossexualismo”, pelo menos no que eu vejo. Pode falar o que quiser, que tá aberto, que estamos no século XXI e tal, mas ainda não é aceito.

Neste sentido, a instituição têm de lidar com forças internas e externas, bem como do imaginário social que exerce, “ela não pode mistificar o restante da sociedade com sua ideologia sem mistificar-se a si mesma ao mesmo tempo” (CASTORIADIS, 2000, p.139). O que para uma sociedade configura-se em problema é inseparável de sua maneira de ser, cultural e historicamente.

6.1. GÊNERO

O conceito de gênero surgiu a partir do movimento feminista como uma categoria descritiva e analítica dos papéis sociais desempenhados por homens e mulheres na sociedade em função do determinante biológico cromossômico sexual (XX, XY). Assim, o gênero aparece mais como um fator relacional histórico-social - e de

divisão do trabalho (BOURDIEU, 2002) - que um marcador de diferenças do corpo. As relações de gênero são, *a priori*, marcadas pelas relações de poder.

O gênero tem consequências importantes para o campo da saúde mental, podendo ser apontados aspectos como: prevalência de transtornos mentais, a apresentação sintomatológica, o prognóstico das doenças, a busca e adesão ao tratamento e a eficácia do mesmo (PHILLIPS e FIRST, 2008).

Refletir a saúde mental pelo viés do gênero é repensar e desnaturalizar certas diferenças tidas como intrínsecas, cuja biologização levaria à sua afirmação e a assunção de sua inevitabilidade. No campo de saúde mental isto se torna evidente através dos discursos e práticas objetivadoras inseridos num sistema cultural patriarcal, em que questões sociais podem ser invisibilizadas e/ou medicalizadas (ZANELLO e SILVA, 2012).

Em recente trabalho realizado em dois hospitais psiquiátricos de Brasília- DF (ZANELLO e SILVA, 2012) constatou-se que o perfil biométrico dos usuários atendidos nestes serviços é: mulher, não branca, com baixo índice de escolaridade, doméstica ou do lar. Os autores asseveram, a partir dos resultados, que uma boa análise deveria ser historicamente profunda, a fim de pensar as circunstâncias que tornam os indivíduos mais vulneráveis ao sofrimento, bem como os mecanismos sociais que engendram e cristalizam os mesmos. Apontam, também, a tendência a um hiperdiagnóstico de certas síndromes em mulheres e ao subdiagnóstico em homens, e o contrário para outras síndromes. Ao assumir o diagnóstico como um ato hermenêutico, de valoração, é necessário refletir acerca dos fatores envolvidos na relação profissional-paciente, bem como situações sociais e individuais que levam ao sofrimento psíquico. Sobre isto, Ludermir aponta:

O caráter social da doença mental se expressa objetivamente na sua distribuição desigual entre homens e mulheres e entre diferentes classes sociais. Essas desigualdades representam um persistente achado na literatura. Diversos autores têm encontrado alta prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) em mulheres, nos excluídos do mercado formal de trabalho, nos indivíduos de baixa renda e nos de baixa escolaridade. (LUDERMIR, 2008, p.451)

Os resultados do grupo focal vão ao encontro do perfil biométrico de Zanello e Silva (2012), que aponta para uma maioria de pacientes do sexo feminino. A partir deste dado, um maior cuidado é destinado a sexualidade da mulher, bem como um maior

controle, pois é no corpo da mulher que se materiliza a reprodução biológica e é na instituição que se aponta, muitas vezes, a falha. A psicóloga S pondera:

Uma discussão que a gente já teve entre a gente, sobre a questão que é a da natalidade, de muitas pacientes que têm várias gestações seguidas sem nenhum tipo de controle e muitas vezes é sugerido assim “ah, por que é que não faz a histerectomia, né, e tudo mais porque já tá no quarto filho e não tem condições de criar a criança, mal tem condições de sobreviver” e é uma coisa também muito recorrente que a gente acaba sempre abordando que também tá relacionada à sexualidade dela porque também é um direito da paciente de ter, não só o controle de natalidade, mas o direito à sexualidade. Muitas vezes, até que ponto a família interfere, né, de não querer que ela tenha relação. Já aconteceu também aqui de uma mãe fala assim “tenho medo da minha filha se relacionar com alguém, porque eu já cuido dela e se tiver um filho eu vou ter que cuidar do neto”. Então é uma discussão que faz parte da sexualidade.

Esta fala revela o medo instalado na família de uma gestação e maternidade indesejadas e manifesta-se pela interdição e pelo controle dos corpos. Birman (1980, p. 51) afirma que “se o comportamento da mulher é regulado com maior intensidade que o do homem, isto se deve [...] à representação que designa um lugar básico para o corpo feminino” no bojo da sociedade e da instituição.

Outra questão que aparece no grupo é a dificuldade da demanda masculina chegar em forma de queixa pelos usuários do serviço. Nas palavras de A, técnica em enfermagem:

Eu acho que é mais difícil a questão do homem assumir, porque voltando mais uma vez na questão da sociedade, o homem tem que ser macho, tem que dar conta, aí ele era, vamos supor, viril a vida inteira e agora não dá mais conta. Então pra você se abrir com qualquer um – vamos dizer assim – porque o acolhimento é o primeiro atendimento que você tem com a pessoa, e a pessoa já chegar assim. Principalmente homem eu acho que é mais difícil mesmo, por isso que a gente vê mais mulheres nesse sentido.

Sendo um serviço que tem em seu quadro de funcionários uma maioria de mulheres, elas crêem que torna-se mais difícil para o homem relatar problemas sexuais ou afetivos para uma mulher, pois existe uma representação essencial da sexualidade como um atributo do homem, constituinte de seu ser; porém, principalmente em consultas com o psiquiatra essa demanda chega, pois este profissional detém o saber e o poder, sendo elegido para solucionar esta problemática. Isto demonstra uma produção de necessidades sobreimplicadas (MONCEAU, 2008). A implicação pode ser definida

como a relação que os indivíduos desenvolvem com a instituição, que os leva a serem tomadas por ela a diferentes níveis, não somente numa relação de causa-efeito ou engajamento-indiferença. O conceito de sobreimplicação consiste na impossibilidade de analisar a implicação, que conduz o profissional a aceitar práticas que ele mesmo recusa ou não enxergar certas coisas dentro da instituição. Neste caso, temos como consequência uma medicalização da sexualidade, que aponta para sua resolução no plano biológico com menor importância no campo relacional, em consultas individuais ou em grupos.

Através do grupo, emergiu a identificação do usuário com profissional a partir do gênero, sendo esta, muitas vezes uma relação de transferência. A, técnica em enfermagem, relata:

Aqui já aconteceu do paciente optar por participar de algum grupo porque o profissional, o psicólogo, seja homem. Eu tinha inserido ele em um grupo que era uma psicóloga, uma mulher e aí ele perguntou “não tem homem?” e eu falei “tem”, mas não era o que eu queria, e aí ele “não, eu quero o de homem”. Aí eu falei “no grupo vai ter mulher também” e ele “não, mas eu quero que o psicólogo seja homem”. Eu já atendi alguns casos de pacientes homens querendo ser atendido por psicólogos homens assim como também mulheres que falaram assim “não, eu quero que seja uma psicóloga mulher”. Tem essas preferências de vez em quando, né, e isso deve significar alguma coisa.

As transferências podem ser definidas como “o conjunto de expectativas, crenças e respostas emocionais inconscientes que um paciente traz para a relação terapêutica” (ISOLAN, 2005, p 188) e a identificação através do gênero pode estar relacionada a figuras importantes do passado ou à crença de que um profissional do mesmo sexo conduziria melhor seu plano terapêutico.

A relação afetiva também apresenta queixas ao serviço, explicitando a questão do cuidado, do contrato e da recompensa; assumindo uma dimensão pedagógica institucional, em que o prazer sexual e a retomada de papéis desempenhados são colocados como uma finalidade a ser alcançada, como um prêmio pela cura. B, terapeuta ocupacional, diz:

Algumas chegam a relatar pra gente, assim: “ah, eu tenho que ficar boa logo porque se não meu marido vai me largar”, “eu não tô conseguindo cuidar da casa”, “eu não tô conseguindo cuidar dos

meus filhos”... “eu tenho que ficar boa”. E essa relação do afeto fica prejudicada.

Cabe ressaltar aqui que a instituição, por muito tempo, reafirmou no universo do patológico os lugares sociais do masculino e do feminino, reproduzindo a ordem familiar (BIRMAN, 1980). Defendemos que a instituição deve colocar-se como um lugar de passagem que o empodere para viver em sociedade, realizando contratualidades com sua vida.

6.2. CORPO E SUBJETIVIDADE

David Le Breton (2007) cita o corpo como vetor semântico pelo qual se evidencia a construção de sua relação com o mundo, visto que é ponto de convergência de fenômenos que são, simultaneamente, orgânicos e sociais. “Antes de qualquer coisa, a existência é corporal” (p. 7), o indivíduo inserido em qualquer que seja a cultura já nasce submetido a um conjunto de sistemas simbólicos. Logo, as representações do corpo remetem-nos a representações sociais de determinados grupos. As ciências médicas tiveram, por muito tempo, que confirmar suas hipóteses no corpo da pessoa em sofrimento psíquico, numa relação anatômica.

Não se trata, portanto de um encontro real, em que um sujeito objetifica o outro ao mesmo tempo que é por ele objetificado, mas de um encontro entre um sujeito e um corpo ao qual não é dada outra alternativa exceto a de converter-se em um objeto aos olhos de quem o examina. (BASAGLIA, 2005, p. 74)

Ao falarmos de corpo, algo concreto emerge: a existência corporal que todos experimentamos. O corpo aponta para alguém, porém existe um termo para tratar do corpo em termos abstratos: o organismo, fruto do discurso médico a que se pode projetar uma relação em que este é objeto imediato de estratégia de poder. (GUIBENTIF, 1991).

De muitas maneiras, os profissionais de saúde estão imbricados cultural e socialmente em dispositivos de produção de subjetividades sobreimplicadas que, por sua vez, geram subjetividades alienadas – através da mistificação e/ou do adoutrinamento dos usuários (BAREMBLITT, 1993). Isto fica evidente através de

algumas práticas institucionais de controle. B, terapeuta ocupacional, comenta sobre o grupo de autocuidado:

Tem de tudo, tem as super vaidosas, bem cuidadas, limpinhas, fazem as unhas, tem as mais ou menos que aí varia com o humor do dia, tem dia que tá bem e tem dia que vem um pouquinho mais esculachada, e aí até a gente chama um pouquinho de atenção.

Barros afirma que a subjetividade está circulando nos conjuntos sociais e “é assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares” (GUATTARI E ROLNIK *apud* BARROS, 1989). Esta noção de subjetividade aproxima-se de uma concepção menos individualista, que parte da análise de componentes de ordens extra-individual e intrapessoal dos sujeitos, sendo mecanismos de subjetivação.

A análise da significação do corpo perpassa mecanismos sociais, institucionais e do adoecimento, este que ocorre, não a nível corporal, mas reflete nele e o objetiva. Segundo Basaglia,

O doente mental sofre é da falta de um intervalo entre o eu e o corpo, o corpo e o mundo, um intervalo que o defenda da invasão do outro, que lhe permita apropriar-se de si, fazer-se um a partir do múltiplo opondo-se ao outro e ao mundo, de modo a emergir da comunidade indiferenciada e constituir o próprio corpo vivido (BASAGLIA, p.84)

Neste sentido, a instituição deve agir de maneira a utilizar-se de práticas subjetivadoras (ARAÚJO, 2008) que busquem auxiliar o sujeito a se reconhecer como tal, reconstruindo seu próprio corpo e seu próprio papel, significando-os. A, técnica de enfermagem, relata um caso:

Ontem mesmo tinha uma, que ela tomava o haldol e prometazina, duas medicações que tem que ser tomadas juntas, só que ela dizia que não tomava prometazina porque estava engordando. Até eu convencer ela que se ela não tomasse a prometazina junto com o haldol ela ia ficar igual a um robô, dura, foi uma hora! Porque não interessava, ela podia ficar dura, mas ela queria ficar dura magra.

S, psicóloga, pondera:

É até comum ter a compreensão de que, assim, colocar na balança quais são os benefícios, de que a medicação vai estar auxiliando em outras coisas que talvez sejam mais interessantes que simplesmente a questão estética, porque também é uma ambivalência, será que ela não tem o direito de manter o corpo dela? Mas não pode ficar sem a medicação... Então é uma luta.

O corpo encontra-se inserido num processo de produção de si e para si e a relação do sujeito com o que é enunciado expressa certa materialidade, localizada em meio a outras práticas não discursivas (ARAÚJO, 2008), socialmente apoiadas de que a imagem corporal lhe confere qualidades e institucionalmente sancionadas de que o cuidado sobrepe a subjetividade. Le Breton descreve esta relação:

A corporeidade entra na era da suspeição e torna-se facilmente uma peça de convicção. As qualidades do homem são deduzidas da feição do rosto ou das formas do corpo. Ele é percebido como a evidente emanção moral da aparência física. O corpo torna-se descrição da pessoa, testemunha de defesa usual daquele que encarna. O homem não tem poder de ação contra essa “natureza” que o revela; sua subjetividade só pode acrescentar pormenores sem reflexos sobre o conjunto. (LE BRETON, 2007, p. 17)

Desta maneira, as práticas corporais visam retomar a autonomia sobre si, numa dimensão em que classificação do sofrimento psíquico em sistemas nosográficos ou apresentação sintomatológica apresenta menor peso que a ideia preconcebida de corpos belos. Para uma aproximação desta realidade é preciso compreender o que aquele sujeito se tornou por causa dos parâmetros que lhe sancionaram a liberdade sobre o corpo.

Outro ponto importante que veio à luz através do grupo foi o trato destinado a situações em que o usuário do serviço fica nu ou tenta agarrá-las, as reações são de medo e afastamento, com sinalização daquele comportamento para outros profissionais. Estas reações denunciam uma dificuldade em trabalhar a sexualidade num plano que não seja das explicações e do controle, das prescrições de relações permitidas e não permitidas. Isto diz de uma subjetividade que naturaliza que o macho se coloque neste lugar, mas também a impossibilidade, no bojo da instituição, em lidar com um usuário que atue dessa forma. Embora haja um item destinado à sexualidade na ficha de acolhimento, persiste a dificuldade em abordar o tema em outros espaços.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pudemos, através deste trabalho, discutir a partir do referencial da análise institucional, o dispositivo sexualidade dentro de um equipamento de saúde mental desencadeando processos de reflexão entre os participantes e a pesquisadora, porém existe a necessidade de estudos mais abrangentes, em diferentes instituições de saúde mental para compreender a dinâmica do cuidado em saúde mental relacionado à sexualidade, e também a necessidade de criação de espaços coletivos diversos para fazer a análise da implicação: suas resistências, dificuldades, análises dos discursos e da gênese das resistências, do lugar social ocupado pelo coletivo e da relação profissional-usuário. Isto pode ser realizado por meio de um movimento instituinte; de sensibilização e análise que traga à luz as práticas profissionais, as questione e as repense. Segundo Oury (2009), a função diacrítica afigura-se como capacidade de distinguir o que é um acontecimento individual e o que é um acontecimento coletivo, sendo coletivo o que é de cunho institucional. Para isso é necessário ter a função de decisão, “é certo que quando alguma coisa se passa, isto é, quando há um acontecimento, este acontecimento é forçosamente indexado por todo mundo como acontecimento” (OURY, 2009, p. 95), podendo ser a interpretação de um fato. Aqui, há de se respeitar o tempo de reflexão do coletivo, analisar em que momento questionar e como questionar. Oury lança as seguintes expressões para a explicação da sublimação de certos acontecimentos:

A frase que eu queria colocar em epígrafe é “ça ne va pas de soi”. Então, se quisermos ser sutis, podemos sublinhar as duas negações. A primeira “ne” é classicamente o que se chama de ordem discordancial, enquanto que o “pas” é da ordem do forclusivo. [...] Mas essa frase opõe-se imediatamente a uma que é “ça va de soi”. E, para estar tranquilo no seu trabalho (porque chamamos isso de “trabalho!”), para tirar férias tranquilamente, para voltar pra casa tranquilamente, é melhor optar por “ça va de soi”. Em revanche, há energúmenos que optam sempre por “ça ne va pas de soi”. Então, há um tipo de clivagem, às vezes um pouco difícil de traçar, entre aqueles do “ça va de soi” e aqueles do “ça ne va pas de soi”. Também poderíamos dizer sutilmente: há aqueles do “ça va pas de soi”. Eles fazem saltar o discordancial “ne”. Eles são apaixonados, esses aí, são tipos de quem é preciso sempre desconfiar (OURY, 2009, p. 95)²

A colocação da sexualidade como um alvo de intervenção medicamentosa e comportamental está comumente delegada ao “ça va de soi”, com protagonismo

² NT.: a expressão “ça ne va pas de soi” poderia ser traduzida por “isso não é óbvio”, embora este termo pareça não dar conta da expressão em francês. A partir dessa expressão, Oury declina duas outras: a forma afirmativa “ça va de soi” (“isso é óbvio”) e uma outra negativa “ça va pas de soi”, que teria a mesma tradução que “ça ne va pas de soi”, apesar de não conter o discordancial “ne”.

reduzido pelo “*ça ne vas de soi*” que movimenta a reflexão de que este é um problema que deve vir à luz no campo relacional.

Apresenta-se como viés a faixa etária das participantes, que revela uma formação e tempo de atuação em saúde mental mais recente, de modo que o cuidado em saúde mental apresenta-se numa concepção mais atual.

A limitação que se apresentou nesta pesquisa foi a participação exclusivamente de mulheres no grupo focal, que impediu uma análise aprofundada da instituição e das relações do conceito pelos profissionais homens. Desta limitação, surge também a necessidade de análise mais profunda acerca do medo gerado nas profissionais da aproximação do usuário, ou mesmo de existir investidas masculinas e direção a seus pares com uso de força, visto que “o fato de a mulher ser objeto de uma investida sexual masculina é menos funesto na economia simbólica da instituição, do que ser sujeito desta investida, na medida em que ser objeto corresponde a seu *lugar natural*” (BIRMAN, 1980, p.51), aqui temos um padrão cultural masculino que ainda prepondera na sociedade ocidental. Não querer o sexo não está somente relacionado à medicação ou baixa autoestima, mas à forma como nos relacionamos em sociedade, que pode fazer com que as relações afetivas se mantenham mesmo dentro de padrões doentios, o que faz gerar o sofrimento psíquico e as dificuldades de relacionamento. A transferência erótica não deve apenas ser vista como resistência e entrave, mas, também como uma valiosa ferramenta para comunicação que pode contribuir para o tratamento (ISOLAN,2005).

Foi sugerido pelos participantes do grupo focal a necessidade de criação de uma grupo sobre sexualidade, que pode reforçar a colocação deste tema à margem, relacioná-lo com o foro íntimo da relação sexual ou com as doenças sexualmente transmissíveis. A sexualidade está na vida, e precisa ser tratada como um tema transversal, que pode surgir não somente em grupos de fala, mas em grupos de atividades que podem fazer emergir questões implícitas do grupo, tornando-as explícitas de acordo com a forma que os usuários lidam com a tarefa proposta, sendo valioso instrumento para reflexão, resolução de conflitos e facilitador de interação social.

Neste sentido, as proposições de Monzeli e Lopes (2012) vão ao encontro da reflexão gerada neste trabalho de que existe a necessidade de questionar e trabalhar as

diferentes concepções de sexualidade, bem como os parâmetros em que estas estão inseridas, pois no cotidiano as ações dos profissionais são direcionadas para os usuários com diferentes demandas e alteridades. Outrossim, modelos como o PLISSIT e a CIF podem ser valiosos para o profissional inserido na instituição de saúde mental para criar um ambiente em que queixas referentes à sexualidade possam ser acolhidas. Para o terapeuta ocupacional, cabe pensar a sexualidade como atividade de vida diária com significados diversos que atravessam campos relacionais, sociais, políticos, históricos, etc.

O dispositivo sexualidade, conforme Foucault (1988), é histórico e cultural, uma rede onde a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação de conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências se encaixariam uns aos outros, segundo algumas estratégias de saber e poder. Dessa forma, o desejo pelo sexo, pautado como sinônimo de sexualidade em nossa cultura, não é naturalizado, mas sim construído socialmente, que reflete os efeitos dessa prática no movimento instituinte-instituído.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, Paulo. A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: KALIL, M. E. X. (Org.). **Saúde mental e cidadania no contexto dos Sistemas Locais de Saúde**. São Paulo-Salvador: Ed. Hucitec/ Cooperação Italiana em Saúde, 1992, p. 103-119.
- AMORIM, Emmanuela M., **(Inter)Relações entre Saúde da Família e CAPS: A perspectiva dos trabalhadores sobre o cuidado a portadores de transtorno mental em Campinas-SP**. Campinas, SP, 2008. Dissertação [Mestrado] Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
- AUSTRALIA, National Centre for Gynaecological Cancers. **Screening for physocosexual concerns: PLISSIT and Ex-PLISSIT models**. Disponível em <http://modules.cancerlearning.gov.au/psgc/index.php?option=com_content&view=article&id=76&Itemid=119> Acesso em 01 de Julho de 2013.
- BAREMBLITT, Gregório. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Belo Horizonte. Instituto Felix Guattari. 5ª. ed., 2002.
- BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BIRMAN, Joel. **Sexualidade na Instituição Asilar**, Rio de Janeiro: Achiamè, 1980.
- BRITO, Patrícia Francisca, OLIVEIRA, Cleide Correia. A sexualidade negada do doente mental: percepções da sexualidade do portador de doença mental por profissionais de saúde. **Ciências & Cognição**, 2009, Vol 14 (1): 246-254.
- BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

CASTORIADIS, C.; A instituição imaginária da sociedade. In: **A instituição e o imaginário**; 5ª Ed.; Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000 [1982], p. 139 - 164.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**, 2ª edição, Porto Alegre: Artmed, 2008. Síndromes relacionadas à sexualidade, p. 352 – 351

FACCHINETTI, Cristiana; VENANCIO, Ana Teresa A. Entre a psicanálise e a degenerescência: sexualidade e doença mental no início do século XX no Brasil.

Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fund., IX, 1, 151-161

<<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2330/233017581012.pdf>> Acesso em 29 de Agosto de 2012

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: A vontade de saber**. São Paulo: Graal. 22ª edição, 1988.

FREUD, Sigmund. **Um caso de Histeria, Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Sindicato Nacional dos Editores de Livros, 1856, 1934.

GALLIO, G.; CONSTANTINO, M.; L'école de liberte. *Interview à François Tosquelles*, 1987 in: LANCETTI, A. (org.) **Grupos e Coletivos, SaúdeLoucura 4**. São Paulo: Hucitec, 1993, p. 85 – 128.

GATTI, Bernadete Angelina. **Grupo Focal na Pesquisa Em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

ISOLAN, Luciano Rassier. Transferência erótica: uma breve revisão. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul** [online]. 2005, vol.27, n.2, pp. 188-195. ISSN 0101-8108.

L'ABATTE, Solange. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. **Mnemosine**, Vol.8, nº1, p. 194-219, 2012.

LANCETTI, Antonio et al. **SaúdeLoucura 4 – Grupos e coletivos**. São Paulo: Hucitec,

LE BRETON, David. **A sociologia do corpo**. 2ª edição. Tradução de Sonia M.S. Furhmann. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

LUDERMIR, Ana Bernarda. Desigualdades de Classe e Gênero e Saúde Mental nas Cidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18 (3): 451 – 467, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n3/v18n3a05.pdf>> Acesso em 30 de Junho de 2013

MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes. FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Percepções da sexualidade do doente mental pelo enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2002, vol.10, n.2, pp. 207-213. ISSN 0104-1169. <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10516.pdf>> Acesso em 29 de Agosto de 2012

MONZELI, G. A.; LOPES, R. E. Terapia ocupacional e sexualidade: uma revisão nos periódicos nacionais e internacionais da área. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v. 23, n. 3, p. 237-44, set./ dez. 2012.

OURY, Jean. **O coletivo**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009.

PEDRETTI, Lorraine Williams; EARLY, Mary Beth. Sexualidade e disfunção física, p. 226 – 240. In: **Terapia Ocupacional – Capacidades Práticas Para as Disfunções Físicas**; 5ª edição, São Paulo: Roca, 2005.

PINHEIRO, Clara Virgínia de Queiroz; QUEIROZ, Cristiana Holanda. O encobrimento do erotismo na sociedade contemporânea. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**; v. 64, n.2, 2012.

RODRIGUES, José Carlos. **Tabu do Corpo**. 7ª ed. rev., Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

SENGUPTA, Subhajt; SAKELLARIOU, Dikaios. Sexuality and Health Care: Are We Training Physical Therapy Professionals to Adress their Clients' Sexuality Needs?. **Journal of the American Physical Therapy Association**, January 2009, vol. 89, no. 1, p. 101-102. Disponível em: <<http://ptjournal.apta.org/content/89/1/101.full>> Acesso em 07 de Maio de 2013

TONIETTE, Marcelo Augusto. Um breve olhar histórico sobre a homossexualidade. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, 2006, v. 17, n.1, p. 37 – 52. Disponível em <<http://www.sbrash.org.br/portal/images/stories/pdf/5-rbsh-vol17-2006-n1.pdf#page=37>> Acesso em 21 de Novembro de 2013

ZANELLO, Valeska; SILVA, René Marc Costa Silva. Saúde mental, gênero e violência estrutural. **Revista Bioética**, 2012; 20 (2), p. 267 – 279

9. APÊNDICE

Roteiro de trabalho do grupo focal (Apêndice 1)

Considerações gerais

- 1- Em primeiro momento, gostaria que todos fizessem anotações pessoais acerca do entendimento que possuem acerca do termo “sexualidade” e posteriormente lessem e se posicionem para o grupo.
- 1.1 - Qual o papel a sexualidade ocupa na vida dos usuários deste serviço? Essa demanda chega de que maneira?
- 1.2 – Este papel mostra-se prejudicial ou positivo?
- 1.3 – Existe relação entre sexualidade e sofrimento psíquico?

Relações de Gênero

- 2 – Gostaria que me falassem um pouco das, se percebem, diferenças entre as demandas que recebem aqui, de homens e mulheres.
- 2.1 - Quais são suas principais queixas? Quais delas referem-se à sexualidade?

Corpo e Subjetividade

- 3 – Como vocês percebem o sentido que os usuários dão ao próprio corpo? Quais são suas práticas? (de higiene, cuidados pessoais, de saúde)
- 3.1 – Como este serviço atua neste sentido?



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UnB) – FACULDADE DE
CEILÂNDIA (FCE)**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Temos o prazer de convidá-lo(a) a participar de uma pesquisa provisoriamente intitulada “Sexualidade em Saúde mental”. Após ler os esclarecimentos abaixo, caso aceite fazer parte desta pesquisa, rubriche as duas folhas e assine ao final deste documento que está em duas vias, uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável.

O objetivo desta pesquisa é conhecer a percepção dos profissionais de saúde mental sobre a sexualidade de pessoas em sofrimento psíquico, bem como analisar estas percepções pelo arcabouço da análise institucional a fim de subsidiar um debate acerca do tema trazendo à luz as práticas profissionais.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através de uma etapa desta pesquisa que consiste em um grupo focal. As discussões serão sobre as relações que se estabelecem entre a sexualidade e o sofrimento psíquico no domínio do corpo, das relações de gênero e da subjetividade. Este momento acontecerá em data previamente estabelecida, com duração máxima de 2 (duas) horas. Será utilizado um gravador de áudio para se garantir que todas as informações fornecidas pelos servidores durante as discussões possam ser recuperadas e analisadas posteriormente. A identidade e a privacidade dos servidores serão preservadas na transcrição das falas e incorporação das informações ao trabalho, para utilização como forma de resultados que serão divulgados academicamente, sem referências individuais, garantindo seu anonimato.

O(a) Senhor(a) será voluntário(a) isento de qualquer remuneração ou benefício, sendo livre para se recusar a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento caso lhe traga constrangimento de alguma natureza. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dra. Paula Giovana Furlan (61) 81180707 (pesquisadora responsável), (61) 31078419 (Secretaria da Faculdade de Ceilândia).

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br.

Eu, _____,
aceito o convite para participar da pesquisa “Sexualidade em Saúde mental”. Fui informado e suficientemente esclarecido dos procedimentos e objetivos desta pesquisa. Tenho ciência de que posteriormente os resultados desta pesquisa serão divulgados em congressos e revistas científicas. Também fui informado que este projeto não me trará nenhum ônus financeiro, e não me trará nenhum dano físico; que posso abandoná-lo quando eu quiser, sem nenhum prejuízo. Foi-me assegurado o direito a não identificação e à confidencialidade dos dados obtidos.

Assinatura do participante

Prof. Dra. Paula Giovana Furlan

Orientadora de pesquisa

Brasília, ___ de _____ de _____

Grupo Focal (Apêndice 3)

Depois que vocês terminassem de preencher o formulário que entreguei eu gostaria que escrevessem alguma frase, alguma anotação acerca do que vocês entendem por sexualidade.

Agora eu queria que vocês lessem o que escreveram.

S – Eu coloquei que a sexualidade está relacionada a questões relacionadas a gênero e suas relações.

B - Eu coloquei que é relacionado ao corpo, sensações e a gêneros.

A – Demonstração de afeto entre duas pessoas.

M – Como eu vi aqui no final da palavra, né “idade”, felicidade e tal então eu relatei a alguma coisa, né, ligada a sensações e sentimentos mesmo.

Você poderiam falar mais um pouco disso, comentar as respostas uma da outra?

S – Eu coloquei mais gênero e suas relações, mas tem as relações do corpo, como a B colocou, da M.

B – O bacana da A é que ela colocou um afeto mais íntimo, acho que junta tudo que nós colocamos num aspecto mais íntimo.

A – É, porque pra mim a sexualidade, assim, da palavra mesmo, pegando prefixo e sufixo, pra mim é isso, porque a relação de afeto você pode ter de várias maneiras, só que dentro da sexualidade, pra mim é uma coisa mais íntima, mais específica.

O que vocês acham, de qual é o papel que a sexualidade ocupa na vida dos usuários que vocês atendem aqui? Essa demanda chega? Como isso acontece?

M – Bom, o que eu tenho percebido é que quando chega a gente às vezes não tem uma forma de abordar, por exemplo, o paciente chegou aqui e a calça dele começou a descer até que apareceu o órgão genital dele e aí a A tinha fechado a calça dele, depois ele queria que eu tivesse fechado e aí... né, eu fiquei incomodada. E aí, assim, era um momento que eu deveria abordar o tema, né, de alguma forma e aí a gente dá uma fugida.

A – Eu acho também que, pelo menos do que eu vejo, da maioria dos pacientes, quando chega aqui é mais quando ela está em baixa, mais com queixa e outra coisa que eu fico muito incomodada aqui é que a gente não tem, entre aspas, um grupo específico, porque individualmente não dá porque é muita gente, mas um grupo que eu até venho pensando em fazer quando a gente mudar, sobre sexualidade mesmo, porque eles não têm um espaço pra isso.

M – É verdade. No acolhimento, que é o único atendimento, um dos poucos atendimentos individuais que a gente faz, aí tem uma parte lá que a gente pergunta, e isso realmente que a A falou é verdade, eles sempre falam “não tenho libido”, “não tenho interesse”, “não faço”... Pessoas que são casadas, inclusive, há 20, 30 anos ou mesmo recém-casadas, eles mesmo comentam da inatividade sexual.

Por que vocês acham que isso acontece?

B – Quando eles falam, né, porque ainda tem aqueles casos de mesmo no acolhimento a gente pergunta e você vê que a pessoa ficou um pouco incomodada com a pergunta. Tem acontecido isso em alguns casos.

A – É como se pra eles a sexualidade fosse um tabu ainda, como se eles não pudessem falar, não sei se pela cultura ou por religião, enfim, “N” fatores, como se tivesse uma vergonha ou um pudor em falar sobre sexualidade, como se não fosse algo natural, que acontece, né.

M – Um caso que a gente atendeu, que a gente falou disso, foi do paciente com a esposa, eles estão tendo um problema conjugal e aí a gente abordou, né, esse tema, se eles ainda transam, como é que tá isso e aí ela manifestou que não tem mais interesse

nenhum e ele força às vezes, demonstrando o desinteresse dela, né, a dele tá lá latejando.

B – Eu já atendi um caso ontem, no acolhimento que bem no finalzinho aí que ela veio me relatar isso. A pessoa acolhida era a esposa, o marido tava acompanhando e ela falou assim “eu tô com medo de ficar perto dele, ele vem pra me abraçar e eu tenho medo.” Então, assim, a libido dela tá bem baixa e ela não quer nem encostar, ele vem pra abraçar e ela tem receio.

A – Tinha um caso aqui que ele teve que se mudar, que era o contrário, que ele era louco pro sexo, tanto que virou uma doença, não era normal, vamos dizer assim. Ele era louco, ele era doente, então a gente tem tanto ao céu e tanto ao mar.

M – E a gente tem caso, também, de paciente do grupo do outro profissional que não tá aqui, de, é... Dos pacientes se interagirem no grupo, dois pacientes que meio que se apaixonaram e rolou, parece que eles “ficaram” e tal e aí não tá rolando mais e teve o maior stress, maior briga.

S - E ao mesmo tempo gera aquele sentimento da gente, assim, de qual é a nossa responsabilidade diante disso.

B – A gente tem que não deixar, ou a gente incentiva?

S – E até uma discussão que a gente já teve entre a gente, sobre a questão que é a da natalidade, de muitos pacientes que têm várias gestações seguidas sem nenhum tipo de controle e muitas vezes é sugerido assim “ah, por que é que não faz a histerectomia, né, e tudo mais porque já tá no quarto filho e não tem condições de criar a criança, mal tem condições de sobreviver” e é uma coisa também muito recorrente que a gente acaba sempre abordando que também tá relacionada à sexualidade dela porque também é um direito da paciente de ter, não só o controle de natalidade, mas o direito à sexualidade. Muitas vezes, até que ponto a família interfere, né, de não querer que ela tenha relação. Já aconteceu também aqui de uma mãe fala assim “tenho medo da minha filah se relacionar com alguém, porque eu já cuido dela e se tiver um filho eu vou ter que cuidar do neto”. Então é uma discussão que faz parte da sexualidade.

A – *O que ela falou é bem interessante também, até a própria família acha que pelo fato de o paciente ter algum transtorno ele não é capaz, vamos dizer assim, de ter uma vida sexual.*

S – *“Ele não pode ter, é proibido...”.*

A – *Então, são coisas que eu acho que é pra se trabalhar tanto com o paciente quanto com os familiares.*

S – *Com a rede também.*

A – *É.*

A maioria dos pacientes que vocês atendem aqui são casados?

M – *Uma grande parte.*

A – *Principalmente as mulheres.*

S – *Mas a gente não tem estatística exata pra saber se a maior parte é casada, ou se não, mas os que a gente atende sim, ou tem algum relacionamento. Alguns têm a libido lá em cima e outros, até pela medicação, ficam com a libido mais em baixa, né?*

E essa é uma queixa que também chega? Por causa da medicação?

S- *Sim.*

M – *Chega bastante.*

S – *“Eu tô tendo impotência em função do medicamento, tô muito sonolento”.*

B – *Ele chega assim, pra psiquiatra e fala. Eu faço visitas domiciliares junto com os agentes comunitários e em algumas visitas eles falam “me passa um remédio pra impotência, porque não tá funcionando nada”.*

S – *Eu fui quase agarrada aqui, né, em uma situação conversando com o usuário e ele veio pra pegar na minha cintura e me dar um beijo, sabe, o impulso... Eu segurei as mãos dele e olhando nos olhos dele falei firme com ele “vamos entrar na sala?” pra colocar mesmo um limite. Não sei se eu deveria ter feito outra coisa, não sei, no momento me pareceu o mais correto, de ... só segurei a mão dele. Ainda mais porque eu não tava esperando, né. Mas depois disso foi tranquilo, mas você tem às vezes que manter uma certa distância, avisar as outras profissionais pra também já tomar um cuidado com que esteja com a libido mais exacerbada.*

A – *Eu tô puxando aqui pela memória, a gente tem muito caso.*

S – *Tô lembrando daquele caso que a agente de saúde trouxe, mas não daqui, que ela falou com a gente do paciente que era homossexual, transexual na verdade, que queria ficar numa ala, mas na verdade tinha que estar numa outra, ao mesmo tempo o parceiro não ia querer que ele ficasse lá... Enfim, era uma questão aí muito ética, e de gênero muito complicada de lidar por que a gente, no caso, de saúde que separa muito pela questão biológica, né, pelo sexo. Então essa foi uma questão que ela trouxe, que achei também bem interessante, até mesmo a questão do banheiro...*

Vocês acham que essa demanda, quando ela chega, se mostra de forma mais prejudicial ou positiva para o usuário?

M – *Se for pôr na balança é mais queixa do que qualquer outra coisa.*

S – *É difícil chegar até a queixa às vezes, que eles não têm muita abertura pra estar falando.*

A – *Tem o paciente que era hiperssexualizado que aí ele fez um contrato com a parceira no sentido de acalmar mais, quando ele quisesse, assim que ela não aguentava todo tempo, como a gente tá falando, vai lá na rua, toma um banho, dá uma volta, se acalma. Porque assim, é igual eu tô te falando, ou é sempre pouco ou é sempre muito as queixas que a gente tem, não tem um meio-termo. Teve um paciente que era hiperssexualizado também que ele atacava as mulheres na rua e tava correndo o risco de ser linchado pelos moradores.*

Vocês acham que existe alguma relação entre sexualidade e sofrimento psíquico?

A – *No caso de alguns transtornos, a hiperssexualidade vai aparecer sim, principalmente, se não me engano o esquizofrênico é um deles, aparece demais, demais. Não é sempre, mas tem uma época, assim, que o paciente fica bem hiperssexualizado. Se ele te ver ele quer te pegar, e ele vai te chamar de gostosa e vai querer pegar, e te abraçar, principalmente, pelo menos o que eu vejo aqui, esquizofrênicos. E os depressivos, em contrapartida, têm a diminuição da libido.*

S – *Bom, eu acredito que qualquer coisa vai gerar um sofrimento à medida que a pessoa não consegue lidar com aquilo nem de forma positiva e nem... Nem o fato de não conseguir e o fato de não ter vontade, né, ou então do parceiro não querer, isso pode gerar sofrimento e faz parte da vida, eu acho que todos nós temos o direito.*

M - *Sufrimento tá aí pra qualquer um, né, pra quem tem transtorno e pra quem não tem.*

S – *Então, assim, claro que vai gerar um sofrimento, geraria pra gente. Lógico, vai estar relacionado ao adoecimento também. Não vou dizer que vai ser a causa, pode ser como não, de um adoecimento.*

M – *A gente tem um caso de uma paciente que é homossexual e já teve algumas tentativas de suicídio e aí logo depois veio a parceira dela querendo ser incluída aqui também, então, assim, a gente vê até que ponto essa questão da sexualidade não tá, nos próprios pacientes, dizendo que aponta um tipo de sofrimento psíquico. E ela não era elegível pra o serviço, assim.*

A – *Eu acho que nesse ponto, pelo menos na minha opinião, a sociedade adoecer muito, muito. Porque querendo ou não a sociedade não tá aberta pro “homossexualismo”, pelo menos no que eu vejo. Pode falar o que quiser, que tá aberto, que estamos no século XXI e tal, mas ainda não é aceito.*

B - *É um tabu ainda.*

S - *O caso das pacientes que vieram aqui pra acolhimento, das surdas, foi assim. A família trouxe e na verdade elas não eram elegíveis pro serviço, não tinham nenhuma questão, mas havia um desconforto em função da amizade, da suspeita de elas terem algum tipo de relação. Sendo que na verdade não tinha, quando o intérprete veio, nenhum tipo de relação entre elas, cada uma tinha seus parceiros, mas pela amizade e por elas compartilharem da mesma situação, de serem surdas, elas tinham uma amizade muito forte e tavam sempre juntas, só que levantava suspeita e a família se incomodava. E não só a família, isso foi questionado no serviço que a gente visita no matriciamento onde elas são referenciadas e até entre nós, assim, de perguntar se há e se isso estaria relacionado também a algum sofrimento. Pelo simples fato de andarem juntas.*

A – *Então, mas até que ponto a pessoa que é homossexual, ela é doente? É isso que eu acho que a sociedade empurra, entendeu? Pelo fato de duas pessoas do mesmo sexo estarem se envolvendo “tem alguma coisa errada!”. Quando não é demônio pela igreja é transtorno pela sociedade.*

Surgiu uma coisa aqui que vocês falaram. Queria saber como que é ser mulher e lidar com essas questões.

A – *Primeiro que nós somos maioria, hoje no serviço a gente tem três homens. Pra quantas mulheres? Vinte?*

B – *Tem quatro homens.*

S – *Eu já passei por uma situação, não aqui, mas em consultório, do paciente demorar muitas sessões e me pedir desculpa várias vezes pra poder abordar o tema da sexualidade porque achava inapropriado conversar comigo porque eu era mulher. Ele falava “eu sei que você é mulher” e eu falava “aqui é ambiente de terapia, você pode falar, fique à vontade” e mesmo assim ele ficava muito constrangido de falar pra mim, como mulher, até que a gente quebrou essa barreira, ele compreendeu que lá eu era a profissional e ele não tinha que ter receio de falar sobre uma coisa que tava gerando sofrimento nele, que era em função, inclusive da baixa libido por conta das medicações, dos psicotrópicos, ele conseguiu ultrapassar, mas ainda assim me pediu desculpas acho*

que uma sessão quase inteira: “Desculpa falar isso pra você, desculpa falar isso, é que eu tô constrangido”. Então pra gente enquanto mulher é difícil nisso, porque é relacionado como se não pode falar, com mulher não pode falar sobre isso. Ou você fala com seus pares ou você não fala.

A – Aqui eu nunca atendi pessoa pedindo desculpa por se tratar de questão sexual, mas de optar por participar de algum grupo porque o profissional, o psicólogo seja homem. Eu tinha inserido ele em um grupo que era uma psicóloga, uma mulher e aí ele perguntou “não tem homem?” e eu falei “tem”, mas não era o que eu queria, e aí ele “não, eu quero o de homem”. Aí eu falei “no grupo vai ter mulher também” e ele “não, mas eu quero que o psicólogo seja homem”. Eu já atendi alguns casos de pacientes homens querendo ser atendido por psicólogos homens assim como também mulheres que falaram assim “não, eu quero que seja uma psicóloga mulher”. Tem essas preferências de vez em quando, né, e isso deve significar alguma coisa.

S – E, ao mesmo tempo também tem as situações, os cuidados que a gente acaba tendo que ter, como a B colocou, né. Quando o paciente vem altamente sexualizado os cuidados que a gente tem que ter, às vezes como a gente pode vir a se sentir se não estiver preparada, de se sentir até invadida dentro da nossa individualidade. Então a gente toma certos cuidados pra não se sentir invadida também.

M – Pra não acontecer nenhum incidente.

S – Porque, na verdade é um cuidado que a gente pode ter também, não só relacionado à sexualidade, mas também com relação a outros riscos, de heteroagressividade, do paciente avançar em você. Então, na verdade, enquanto mulher – não mais sexo frágil - mesmo assim a gente tem que tomar esse cuidado. Se não a gente pode ser agarrada ou levar uns tapas.

A – Eu já levei um tapa de um paciente. Levei um tapa porque o paciente queria me abraçar, só que de um jeito mais malicioso e eu falei não, daí ele “pá”. Então é uma coisa que pode acontecer e você tem que ficar bem atenta e impor limites.

S – E acho que o limite também da gente é muito importante pra não sentir essas invasões e nos afetar psicologicamente, mesmo porque cada um tem a sua forma de

lidar com o outro e a gente tem que respeitar a forma que eles tão lidando com o mundo assim como a gente tem que estar preparada pra isso.

B – E é importante também essa comunicação entre os profissionais, porque, por exemplo, às vezes acontece como aconteceu com a A, e de às vezes comunicar aos outros profissionais: “olha, toma mais cuidado, atende ele num lugar mais assim, não numa sala fechada” até mesmo pra nos resguardar perante a esses casos, né, que podem acontecer.

Agora eu gostaria que vocês me dissessem se percebem diferenças das demandas de homens e mulheres aqui?

M – Olha, em acolhimento eu percebo que as mulheres são as que falam mais se tão tendo problema com relação à libido ou não. Os homens raramente falam. Porque eu pergunto, tem uma parte lá da nossa ficha de acolhimento que tem um campinho que a gente marca e eu falo, pergunto pra saber realmente como é que tá. Homem raramente fala que “ah, não, tô com algum problema”. Nunca, desde que cheguei aqui atendi algum homem que tenha falado que tá com algum problema de impotência, alguma coisa nesse sentido, agora mulher fala: “não, não tô com vontade”, “não tô fazendo”, “não quero”, “tô seca”, já ouvi várias coisas nesse sentido.

A – Mas eu acho que é mais difícil a questão do homem assumir, porque voltando mais uma vez na questão da sociedade, o homem tem que ser macho, tem que dar conta, aí ele era, vamos supor, viril a vida inteira e agora não dá mais conta. Então pra você se abrir com qualquer um – vamos dizer assim – porque o acolhimento é o primeiro atendimento que você tem com a pessoa, e a pessoa já chegar assim... Principalmente homem eu acho que é mais difícil mesmo, por isso que a gente vê mais mulheres nesse sentido.

S – No matriciamento, mas aí eu tô falando de outras unidades, quando a gente vai pras reuniões de matriciamento o que as unidades aqui têm colocado pra gente é muito dessa dificuldade, que o homem acaba tendo mais, de intimidade pra poder falar com o médico sobre uma dificuldade de ejaculação ou de ereção enfim, que ele acaba relatando mais pro médico e às vezes até incentivado pela mulher. O médico até me relatou que uma foi acompanhada, e eles até tinham uma boa relação, ficavam brincando juntos, mas o que ele falou é que alguns homens falavam com ele e as

mulheres tinham mais facilidade pra estar falando com as enfermeiras e tinha que ser, não necessariamente, não podia ser qualquer pessoa. Geralmente é com aquele profissional que eles têm um vínculo maior pra poder falar sobre isso. Então ela falou assim “ah, tem uma enfermeira aqui que ela é muito brincalhona, então ela mesma acaba tocando no assunto, puxando pra poder saber” e aí a pessoa acaba falando sobre isso e a gente vê as queixas no consultório de ginecologia principalmente, então acaba que o assunto vem a emergir mais, mas isso em reunião de matriciamento. E eles identificaram isso como uma questão de saúde mesmo, mental, pra eles que interferia, que muitas mulheres falavam “ai, eu não consigo, tá difícil” ou então a outras questões relacionadas à sociedade do tipo “eu tenho vergonha”, “é pecado, não é?”, “como que eu me preparo, como eu faço?”. Que eles até brincam que lá tem sempre a camisinha e o lubrificante, e esse lubrificante não saía de jeito nenhum e elas tinham que ficar incentivando as mulheres pra poder levar esse lubrificante, elas não levavam. E até me fez lembrar de uma outra situação, aqui no serviço tinha uma paciente que vinha participar e aqui na entrada tem uma caixa de camisinhas e ela solicitou alguma coisa e não tava dentro das possibilidades, aí a gente falou não. E ela falou “engraçado, isso vocês não fazem, mas incentivar o sexo com um tanto de camisinha lá na frente, isso aí vocês fazem, né?”. Então tem vários comentários que vão surgindo, muitos deles preconceituosos, pela vivência de cada um.

A – Quando eles vão levar, você já viu? É tipo assim, eles pegam e justificam. “Não, isso aqui eu vou levar pra o meu filho, esse aqui pro meu sobrinho”, como se a gente precisasse disso. Eles justificam, ainda tem essa vergonha. Nunca é pra eles, é sempre pra alguém.

S – A maioria que pega aqui é mulher, também porque o público aqui acaba sendo mais feminino.

M – Lembrei de um caso que eu acho que vale a pena registrar, de uma familiar que reclamou da sexualidade do paciente que tava muito exagerada, que às vezes, ela falou assim que à noite ele acordava ela e colocava a mão na genitália pra ver se ela tava molhada, porque se tivesse ele já ia “meter bala”. E aí ela veio procurar a gente pra saber o que ela fazia, porque ela não aguentava mais essa invasão, que a dele tava exacerbada e aí ela tava apresentando um sofrimento, a familiar, né, a esposa do

paciente. E aí quando a gente chamou ele pra falar dessa questão ele nega. Ele negou: “não, isso não existe”.

E as questões afetivas?

S – Olha, recentemente eu até fiz uma avaliação de uma paciente que o marido dela veio, e aí quando há o adoecimento muitos falam em separação, então o afeto e a sexualidade no relacionamento afetivo, também tem isso, a paciente com tentativa de auto extermínio e aí vem a questão: o marido às vezes não quer dar conta e aí gera outro sofrimento a partir do momento que aquela pessoa não quer mais lidar com a pessoa em sofrimento psíquico, então tem o sofrimento psíquico e tem a questão da afetividade que o marido muitas vezes também não quer separar, então é complicado.

B – E algumas chegam a relatar pra gente, assim: “ah, eu tenho que ficar boa logo porque se não meu marido vai me largar”, “eu não tô conseguindo cuidar da casa”, “eu não tô conseguindo cuidar dos meus filhos”... “eu tenho que ficar boa”. E essa relação do afeto fica prejudicada.

Como é que vocês percebem o sentido que os usuários dão ao próprio corpo? Quais são suas práticas de higiene, de cuidado com a saúde, de significação do corpo?

B – Tem de tudo, tem as super vaidosas, bem cuidadas, limpinhas, fazem as unhas, tem as mais ou menos que aí varia com o humor do dia, tem dia que tá bem e tem dia que vem um pouquinho mais esculachada, e aí até a gente chama um pouquinho de atenção.

S – Tem a questão da medicação também, que muitas pacientes querem abandonar o tratamento porque geralmente essas medicações causam aumento de peso, elas acabam engordando e elas não ficam satisfeitas e aí interrompem o tratamento inadequadamente, acabam entrando em surtos.

A – Ontem mesmo tinha uma, que ela tomava o haldol e prometazina, duas medicações que tem que ser tomadas juntas, só que ela dizia que não tomava prometazina porque estava engordando. Até eu convencer ela que se ela não tomasse a prometazina junto com o haldol ela ia ficar igual a um robô, dura, foi uma hora! Porque não interessava, ela podia ficar dura, mas ela queria ficar dura magra.

S – É até comum ter a compreensão de que, assim, colocar na balança quais são os benefícios, de que a medicação vai estar auxiliando em outras coisas que talvez sejam mais interessantes que simplesmente a questão estética, porque também é uma ambivalência, será que ela não tem o direito de manter o corpo dela, mas não pode ficar sem a medicação... Então, é uma luta.

A – Comentando do grupo de expressão corporal, eu lembrei de uma paciente, ela é uma senhora, já uma senhorinha, aí ela vinha toda coberta e teve um dia que ela chegou com um vestido decotado na frente, decotado atrás porque disse que agora ia dançar e tinha que dançar sensualizando – palavras dela. Que tinha que dançar sensualizando hoje porque à noite ela ia pro forró. Então são coisas que eu acho que trabalhadas, ajudam pra auto-estima delas. Elas gostam de se sentir bem, a coisa que eu mais vejo é quando a paciente tá com uma maquiagem diferente ou com o cabelo escovado que você fala “nossa, como você tá bonita!”, “mudou!”, você vê que elas ficam assim, sabe... “obrigada!”. Então é bom trabalhar esse lado delas, sabe, e tem o de autocuidado também.

Vocês podiam aproveitar e me contar o que o serviço faz nesse sentido.

B - Tem o grupo de autocuidado e ele funciona bem as partes básicas de atividades de vida diária até as mais complexas e em alguns casos temos que falar, sabe: “não, vamos fazer”, “vamos ficar bonita”, “ficar bonita pra você, primeiro” pra elas se sentirem bem “vamos ser independente”, “vamos fazer”.

A – Tem um grupo aqui também que a profissional que faz tá de férias, que eu acho muito legal uma das iniciativas desse grupo, é ritual delas toda vez antes de começar o grupo tem que tomar um copo de água cada uma e passar batom pra trabalharem bonitas. Aí tinha uma que falava “pra quê passar batom? Por que que eu tenho que passar batom?”, hoje em dia ela é a primeira a perguntar: “cadê o batom?”. Então ela já vem preparada, tinha uns que chegavam nesse grupo e nem penteavam o cabelo, que agora não vem sem o batom. Então são coisas que eu acho bem legais que foram trabalhadas com elas.

O paciente do serviço tem um cuidado especial com a saúde?

A – *Aqui a gente tem porque aqui a gente dá um jeitinho pra tudo, mas, se você for parar pra pensar, no lado do serviço mesmo, da instituição, vai vir os piores pacientes, que geralmente não estão saindo de casa, não estão tomando banho e vão empurrados por outras pessoas, vêm quase arrastados. Se você for parar pra pensar no âmbito do serviço, mas aqui, nosso, a gente tem de tudo. Tem uma paciente que chegou aqui que ela não falava, não abria a boca, não queria se arrumar, não queria fazer nada e você vê ela hoje é outra pessoa, ela mesma fala “quando eu cheguei aqui eu não era ninguém”, agora ela tá toda bonitona.*

B – *Tem uma também, do mesmo grupo, que quando ela veio tava bastante entristecida, agoniada e ela é a que tem um novo relacionamento e agora ela colocou aplique, bonitona, bem maquiada, deu um “up”. Super “up”.*

Finalizei os pontos que tinha colocado e agora quero saber se vocês tem mais algo a comentar.

M – *Agora que você tocou no tema, eu acho que passa a ser uma responsabilidade que a gente tem, a gente viu que a gente precisa realmente fazer um grupo, de repente, direcionado pra isso.*

A – *É porque, assim, pelo menos no que eu vejo aqui, não sei se você sabe que a gente vai mudar pra outro lugar. Aqui, pelo menos no meu ponto de vista, infelizmente hoje não dá pra gente abrir mais grupos por questão de local mesmo. Você vê, a gente tá aqui porque tinha um grupo ali e toda hora interrompe. Então é uma coisa que eu tenho em vista sim, que eu já venho falando há algum tempo, mas infelizmente eu preciso de estrutura pra isso. Foi até por conta de um programa que assisti, que tava falando sobre saúde mental, e eu vi um grupo sobre sexualidade e eu falei “opa, aqui no serviço não tem” e comecei a pensar como se eles não precisassem, como se eles não tivessem, mas é uma coisa que eu penso ainda.*

M – *E também abordar dentro dos grupos já existentes, né? Acho que é uma coisa que a gente precisa pensar em como que a gente vai fazer essa ligação do que eles trazem com o que a gente percebe.*

S – *Quando você falou eu fiquei pensando como é que a gente bota isso na oficina, mas é interessante você colocar porque tem que pensar também.*

M – *Por exemplo, dia da mulher, a gente vai lá na oficina fazer alguma coisa pra mulher e aí debater sobre o tema, o que é ser mulher e as dificuldades que elas enfrentam e às vezes alguém pode trazer... Assim, aproveitar os temas, sabe? Dia dos namorados... Algum ponto que não tem nada a ver, sem querer.*

S – *Isso das datas comemorativas, elas ajudam muito pra poder a gente abordar alguns assuntos.*