



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

EMMANUELE RODRIGUES ANTUNES

**ENTRE DISCURSOS E PRÁTICAS: A SEXUALIDADE DO
PORTADOR DE TRANSTORNO PSÍQUICO SEGUNDO OS
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA - CAMPINA
GRANDE, PB.**

CAMPINA GRANDE – PB
2010

EMMANUELE RODRIGUES ANTUNES

**ENTRE DISCURSOS E PRÁTICAS: A SEXUALIDADE DO
PORTADOR DE TRANSTORNO PSÍQUICO SEGUNDO OS
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA - CAMPINA
GRANDE, PB.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Licenciado e Bacharel em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba, orientado pela Prof.^a Ms. Mércia Maria de Paiva Gaudencio.

CAMPINA GRANDE – PB
2010

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

A637e Antunes, Emmanuele Rodrigues.
Entre discursos e práticas [manuscrito]: a sexualidade do portador de transtorno psíquico segundo os profissionais da atenção básica - Campina Grande, PB. / Emmanuele Rodrigues Antunes. – 2010.
90 f.: il. Color.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2010.
“Orientação: Profa. Ms. Mércia Maria Paiva Gaudencio, Departamento de Enfermagem”.

1. Sexualidade. 2. Transtorno Psíquico. 3. Saúde Mental. I. Título.

21. ed. CDD 306.7

EMMANUELE RODRIGUES ANTUNES

**ENTRE DISCUSOS E PRÁTICAS: A SEXUALIDADE DO PORTADOR DE
TRANSTORNO PSÍQUICO SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO
BÁSICA - CAMPINA GRANDE, PB.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de Licenciado e
Bacharel em Enfermagem pela
Universidade Estadual da Paraíba.

Aprovado em 23 de novembro de 2010.

BANCA EXAMINADORA


Profª. Ms. Mércia Maria Paiva Gaudencio - UEPB
Orientadora


Profª. Dra. Maria de Fátima Araújo Silveira - UEPB
Examinadora


Enf. Esp. Kamilla Patrício Lacerda – Faculdade Mauricio de Nassau
e UNESC Faculdades
Examinadora

Agradecimentos

Aos meus pais, por todos os valores a mim ensinados e por terem me permitido escolher; MAINHA, meu lindo anjo da guarda e PAPAI, meu eterno herói, amo muito vocês!

As minhas queridas e amadas irmãs: JACKLINE, KARINY e PERLA, por serem meus pilares mais fortes, por não me deixarem cair, por estarem sempre a meu lado, por me amarem do jeito que sou e pelo que sou, e por sempre torcerem por mim. Amo muito vocês.

A MARQUINHOS pela paciência, apoio e carinho para comigo nesses dias tão difíceis. E principalmente pelo mais precioso presente da minha vida: BRUMA, querida, minha vida é para e por você. Amo muito vocês dois.

A MARCOS, ASSUNÇÃO, JULIANA e HELENA por me acolherem e serem uma segunda e amada família, sem vocês não teria chegado até aqui. Amo muito vocês.

A TÔTO, ZEFINHA e NEIDE, por cuidarem tão bem de mim e dos que mais estimo. Meu eterno agradecimento. Amo muito vocês.

A minha querida amiga BRUNA, por ter me ensinado o verdadeiro valor de uma amizade, por não permitir que eu perdesse a fé nas pessoas e por estar ao meu lado, nos bons e maus momentos. Obrigado por tudo o que é em minha vida. Amo você amiga.

Aos amigos distantes JUCIARA, VIRGINIA, ALBERTO, TAYSA, GIOTTO, LUÍS, CARLOS, KAMILLA e KARLA que mesmo distantes preenchem meu coração de boas lembranças e alegria. Saudades. Amo muito vocês.

Aos amigos presentes LAY, VAL, CAROL P., CAROL D., FÊ, CRIS, SIMONY, minhas companheiras de guerra! Obrigada por toda a ajuda e carinho. Amo muito vocês.

A MÉRCIA, que foi muito além do que uma professora e orientadora, tornou-se uma amiga que escutou e acreditou em mim, cujas palavras foram sempre uma fonte de apoio, conforto e estímulo. Obrigada pela imensa compreensão e paciência, e claro, por não ter desistido de mim.

A Banca, as professoras FÁTIMA e KAMILLA, que aceitaram tão gentilmente o trabalho. Tenho orgulho em saber que nosso estudo possui avaliadoras extremamente competentes e críticas.

Aos sujeitos deste estudo: aos PROFISSIONAIS, que por meio do exemplo de conduta me estimularam a buscar mais; e aos USUÁRIOS, pela gentileza e atenção com que todos se dispuseram a participar.

Ao MEDO, CANSAÇO e DESÂNIMO, sentimentos tão presentes em dias tão difíceis, mas que me ajudaram a enxergar no espelho uma pessoa mais forte e mais capaz do que esperava.

Resumo

Considerando as dificuldades vivenciadas pelos portadores de transtornos psíquicos, propomos investigar como os profissionais da Atenção Básica abordam a sexualidade destes sujeitos e, simultaneamente, apreender como estes descrevem a assistência recebida. Propusemos como objetivos específicos: identificar estratégias adotadas na Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde da Família e Centro de Atenção Psicossocial II) para atender as necessidades de saúde dos portadores de Transtornos Psíquicos; descrever as perspectivas das equipes de saúde e dos portadores de sofrimento psíquico no tocante a sexualidade; sugerir ações específicas para o atendimento das necessidades educativas ou de tratamento que englobam a sexualidade dos portadores de transtornos psíquicos. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e de campo, cujos dados foram coletados em um Caps II e UBSFs. Os sujeitos deste estudo - usuários e profissionais da Atenção Básica – foram selecionados segundo critérios de inclusão e a Amostragem definida por conveniência. Utilizamos como instrumentos um roteiro de entrevista semi estruturada e um formulário de dados socioeconômicos. Os dados quantitativos foram analisados através de procedimentos de estatística descritiva e os dados qualitativos através da análise de conteúdo temática. A caracterização dos sujeitos da pesquisa aponta que os profissionais são, em sua maior parte, mulheres com idade média de 38 anos, casadas, católicas e não graduadas. A maioria não possui capacitação em Saúde Mental, e a remuneração familiar oscila entre 01 e 03 salários mínimos. Os usuários possuem idade média de 39,2 anos, a maioria são solteiros, procedem da zona urbana e a escolaridade média é o ensino fundamental I. Todos estão afastados de suas profissões e a renda familiar concentra-se em torno de um salário mínimo. Entre as estratégias adotadas pelos profissionais para atender aos usuários destacam-se as atividades educativas e a orientação individual. Identificamos que grande parte dos serviços não possuem propostas para abordar a sexualidade do portador de transtorno psíquico, embora os usuários classifiquem positivamente a qualidade do serviço oferecido. No que respeita a compreensão da sexualidade dos portadores de transtornos psíquicos, a maioria dos profissionais tem uma visão limitada. Concluímos que os profissionais quando abordam a sexualidade não o fazem da maneira mais adequada. Constatamos, ainda, uma falta de interesse dos portadores de transtornos psíquicos pela própria sexualidade, fato que pode ser reflexo da patologia, do distanciamento dos familiares, efeito colateral dos psicofármacos ou resultado da ausência de informação/orientação.

Palavras chave: Sexualidade, Atenção Básica, Transtorno Psíquico.

Abstract

Considering the difficulties lived for the carriers of upheavals psychic, we propose to investigate how the professionals of the Basic Attention approach the sexuality of these subjects and, simultaneously, to learn how those ones describe the received assistance. We proposed as specific objectives: to identify strategies adopted in the Basic Attention (UBSFs and Caps II) to attend the necessities of health of the carriers of Upheavals Psychic; to describe the perspectives of the teams of health and the carriers of mental upheaval in regards to sexuality; to suggest specific actions to improve the attendance of the educative necessities or treatment that embody the sexuality of the carriers of psychic upheavals. This is about a qualitative, descriptive and field research, which data were collected in a Caps II and UBSFs. The subjects of this study – users and professionals of the basic attention - had been selected according to inclusion criteria and the sampling defined for convenience. We used as instruments a script of a semi-structured interview and a form of socioeconomic data. The quantitative data had been analyzed through procedures of descriptive statistics and the qualitative data through the thematic analysis of content. The characterization of the subjects of the searched ones points that the professionals are, in its majority, women with average age of 38 years, married, Catholics and not graduated. The majority does not possess qualification in Mental Health, and the familiar remuneration oscillates between 01 and 03 minimum wages. The users average age are 39,2 years, the majority are single, they proceed from the urban zone and the average schooling is basic education I. All is moved away from its professions and the familiar income is concentrated around a minimum wage. Between the strategies adopted for the professionals to take care of to the users are distinguished the educative activities and the individual orientation. We identify that great part of the services does not possess proposals to approach the sexuality of the CUP. The users had looked to the services due the symptoms of psychic suffering and had positively classified the quality of the offered service. Amongst the activities that more produce pleasure had been remembered the domestic tasks. A view toward the understanding of the sexuality of the carriers of upheavals psychic, most of the professionals has a limited vision. We conclude that when the professionals approach the sexuality they don't make it in the most adequate way. We evidence that there's still a lack of interest of the carriers of upheavals psychic by the proper sexuality, fact that can be reflected of the pathology, of the detachment of the familiar ones, collateral effect of the psychotropics or result of the absence of information /orientation.

Key words: Sexuality, Basic Attention, Psychic Upheaval.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais por UBSFs e Caps versus categoria, número total de profissionais, número de entrevistados e número de recusa/indisponibilidade/não preenchimentos dos critérios de inclusão	29
Tabela 2 - Distribuição dos profissionais segundo escolaridade versus profissão/ocupação e local de trabalho	34
Tabela 3 - Distribuição dos profissionais não graduados e graduados por tempo de formação	34
Tabela 4 - Distribuição dos profissionais não graduados e graduados segundo a renda familiar.....	35
Tabela 5 - Capacitação em Saúde Mental dos profissionais não graduados e graduados	36
Tabela 6 - Distribuição dos usuários do Caps II por escolaridade.....	41
Tabela 7 - Distribuição dos usuários do Caps II por renda familiar em número de salários mínimos.....	43
Tabela 8 - Categorização das atividades realizadas nos serviços envolvendo a sexualidade	44
Tabela 9 - Informações sobre sexualidade repassadas aos portadores de transtornos psíquicos das UBSFs	46
Tabela 10 - Propostas terapêuticas que envolvam a sexualidade do aparelho reprodutor.....	48
Tabela 11 - Justificativas para p não planejamento de atividades que envolvem sexualidade	51
Tabela 12 - Percepção dos profissionais acerca da sexualidade do portador de transtorno psíquico	55
Tabela 13 - Categorização das experiências relatadas pelos profissionais com a sexualidade dos portadores de transtornos psíquicos.....	58
Tabela 14 - Compreensão dos profissionais acerca da sexualidade	61
Tabela 15 - Categorização dos motivos que levaram o portador de transtorno psíquico a procurar o Caps	63
Tabela 16 - Nível de satisfação dos usuários para com o serviço Caps	64

Tabela 17 - Categorização das atividades que proporcionam prazer aos portadores de transtornos psíquicos	66
Tabela 18 - Categorização das concepções dos portadores de transtorno psíquico sobre a sexualidade	68
Tabela 19 - Principais fontes de informações acerca da sexualidade, segundo os portadores de transtornos psíquicos	69
Tabela 20 - Categorização das informações que os portadores de transtornos psíquicos gostariam de receber sobre a sexualidade.....	70

Lista de gráficos

Gráfico 1 - Distribuição dos profissionais por Sexo	30
Gráfico 2 - Distribuição dos profissionais por Faixa etária	31
Gráfico 3 - Distribuição dos profissionais por Estado civil	32
Gráfico 4 - Distribuição dos profissionais por Credo religioso	33
Gráfico 5 - Assistência prestada ao portador de transtorno psíquico nas UBSFs..	37
Gráfico 6 - Distribuição dos usuários do Caps II por Sexo	38
Gráfico 7 - Distribuição dos usuários do Caps II por Faixa etária.....	39
Gráfico 8 - Distribuição dos usuários do Caps II Credo religioso	39
Gráfico 9 - Distribuição dos usuários do Caps II Estado civil	40
Gráfico 10 - Distribuição dos usuários do Caps II Procedência de moradia.....	41
Gráfico 11 - Distribuição dos usuários do Caps II por Profissão/Ocupação	42

Lista de Siglas

UEPB: Universidade Estadual da Paraíba;

PB: Paraíba;

Caps: Centro de Atenção Psicossocial;

UBSF: Unidade de Saúde da Família;

CID: Código Internacional de Doenças;

DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis

IST: Infecção Sexualmente Transmitida;

SUS: Sistema Único de Saúde;

ACS: Agente Comunitário de Saúde;

ACD: Auxiliar de Consultório de Dentista;

PET: Programa de Educação pelo Trabalho;

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa;

Nasf: Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

Sumário

1	Introdução	14
2	Revisão da literatura	18
2.1	Uma sucinta história dos portadores de doenças psíquicas	18
2.2	A sexualidade e o Portador de Transtorno Psíquico	21
3	Metodologia.....	24
3.1	Tipo de estudo	24
3.2	Local da pesquisa	24
3.3	População e amostra	25
3.4	Procedimentos para coleta de dados.....	26
3.5	Instrumentos	26
3.6	Procedimentos analíticos	27
3.7	Aspectos éticos	27
4	Resultados e Discursões.....	29
4.1	Caracterização dos profissionais	29
4.2	Caracterização dos usuários.....	38
5	Análise dos discursos dos sujeitos.....	44
5.1	Análise dos discursos dos profissionais das UBSF e Caps II.....	44
5.2	Análise dos discursos dos usuários do Caps II	63
	Considerações finais	73
	Referências	76
	Apêndices.....	81
	Anexos	87

1 Introdução

As minorias sociais sempre foram alvo de estigmas e exclusão, não diferente acontece aos que possuem transtornos psíquicos. Mesmo com a Reforma Psiquiátrica, que no Brasil chegou durante a década de 1970, os serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico em todo o mundo ganham força a partir das denúncias de maus tratos, todavia os sujeitos “desinstitucionalizados” nem sempre se deparam com uma rede de serviços que supram as necessidades e especificidades de cada um.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) ressalva que a Reforma Psiquiátrica possui barreiras para atingir as metas de uma assistência de qualidade, e aponta como principal desafio a inclusão social e empoderamento do sujeito como cidadão. Vale lembrar que os Direitos Humanos proclamados pela Organização das Nações Unidas (ONU) na década de 40, garante e engloba todos os direito de viver de maneira digna; assegura a liberdade; a proteção do Estado a todas as pessoas (NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL, s/n). Isso inclui, evidentemente, as minorias sociais, e que neste estudo enfatizamos o Portador de Transtorno Psíquico no tocante as suas necessidades básicas, mais precisamente sobre sua sexualidade e **como os profissionais da Atenção Básica estão lidando com este público.**

Reconhecendo a sexualidade como uma necessidade básica comum a todos os seres humanos, inicialmente perguntamo-nos: **Como o portador de transtorno psíquico enxerga sua sexualidade?**

Considerando que o acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) deve, preferencialmente, acontecer na Atenção Básica, direcionamos nossa atenção para a relação que neste serviço é estabelecida entre profissionais e usuários portadores de transtornos psíquicos. Mais precisamente, sobre a assistência que se destina a abordar as vivências da sexualidade, seja na perspectiva da prevenção das patologias ou da educação em saúde direcionada para as pessoas portadores de transtornos psíquicos.

Sob esta perspectiva indagamos: **Nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs), que atividades contemplam o exercício da sexualidade? Dentre as atividades desenvolvidas, são prestadas informações sobre a sexualidade da pessoa mentalmente perturbada? O que pensam os**

profissionais da Atenção Básica sobre o exercício da sexualidade do sujeito em sofrimento psíquico?

Uma vez ouvidos os profissionais da Atenção Básica acerca destas questões, nos propomos a escutar os portadores de transtornos psíquicos para investigar questões semelhantes, ou seja: **Quem os informa e que informações recebem acerca da sexualidade? O que pensam sobre o exercício da sexualidade?**

Se em todo cidadão comum é condenável (culturalmente) comportamentos de desrespeito aos direitos ditos humanos, para os profissionais da área da saúde é um dever ético atuar sem conceitos prévios, distinção de raças e crenças, costumes socioculturais, respeitando as limitações e especificidades de todo e qualquer indivíduo.

O tema e a problemática a serem investigados foram escolhidos após experiência vivenciada durante o Estágio Supervisionado referente ao Componente Curricular Saúde Mental, do curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Ao interagirmos com alguns serviços da Atenção Básica, observamos que o cuidado prestado ao usuário mentalmente perturbado, ainda não condiz com os padrões preconizados em nossa legislação, nem com aqueles que caracterizam a assistência holística, principalmente se a necessidade do paciente se refere a sua sexualidade.

Percebemos, empiricamente, que a carga da exclusão do portador de transtorno psíquico é ainda muito “pesada”, mesmo entre aqueles que teoricamente foram instruídos para oferecer um trabalho que prezasse pela igualdade, universalidade e equidade. Para Fontanella, Campos e Turato (2006) competem aos profissionais de saúde saber o que as pessoas sentem e imaginam, sendo este conhecimento propiciador do estabelecimento de uma relação clínico-paciente mais adequada. Neste trabalho é ressaltada a importância de se efetuar, no cotidiano, a assistência ao portador de transtorno psíquico.

Vecchia (2006) aponta que é notável a escassez de informações e como são deficitárias as informações sobre o cuidado holístico, exemplificando que o “reconhecimento e manejo precoce de transtornos psíquicos podem reduzir a institucionalização e melhorar a saúde mental” (Organização Mundial de Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde *apud* VECCHIA, 2006, p. 35).

Na Organização Mundial de Saúde (OMS) (*apud* OGUISSO e SCHMIDT, 2007, p.142) revela dados nos quais encontramos apoio para conduzir este estudo quando nos alertam que “há no mundo 450 milhões de pessoas afetadas por problemas mentais, neurológicos ou comportamentais”. Destas, 450 milhões de pessoas menos da metade recebe a atenção devida (FEDERACIÓN MUNDIAL PARA LA SALUD MENTAL *apud* Oliveira *et al.* 2009). No Brasil, “aproximadamente 15 a 20% da população brasileira apresenta algum tipo de sofrimento psicossocial, necessitando de cuidados no campo da saúde mental” (MEROTO *apud* OLIVEIRA, *et al.*, 2009).

Dentre outras razões, as informações estatísticas nos motivaram a pesquisar simultaneamente profissionais da Atenção Básica e indivíduos em sofrimento psíquico, objetivando conhecer o que pensam e como atuam os profissionais frente às questões da sexualidade, e o que pensam e que informações possuem os portadores de transtorno psíquico.

Tal apontamento é enfatizado por Oliveira, Mann e Oliveira (2002), quando atentam para a falta de estudos e pesquisas que avaliem a vulnerabilidade dos usuários dos serviços de Saúde Mental, para doenças e/ou agravos à saúde relacionados à sexualidade. Giami (2004) complementa a percepção dos autores supra citados ao expor que existe uma escassez de pesquisas sobre reações e atitudes que envolvam a sexualidade dos portadores de transtornos psíquicos. Há ainda apontamentos sobre a falta de cuidados holísticos do profissional para com o público em questão.

Ao reunirmos estes fatos consideramos que esta proposta de estudo é relevante e viável, uma vez que o município de Campina Grande - PB foi uma das cidades pioneiras na implantação dos serviços de saúde da Atenção Primária do SUS (BERNADINO, 2005), como também, uma das pioneiras na implementação dos serviços substitutivos, considerada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2007, p.35) uma “experiência êxitosa”.

Outra justificativa para realização deste trabalho, ressaltamos que nossa cidade é considerada um importante pólo formador de profissionais em saúde, fato que possibilita o surgimento de expectativas em torno de uma assistência que esteja o mais próximo dos padrões recomendados.

Se reunirmos estas informações no âmbito de dois dispositivos da Atenção Básica – UBSFs e Caps II (Centro de Atenção Psicossocial II) – teremos condições

de averiguar o alcance dos discursos e práticas dos profissionais, bem como sua repercussão sobre e a vida cotidiana dos portadores de transtorno psíquico.

Todavia, o que faz e o que pode fazer o profissional de saúde no tocante à sexualidade do indivíduo portador de transtorno psíquico? Estender o atendimento para além das limitações do outro? Englobar no atendimento a saúde mental e a assistência às demandas de ordem física? Reconhecer o direito dos que possuem algum tipo de sofrimento psíquico ao exame físico e laboratorial que atenda as necessidades orgânicas? Oferecer educação/orientação contínua e direcionada visando estabelecer uma pseudo igualdade entre os “normais” e os “diferentes”? A resposta para estas questões não são fáceis, mas Paula, Regen e Lopes (2005, p.18 *apud* Gabriele Mader), apontam que “a saída que se apresenta para os profissionais comprometidos com a assistência integral é “viver a igualdade na diferença””. Através deste estudo poderemos compreender como os profissionais da Atenção Básica em Campina Grande lidam com tais questões.

Como objetivo geral nos propomos a **investigar como os profissionais da Atenção Básica abordam a sexualidade do portador de transtorno psíquico e como estes descrevem a assistência recebida**. E de maneira específica nossos objetivos são:

- Identificar estratégias adotadas na assistência básica (UBSFs e em um Caps II) para atender as necessidades de saúde dos portadores de transtornos psíquicos;
- Descrever as perspectivas das equipes (UBSFs e Caps II) e dos sujeitos em sofrimento psíquicos no tocante a sexualidade;
- Sugerir ações específicas para melhorar o atendimento das necessidades educativas ou de tratamento que englobam a sexualidade dos portadores de transtornos psíquicos.

2 Revisão da literatura

Duas grandes temáticas - transtornos psíquicos e sexualidade - se cruzam em nosso estudo e determinam, para sua adequada compreensão, que fosse feita uma breve revisão da literatura. Por esta razão organizamos a presente revisão em dois tópicos: no primeiro apresentamos uma sucinta história dos indivíduos em sofrimento psíquicos e no segundo discutimos questões relativas à expressão de sua sexualidade.

2.1 Uma sucinta história dos portadores de doenças psíquicas

Desde o princípio da vida em sociedade, o homem busca justificar e atribuir sentidos a sua existência e aos eventos por ele não compreendidos, recorrendo para tanto, a explicações sobrenaturais, ao culto das divindades, aos rituais, a fé e aos princípios de ordem religiosa. Por muito tempo a doença psíquica manteve-se na ordem dos fenômenos inexplicáveis, propiciando que ideias preconcebidas orquestrassem equívocos de ordem terapêutica e que fossem violados os direitos dos portadores de transtornos psíquicos.

Uma vez relacionada aos fenômenos sobrenaturais, a doença psíquica foi inicialmente abordada por “*shamans*”, sacerdotes ou feiticeiros e os tratamentos tinham por base a feitiçaria, a magia, o uso de talismãs e amuletos. Paulatinamente, em consonância com o avanço das ciências médicas, são preconizadas cirurgias cerebrais e, mais tarde, são propostas atividades de lazer (músicas, passeios, meditação e sono), porém sem uma sólida fundamentação científica (FONSECA, 1997; AFONSO *et al*, 1997; CATALADO, GAUER e FURTADO, 2003; CORDEIRO *et al*, 2005; PEREIRA, LABATE E FARIAS, 1988; ASSIS, 2010).

Como exemplo do longo percurso histórico dos transtornos psíquicos e dos tratamentos oferecidos, lembramo-nos de trechos bíblicos sobre personagens como Nabucodonosor, Saul e Elias nos livros de Gênesis e I e II Reis, apontados como “doentes” e submetidos a tratamentos que tinham por base concepções religiosas (FONSECA, 1997 e CORDEIRO *et al*, 2005).

É curioso observar que para os judeus a loucura era tida como uma doença e não um fenômeno sobrenatural, embora o tratamento tivesse por base encantamentos realizados pelos médicos (CORDEIRO *et al*, 2005).

Mesmo que de forma breve destacamos os grandes nomes da história que contribuíram com o conhecimento que mais tarde seria nomeado de psiquiatria:

a) Hipócrates (460-380 a.C.), que através da observação relacionou a doença mental a fatores orgânicos e atribuiu ao cérebro a responsabilidade pelos sentimentos e ideias;

b) Galeno (131-200 d.C.) considerava o “cérebro a sede da alma” e propôs que os sintomas físicos não se justificavam apenas no desequilíbrio orgânico;

c) Platão (428-347 a.C.) elaborou um sistema de classificação da loucura: erótica, telésica ou ritual, profética e poética;

d) Aristóteles (384-322 a.C.) sugeriu, como tratamento da doença mental, a liberação das emoções reprimidas;

e) Celso (sec. I a.C.) fala sobre o relacionamento médico/paciente como meio para se atingir a cura (CATALADO, GAUER e FURTADO, 2003).

Transcorre o tempo e verificamos que na Idade Média ainda estava presente a relação dos transtornos psíquicos com o sobrenatural. Por este motivo a Inquisição, movimento da Igreja Católica, perseguiu, torturou, prendeu e condenou à morte os doentes mentais sob a acusação de bruxaria e atividades demoníacas. Em contrapartida, os árabes consideravam o doente mental como um ser amado de Deus, protegendo-os e algumas vezes santificando-os. Os árabes são apontados como os criadores do hospital psiquiátrico.

Segundo Pereira, Labate e Farias (1988), com o Renascimento três correntes vão nortear o pensamento do homem: a orgânica, a psicológica e a mágica. No entanto, a associação dos transtornos psíquicos com o sobrenatural permanecerá evidente e continuará produzindo exclusão, humilhação, abandono. Os “doentes mentais” dividiam espaço em prisões, cavernas e sótãos com drogados, pervertidos sexuais e hereges acusados de bruxaria. Posteriormente os sujeitos em sofrimento psíquicos foram transformados em objetos de atração pública, sendo expostos nas ruas e nas feiras até serem confinados em instituições de caráter asilar (CORDEIRO *et al*, 2005).

Chegamos ao século XVI e a ideia da psiquiatria científica começa a ser expandida juntamente com o movimento de fundação dos hospitais e casas de saúde psiquiátricas. Entretanto devido ao déficit no conhecimento acerca dos transtornos mentais vão persistir antigas e ineficazes formas de tratamento (GAUER *et al*, 2008).

No sec. XVII Philippe Pinel (1745-1862) traz avanços nos métodos de tratamentos voltando-se para prescrição de um cuidado mais humano e pautado em orientações morais.

No século seguinte foi percebido que os portadores de transtornos psíquicos possuíam sintomas em comum para além do comportamento desviante, o que resultará em sua transferência dos presídios para os manicômios (ASSIS, 2010).

No sec. XIX são “criados hospitais para doenças nervosas onde se ensinava neurologia e psiquiatria [...] surgem os neuropsiquiatras” (GAUER, *et al*, 2008, p.5). Destaca-se que neste período os ingleses tentam afastar os métodos repressivos dos tratamentos aplicados aos doentes psíquicos (CORDEIRO *et al*, 2005).

No século XX Sigmund Freud (1856-1939) revoluciona todo conhecimento psiquiátrico ao criar a Psicanálise baseada nos inéditos estudos do inconsciente.

Tem início neste século a classificação dos transtornos psíquicos. Na atualidade os sistemas de classificação foram aprimorados e estão dispostos no capítulo 5, do CID 10 (Código Internacional de Doenças), (DSM, 2002).

Na década de 1930 atenta-se para a possibilidade de prevenção dos transtornos psíquicos, momento em que a atenção dos estudiosos volta-se para a primeira infância e é criada a psiquiatria infantil. Neste mesmo período evidencia-se a abordagem psicossomática.

Nos anos 1950 a introdução dos psicofármacos como concreta possibilidade terapêutica para o portador de transtorno psíquico produzirá intensas transformações, mas não alterará ou em pouco modificará o seu destino.

Embora se possa caracterizar o século XX como um tempo histórico marcado por grandes transformações, estas em nada modificam a noção corrente sobre os manicômios como locais que serviam para que o doente psíquico permanecesse longe da sociedade. O manicômio transformou-se no local no qual os portadores de transtornos psíquicos não recebiam tratamento adequado, eram submetidos a péssimas condições de alimentação e higiene e, ainda, sofriam maus tratos.

Somente na segunda metade do século XX, têm início os primeiros movimentos em prol da Reforma Psiquiátrica, reforçados pelas denúncias da qualidade do serviço manicomial e sob a influência do modelo italiano proposto por Franco Basaglia (BRASIL, 2006).

A longa luta anti-manicomial que se instaurou no Brasil busca superar o manicômio como um todo: estrutura física, exclusão e violência como parte do tratamento ao portador de transtorno psíquico. Procurou, em contrapartida, construir um ambiente que favorecesse a capacidade de contratualidade ou empoderamento do indivíduo, reinserção social e devolução do direito a cidadania. Destes anseios surge a rede de serviços substitutivos como os Caps (dos tipos I, II e III; Caps ad – álcool e outras drogas; Capsi – infantil), Residências Terapêuticas, emergência psiquiátrica em hospitais gerais, centros de convivência e de geração de renda associados à rede de Atenção Básica do SUS.

No entanto, mesmo com as transformações ocorridas no campo científico e social, que induziram modificações tanto nas representações quanto no tratamento, podemos perceber que em muitos casos, os portadores de transtorno psíquico ainda são tidos como motivo de vergonha e/ou de ameaça para a família e para sociedade. Nesses casos os portadores de transtornos psíquicos permanecem sendo subestimados em suas capacidades e até mesmo em suas necessidades humanas básicas.

2.2 A Sexualidade e o Portador de Transtornos Psíquico

Todas as pessoas, por mais semelhantes que possam parecer são detentoras de características próprias, o que torna cada indivíduo um ser único: diferenças de cor, raça, cultura, poder aquisitivo, idade, sexo, oportunidades ou não para crescer e desenvolver, entre outros vão produzir as pequenas e as grandes diferenças. Essas características influem no modo como as pessoas são tratadas pela sociedade, e esta, por sua vez, apontam quais terão chances de usufruir uma vida mais ou menos satisfatória e inclusiva (PAULA, REGEN e LOPES, 2005).

E para que se possa atingir a plenitude na vida, é necessário que o homem tenha, pelo menos de forma parcial, satisfeitas suas necessidades humanas básicas. Neste sentido Horta (1979) afirma que existem diversos conceitos para as

necessidades humanas básicas, porém nenhum é satisfatório. Acrescentando, ainda, que tais

(...) necessidades são universais, portanto comuns a todos os seres humanos; o que varia de um indivíduo para o outro é a sua manifestação e a sua maneira de satisfazê-la ou atendê-la (HORTA, 1979,p.38).

A autora supra citada segue ideias propostas por Maslow quando acata que a motivação humana poderia ser explorada por um desejo de atender a uma hierarquia de necessidades, tais como: fisiológicas, de segurança, de amor, de estima, de auto-realização. Estas, por sua vez, são agrupadas em: psicobiológicas, psicossociais e psico-espirituais. Em função do problema por nós investigado ressaltamos que a sexualidade faz parte das necessidades nomeadas de psicobiológicas.

Segundo Gir, Nogueira e Pelá (2000), a sexualidade também pode ser interpretada como sendo um fenômeno presente em todas as etapas da vida, moldada de acordo com fatores internos e externos, sejam eles de caráter biológico, fisiológico, emocional e sociocultural.

Vieira e Silva (2005) abordam a diversidade do comportamento sexual humano e julgam que um conjunto de fatores (anatômicos, fisiológicos, bioquímicos e antropológicos, somados a cultura e religião) influencia diretamente a sexualidade do indivíduo. Estes autores se referem à sexualidade como resultado do:

O patrimônio biológico, as experiências de desenvolvimento sexual, as características da personalidade e a avaliação que o indivíduo faz de si próprio enquanto pessoa e enquanto homem ou mulher. A sexualidade é afetada pelas relações interpessoais estabelecidas pelas circunstâncias de vida e pela cultura do indivíduo (VIEIRA e SILVA, 2005, p.157).

Giami (2004) nos auxilia a compreender como a sociedade julga a sexualidade, ao classificá-la como “boa sexualidade” e “má sexualidade”. As manifestações socialmente aceitas (“boa sexualidade”) apresentam uma permuta de prazer e geração de prole, sem transtornos orgânicos, enfermidades e deficiências que dificultem a atividade sexual e reprodutiva; enquanto que a “má sexualidade”

advém da vivência em excesso, sem regras, sendo considerada destrutiva para si ou para outrem (GIAMI, 2004).

Smelzer e Bare (2005, p.193), em um texto clássico da Enfermagem Clínica (Brunner & Suddarth), fazem referência às manifestações da sexualidade de indivíduos portadores de necessidades especiais nos seguintes termos:

Uma importante questão com a qual se confronta o paciente de necessidade especial, e um componente vital para o auto-conceito, é a sexualidade [...]. Ela afeta a maneira pela qual uma pessoa reage a outros e é percebida por eles, sendo expressa não apenas pela intimidade física como também pela intimidade emocional e carinho.

Refletindo acerca do enunciado nesta citação, constatamos que a sexualidade, ou seja, o exercício da sexualidade é uma necessidade, mas também um direito que, no caso do portador de transtorno psíquico, permanece como um tema ainda rodeado de mitos e tabus.

Do ponto de vista das práticas de saúde, a sexualidade requer uma atenção multiprofissional. Gir (1997, *apud* Gir, Nogueira e Pelá) expressam que em muitos casos os profissionais tratam os pacientes como seres assexuados, renegam a possibilidade de que haja influência e interação entre aspectos da dimensão sexual, da doença, da terapêutica e do emocional sobre o exercício da sexualidade.

Na atualidade persistem ideias socialmente difundidas que os portadores de transtornos psíquicos, uma vez possuindo vida sexual ativa, irão gerar indivíduos também doentes. Em paralelo a esta concepção circulam ideias que pais portadores de transtornos psíquicos, em qualquer que seja sua condição clínica, **não** terão condições de criar seus filhos.

É evidente a necessidade de que sejam elaboradas estratégias educativas em torno da sexualidade e que estas alcancem a população em geral, incluindo os portadores de transtornos psíquicos (GIAMI, 2004). Na perspectiva da defesa dos direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico, evidencia-se a necessidade básica destas pessoas em expressar sua sexualidade e vivenciá-la sem correr os riscos associados às IST (Infecção Sexualmente Transmitida) e a gravidez indesejada.

3 Metodologia

3.1 Tipo de Estudo

Em função da natureza do objeto estudado esta foi uma investigação realizada numa perspectiva **qualitativa, exploratória e descritiva**. Esta perspectiva, em consonância com o pensamento de diversos autores (GIL, 2008; LIMA, ALMEIDA, LIMA, 1999; MINAYO, DESLANDES e GOMES; 2007), nos permitiu conhecer os grupos que investigamos, quais sejam, os portadores de transtorno psíquicos e seus cuidadores profissionais, como também o atendimento prestado por UBSFs e por um Caps II.

Para Fontanelle, Campos e Turato (2003), o método qualitativo possibilita a investigação das crenças e atitudes sobre assuntos-temas delicados que não seriam acessíveis por métodos quantitativos, tais como as questões relativas à sexualidade.

3.2 Local da Pesquisa

Dois tipos de unidades do serviço básico de saúde sediaram a coleta de dados: um (01) Caps II e quatro (04) UBSFs vinculados a Secretaria de Saúde do município de Campina Grande, PB.

Para esclarecer a escolha por estas unidades de serviço é necessário conhecer que nosso município, do ponto de vista geoadministrativo, está dividido em seis distritos sanitários. Já a rede de saúde mental conta com vários dispositivos substitutivos, embora só possua um Caps II. Trabalhamos com as UBSFs localizadas nos Distritos I, III e IV por serem as mesmas áreas geográficas de abrangência do Caps investigado. Nos distritos selecionados optamos por coletar dados naquelas UBSFs que possuem um maior contingente populacional, uma vez que a Secretaria de Saúde não disponibilizou o número de usuários portadores de transtornos psíquicos cadastrados.

Lembramos que a UBSF é considerada a "porta de entrada" do sistema de saúde, forma mais regionalizada e hierarquizada de realização de ações no nível de Atenção Básica à saúde (BOTTIL e SCOCHIII, 2009, s/p.). Cada UBSF é

responsável pela saúde dos indivíduos de uma determinada parte da cidade (área de abrangência) e todo seu planejamento volta-se para as necessidades da comunidade.

O Caps II também possui área de abrangência específica e objetiva atender usuários com transtornos mentais a fim de estimular sua autonomia e a integração social e familiar, oferecendo para tanto atendimento médico e psicológico. É caracterizado como um ambiente para socialização ou ressocialização dos portadores de transtornos mentais, ou seja, é “o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares”. (BRASIL, 2004). Salientamos que o Caps é a principal estratégia do processo da reforma psiquiátrica brasileira.

3.3 População e Amostra

A população de nosso estudo compreende o conjunto constituído por dois grupos de indivíduos: usuários e profissionais da rede básica de saúde do município de Campina Grande. Entrevistamos usuários que possuem como característica comum serem portadores de transtornos psíquicos e os profissionais que prestam cuidados a esses indivíduos.

Por tratar-se de um estudo qualitativo, portanto sem pretensões de generalizações, o sentido aplicado à definição da “amostra” corresponde à seleção por conveniência dos participantes da investigação. Desta forma, para o grupo de profissionais das UBSFs e do Caps foram estabelecidos apenas dois critérios de inclusão:

- Trabalhar nos locais da pesquisa há pelo menos seis meses (tempo por nós considerado suficiente para que o profissional obtenha uma vivência da realidade da instituição de trabalho);
- Dispor-se a participar da investigação.

Já para os usuários do Caps II estabelecemos os seguintes critérios:

- Ser maior de 18 anos;
- Não apresentar sintomas agudos de sofrimento psíquico;
- Apresentar capacidade de verbalização adequada de suas ideias, percepções e sentimentos;

- Ser cadastrado como usuário do serviço e
- Dispor-se a participar da investigação.

3.4 Procedimento para Coleta de Dados

Os dados foram coletados nas UBSFs e no Caps II, após obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos profissionais destes serviços e dos usuários do Caps. Para tanto os participantes receberam informações e foram dirimidas dúvidas acerca dos instrumentos utilizados para o registro dos dados por eles fornecidos.

Para iniciar a coleta de dados entramos em contato com os coordenadores dos serviços para agendamento das entrevistas tanto com os profissionais quanto com os usuários. Assim procedendo, objetivamos não interferir na programação de atendimento das unidades de saúde selecionadas.

A coleta de dados aconteceu entre 08 de junho e 16 de agosto de 2010, como certo grau de dificuldade por ter sido deflagrada uma greve dos servidores da saúde do município de Campina Grande.

3.5 Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

- 1) PARA OS PROFISSIONAIS DAS UBSFS E DO CAPS II
 - Formulário de informações socioeconômicas (Apêndice E);
 - Questões norteadoras da entrevista semiestruturada (Apêndice F).
- 2) PARA USUÁRIOS DO CAPS II
 - Formulário de informações socioeconômicas (Apêndice E);
 - Questões norteadoras da entrevista semiestruturada (Apêndice F).

Precedendo as entrevistas e funcionando como recurso de aproximação, foram solicitadas informações tanto dos profissionais quanto dos usuários. Através da análise destas informações caracterizamos os participantes do estudo.

As entrevistas foram conduzidas através de questões norteadoras (Apêndice F), gravadas com recurso de áudio e posteriormente transcritas pelos pesquisadores de forma fidedigna.

Os instrumentos foram submetidos a teste piloto para detecção de dificuldades e conseqüente correção de possíveis inconsistências. Efetivado o teste piloto constatamos que não foi necessário efetuar mudanças nos instrumentos.

3.6 Procedimentos Analíticos

Aos dados do formulário sócio demográfico foram aplicados procedimentos estatísticos descritivos (cálculo de frequência, porcentagem e média aritmética).

Para a análise dos discursos adotamos os passos sugeridos por Minayo, Deslandes e Gomes (2007) para análise temática de conteúdo: transcrição e leitura exaustiva dos discursos, categorização, descrição, inferência, interpretação. As interpretações tiveram por base o referencial teórico previamente consultado, com o intuito de apreender e compreender os fatos e ideias relatadas nas entrevistas.

3.7 Aspectos Éticos

Este estudo foi norteado pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que objetiva à proteção de seres humanos envolvidos em pesquisas. Em obediência a Resolução 196, o projeto desta investigação foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEPB e a coleta de dados só teve início após aprovação do referido Comitê.

Informações fundamentais da pesquisa, tais como: identificação das pesquisadoras, objetivos do estudo, relevância, metodologia e proteção do pesquisado, foram repassadas aos participantes para em seguida ser solicitada a assinatura do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** (Apêndice D). Através deste documento os colaboradores da pesquisa atestaram à voluntariedade e o esclarecimento acerca de sua participação na pesquisa.

Integram os Apêndices desta pesquisa o **Termo de Compromisso do Responsável pelo Projeto em Cumprir os Termos da Resolução 196/96 do CNS**

(Apêndice B), **Termo de Compromisso dos Pesquisadores** (Apêndice C) e a **Autorização Institucional para Realização da Pesquisa** (Apêndice A).

Nos Anexos (I e II) podem ser consultados os **Termos de Autorização Institucional**, concedido pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Coordenação de Saúde Mental.

E por fim, nos Anexos III encontra-se a autorização concedida pelo CEP da Universidade Estadual da Paraíba.

4 Resultados e Discussões

4.1 Caracterização dos profissionais

Antecedendo a exposição dos resultados apresentamos, através da Tabela 1, a distribuição dos profissionais que participaram deste estudo em seus respectivos locais de trabalho, quais sejam UBSFs e Caps II. Salientamos que esta tabela também nos permite conhecer a categoria, o número total de profissionais, o número de entrevistados e, ainda, o número de indivíduos que se recusaram a participar da pesquisa ou que não preenchiam os critérios de inclusão no estudo.

Serviços de Saúde	Categoria profissional	Nº total de profissionais no serviço	Nº de profissionais entrevistados	Nº de Recusa/Indisponibilidade
CAPS II	Superior	19	4	2
	Técnicos	13	5	2
UBSF Tambor I	Superior	3	1	2
	Técnicos	8	5	1
UBSF Tambor II	Superior	3	1	2
	Técnicos	7	4	-
UBSF José Pinheiro I e II	Superior	6	5	1
	Técnicos	20	-	1
UBSF Monte Santo I e II	Superior	5	3	1
	Técnicos	15	1	1
Total	-	99	29	13

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais por UBSFs e Caps versus categoria, número total de profissionais, número de entrevistados e número de recusa/indisponibilidade/não preenchimentos dos critérios de inclusão.

Fonte: Instrumento da pesquisa, Formulário de Informações Socioeconômicas.

Considerando as unidades de saúde pesquisadas observamos que as UBSFs mantêm um padrão tanto em relação à formação dos profissionais que compõem as equipes, quanto ao número de componentes: um recepcionista, quatro a seis ACS (Agente Comunitário de Saúde), um técnico de enfermagem, um enfermeiro, um médico, um ACD (Auxiliar de Consultório Dentário) e um dentista.

Contatamos que os profissionais do serviço social, em todas as unidades pesquisadas, eram referenciados pelo Nasf (Núcleo de Apoio a Saúde da Família).

Ressaltamos que estes profissionais visitam periodicamente os serviços, mas que não fazem parte das equipes das UBSFs.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p.30) os Caps II devem possuir uma “equipe mínima de 12 profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e capacidade para o acompanhamento de cerca de 360 pessoas por mês”. O Caps que nos serviu de campo de pesquisa, nos disponibilizou dados de dezembro de 2009, quanto ao número de profissionais atuantes e usuários na instituição: 32 profissionais e 429 usuários em atendimento.

Considerando os serviços pesquisados, totalizamos um contingente de 99 profissionais, solicitamos a entrevista de 43 destes, entretanto, devido aos critérios de inclusão apenas um profissionais não pode participar; para indisponibilidade ou mesmo recusa de participar da entrevista por alguns profissionais, destacamos que 13 não foram entrevistados, resultando em 29 entrevistas.

Conhecidos os serviços que nos serviram de campo e o número de profissionais envolvidos em nossa pesquisa, dividimos a apresentação dos resultados em dois tópicos: no primeiro apresentamos a caracterização dos entrevistados – profissionais e usuários portadores de transtornos psíquicos – e, no segundo, a análise dos discursos coligidos.

Para que possamos conhecer os profissionais que conosco colaboraram, apresentamos, através dos gráficos 1, 2, 3 e 4, as variáveis socioculturais que foram investigadas.

Gráfico 1:



No tocante a variável sexo, depreende-se que 86,2 % dos profissionais entrevistados são do sexo feminino, enquanto que apenas 13,8% pertencem ao sexo masculino.

Para comentar adequadamente estes dados evocamos alguns resultados de pesquisas realizadas entre 2002/2010, e que tinham por sujeitos profissionais de saúde. Encontramos, entre as pesquisas desenvolvidas nestes anos, os resultados apresentados por Silva, Recine e Queiroz (2002) e Martins (2002), segundo os quais as mulheres eram a maioria no campo da saúde. Quatro anos depois, Cotta *et al* (2006), em um trabalho intitulado: “Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da Atenção Básica em saúde”; reafirmam que o gênero predominante dentre os profissionais da saúde é o feminino.

Transcorridos dez anos da década de 2000, nosso estudo aponta que a maioria, 86,2%, dos profissionais de saúde permanece sendo constituída por mulheres. A partir dos resultados que obtivemos constatamos, em nossa região, a permanência da força cultural que associa o trabalho feminino aos cuidados para com a saúde, embora não se possa negar um discreto movimento de ascensão da figura masculina nesta área.

Gráfico 2:

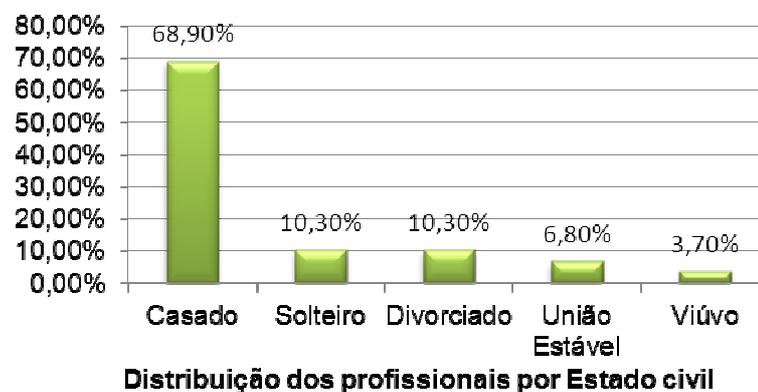


Com relação à idade dos profissionais encontramos que a mesma se distribui no intervalo compreendido entre 20 e 56 anos, com idade média de 38 anos. Esclarecemos que para evitar excessivas fragmentações na análise, trabalhamos

com intervalos de 10 anos, em conformidade com os dados expostos no gráfico anteriormente apresentado.

Podemos ainda perceber, através dos dados relativos à faixa etária, que a amostra trabalhada é composta por indivíduos que, em sua maioria, 31,3%, possuem entre 31 e 40 anos. Esta é, empiricamente, considerada uma idade “produtiva”, uma vez que, cronologicamente, os profissionais são tão jovens nem inexperientes para ter um bom desempenho, nem tampouco idosos que estejam impossibilitados de permanecer em serviço e prestar uma assistência de qualidade.

Gráfico 3:



No tocante a condição matrimonial, prevalece entre os profissionais o estado civil “**casado**” (68,9%). Considerando que a condição civil denominada “**união estável**” (6,9%) nos indica que o casal convive no cotidiano, dividindo responsabilidades - a semelhança do que acontece em um casamento - torna-se possível somar o número de indivíduos que afirmaram serem casados com aqueles que disseram ter uma união estável, o que, em tese, eleva o percentual de “**casado**” para 75,7%.

Martins (2002) apresenta uma interessante associação da condição civil de casado com o desempenho do trabalhador, ao sugerir que trabalhadores em plena capacidade produtiva sofrem restrições na vida familiar e pessoal em decorrência do esquema de trabalho.

O gráfico 4 expressa a distribuição dos profissionais no que diz respeito ao “**credo religioso**”. Verificamos que o catolicismo predomina entre os entrevistados

alcançando 68,9%, seguidos por 17,5% de “**protestantes**”, 6,8% de “**espíritas**” e 6,8% que afirmaram não possuir nenhum credo. É interessante ressaltar, embora não se constitua em objeto de nossa investigação, os sentidos que aqueles que se autodenominam “evangélicos” estabelecem as suas práticas religiosas, uma vez que seguem a doutrina do Protestantismo, sendo, conseqüentemente protestantes.

Gráfico 4:



Posteriormente, quando da análise dos discursos, retomaremos a esta discussão uma vez que há fortes indícios de associações entre as concepções religiosas e a atitudes dos entrevistados no tocante a sexualidade.

Prosseguindo com a caracterização dos profissionais apresentamos na Tabela 2, a distribuição dos profissionais por grau de escolaridade versus profissão/ocupação e local de trabalho.

Categorizamos os profissionais em dois grandes grupos de acordo com o grau de escolaridade: “**não graduados**” e “**graduados**”. Os “**não graduados**” somam 51,7%, e distribuem-se no exercício de várias profissões/ocupações, tais como: vigia, recepcionista, auxiliar de coordenação, auxiliar de enfermagem e técnico de enfermagem. Enquanto que os “**graduados**” alcançam o percentual de 48,3%, e distribuem-se entre: enfermeiros, odontólogos, pedagogos, psicólogos, médicos e assistentes sociais. Obtivemos que os “**não graduados**” 13,4% cursaram o ensino médio incompleto e que 86,6% têm ensino médio completo. Destaca-se que dentre estes 60% tem formação técnica.

	Ocupação	CAPS II	UBSF T.I	UBSF T.II	UBSF J.P.	UBSF M.S.	Total %
Não graduados	Vigia	2	-	-	-	-	2 (6,8%)
	Recepcionista	1	-	1	-	-	2 (3,4%)
	ACS	-	5	2	-	-	7 (24,5%)
	Auxiliar de coordenação	1	-	-	-	-	1(3,4%)
	Auxiliar de enfermagem	-	-	1	-	-	1 (3,4%)
	Técnico de enfermagem	1	-	-	-	1	2 (6,8%)
Graduados	Enfermeiro	1	1	1	2	2	7 (24,5%)
	Odontólogo	-	-	-	1	-	1 (3,4%)
	Psicólogo	1	-	-	-	-	1 (3,4%)
	Pedagogo	1	-	-	-	-	1 (3,4%)
	Assistente Social	1	-	-	1	-	2 (6,8%)
	Médico	-	-	-	1	1	2 (6,8%)
Total		9	6	5	5	4	29 (100%)

Tabela 2: Distribuição dos profissionais segundo escolaridade versus profissão/ocupação e local de trabalho.

Fonte: Instrumento da pesquisa, Formulário de Informações Socioeconômicas.

Para aprofundar as informações pertinentes a vida profissional dos nossos colaboradores, sejam eles não graduados ou graduados, buscamos informações sobre o tempo de formação ou conclusão dos estudos escolares.

Anos de formação ou conclusão de estudos escolares	Não graduados (%)	Graduados (%)
2 – 5	3 (20,3%)	1 (7,2%)
6 – 10	8 (53,3%)	4 (28,5%)
11 – 15	1 (6,6%)	1 (7,2%)
16 – 20	1 (6,6%)	4 (28,5%)
21 – 25	1 (6,6%)	3 (21,4%)
26 - 30	1 (6,6%)	1 (7,2 %)
Total	15 (100%)	14 (100%)

Tabela 3: Distribuição dos profissionais não graduados e graduados por tempo de formação.

Fonte: Instrumento da pesquisa, Formulário de Informações Socioeconômicas.

Atentando para o tempo de formação verificamos que o intervalo compreendido entre 6 a 10 anos é o que apresenta maior número de profissionais “**não graduados**” (53,3%) e “**graduados**” (28,5%). Estes dados indicam que nossos entrevistados são trabalhadores que estão, relativamente, há pouco tempo no mercado de trabalho, se comparado ao tempo máximo de atuação de alguns dos profissionais entrevistados (30 anos). No entanto, inferimos, que este tempo é suficiente para consolidar conhecimentos e adquirir experiência na assistência.

A Tabela 4, abaixo apresentada, nos informa acerca da renda familiar dos trabalhadores da Atenção Básica e nos permitirá fazer inferências acerca da situação econômica destes profissionais.

Renda Familiar/N° de salários	Não graduados (%)	Graduados (%)
1 – 3	10 (66,6%)	1 (7,1%)
4 – 6	5 (33,4%)	4 (28,7%)
7 – 10	-	5 (35,5%)
14 – 20	-	4 (7,1%)
Total	15 (100%)	14 (100%)

Tabela 4: Distribuição dos profissionais não graduados e graduados segundo a renda familiar.

Fonte: Instrumento da pesquisa, Formulário de Informações Socioeconômicas.

Considerando que o valor do salário mínimo nacional é, atualmente, de R\$ 510,00, verificamos que 66,6% da renda familiar dos “**não graduados**” oscila entre um e três salários. Já a renda familiar da maioria (35,5%) dos graduados flutua entre sete e dez salários mínimos. Destaca-se que 92,8% dos graduados, usufruem de renda mensal que varia entre quatro a 20 salários; enquanto 7,1% dos entrevistados não graduados possuem renda familiar entre um e três salários mínimos.

Constatamos que existe uma grande diferença entre a renda familiar dos profissionais “**graduados**” e “**não graduados**”, o que nos permite inferir que esta diferença pode interferir, mesmo que indiretamente, no exercício das atividades profissionais.

A partir de então trataremos de aspectos relativos à capacitação em saúde mental dos profissionais que atuam nas UBSFs e no Caps.

Inicialmente a leitura da Tabela 5 (a seguir) evidencia que os profissionais “**graduados**” distribuem-se igualmente, ou seja, 50% afirmaram ter recebido

capacitação em saúde mental e 50% declararam não ter recebido capacitação. Entre os profissionais “**não graduados**” verificamos que 53,3% afirmaram que não receberam capacitação em Saúde Mental, enquanto que 46,7% disseram ter recebido capacitação. Pensando sobre os sentidos apostos a um profissional dito “capacitado”, descobrimos que implica em um sujeito “capaz, habilitado, convencido e persuadido” (MICHAELLIS, 1998, p. 419). Neste sentido, as falas dos profissionais entrevistados apontam que a capacitação recebida restringiu-se a participação em palestras com duração de uma tarde, cursos a distância e especialização na área de Saúde Mental.

Profissionais	Não graduados	Graduados
Não capacitados	8 (53,3%)	7 (50%)
Capacitados	7 (46,7%)	7 (50%)
Total	15 (100%)	14 (100%)

Tabela 5: Capacitação em Saúde Mental dos profissionais não graduados e graduados. Fonte: Instrumento da pesquisa, Formulário de Informações Socioeconômicas.

Um fato nos chamou atenção: alguns profissionais descartaram a necessidade de capacitação em Saúde Mental e responsabilizam o trabalho cotidiano no Caps como capaz de capacitar todos os profissionais:

Aqui é o seguinte: aqui você entra leigo e sai formado, aqui é a própria universidade, você aprende com eles no dia-a-dia. (P12).

Prosseguindo com as entrevistas perguntamos aos profissionais das UBSFs, se os mesmos já haviam prestado algum atendimento aos sujeitos em sofrimento psíquico, ao que todos responderam afirmativamente. Considerando que todos os profissionais do Caps lidam diretamente com os usuários que possuem transtornos psíquicos, não houve necessidade de realizar tal pergunta.

O próximo gráfico nos informa sobre as atividades que tipificam a assistência prestada aos usuários portadores de transtornos psíquicos nas UBSFs. Ressaltamos que um único profissional pode desempenhar mais de uma atividade para com os usuários.

Gráfico 5:



Atividades assistenciais

Os entrevistados afirmaram que em todas as UBSFs que nos serviram de campo existem grupos de Saúde Mental, todavia estes grupos destinam-se primordialmente a entrega de medicamentos. Esta revelação justifica que a atividade mais executada (18,3%), seja exatamente a “**entrega de medicamentos**”. Em seguida, alcançando percentuais semelhantes 14,6%, foram citadas as atividades relativas à “**orientação/educação**” e “**encaminhamento a serviços especializados**”.

Sobre a rubrica de “**outras formas de assistência**” (12%) foram contabilizadas atividades citadas apenas uma vez pelos entrevistados, tais como: escuta, vacina, tratamento dentário, solicitação do benefício, serviços oferecidos aos demais usuários da UBSF e não soube informar.

Já 10,2% dos entrevistados afirmaram realizar “**atividades em grupo**”. Atividades como “**busca ativa**”, “**triagem**” e “**acompanhamento**” atingiram um percentual igual, ou seja, 6,1%.

Sumarizando esta caracterização podemos genericamente afirmar que os profissionais que prestam assistência nas UBSFs e no Caps são, em sua maioria, **mulheres**, com idade média de **38 anos**, **casadas** e **católicas**. Em sua maioria são “**não graduadas**”, concluíram os estudos entre seis e dez anos e possuem renda

familiar no valor de um a três salários mínimos. A maioria não recebeu capacitação para lidar com o usuário sujeitos em sofrimento psíquico. Nos grupos de saúde mental, a atividade mais realizada é a **entrega de medicamentos**.

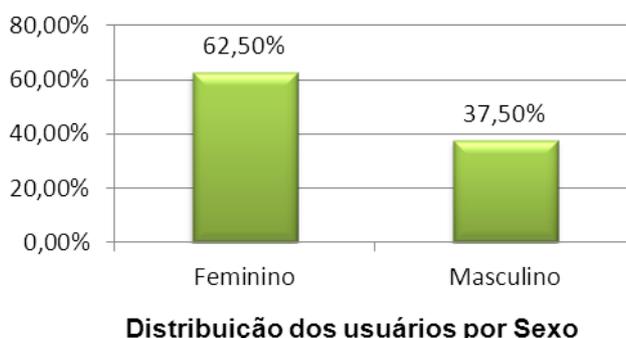
Prosseguindo na análise passamos a caracterizar os portadores de transtornos psíquicos usuários do Caps II e das UBSFs.

4.2 Caracterização dos usuários portadores de transtornos psíquicos do Caps II

O segundo grupo de pessoas que participaram deste estudo foi constituído por 17 usuários do Caps II. Salientamos que entre estes apenas um se recusou a prestar as informações solicitadas.

Para a caracterização deste grupo de pessoas apresentamos, através dos gráficos 6, 7, 8, 9 e 10, dados relativos ao sexo, idade, religião, estado civil e procedência.

Gráfico 6



De forma semelhante ao que encontramos entre os profissionais, verificamos que maioria, 62,5% do grupo de indivíduos em sofrimento psíquico é constituída por mulheres. Embora os grupos pesquisados sejam constituídos por pessoas em situação diametralmente opostas, nos colocamos a refletir acerca da prevalência de mulheres em nosso estudo. Imaginamos que para além do reflexo estatístico do

gênero feminino na população brasileira, entra em cena, neste caso, a prescrição social segundo a qual as mulheres cuidam-se mais que os homens.

A “**Faixa etária**” dos usuários pode ser observada no gráfico 7 a seguir:

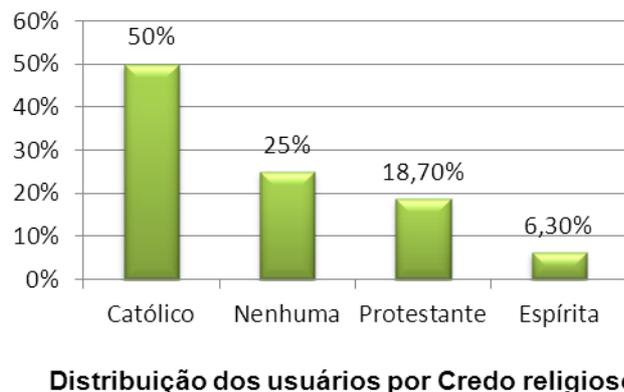
Gráfico 7



No tocante a idade observamos que variou no intervalo compreendido entre 23 e 52 anos, predominando a faixa etária compreendida entre 33 e 42 anos, cuja idade média desse grupo permeia em torno de 39,2 anos.

Quanto à religião, assim como mostra o gráfico 8, os usuários do Caps afirmaram, em sua maioria (50%), serem “**católicos**” e a minoria, 6,3%, “**espíritas**”.

Gráfico 8



Evidenciou-se, ainda na coleta das informações sócio culturais, a força das religiões, vivida por alguns como parte de seu tratamento:

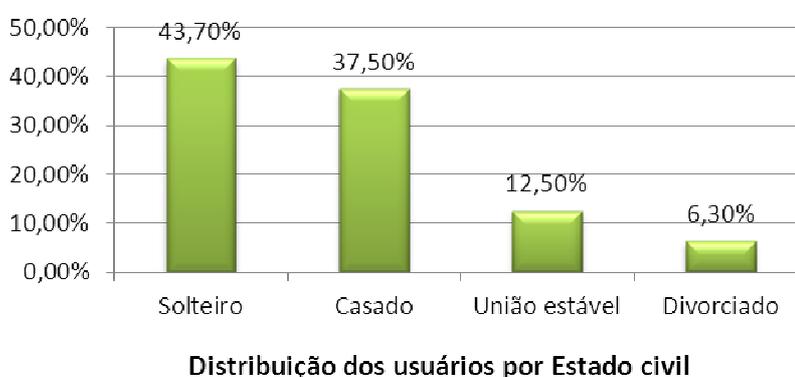
A gente tem que se agarrar com o Senhor pra se curar, né? (U1).

Enquanto outros ao repudiarem as práticas religiosas se expressaram da seguinte forma:

(...) porque odeio “crente”, porque eles dizem que tenho o “cão” no couro e eu não tenho, minha doença é só na cabeça” (U4).

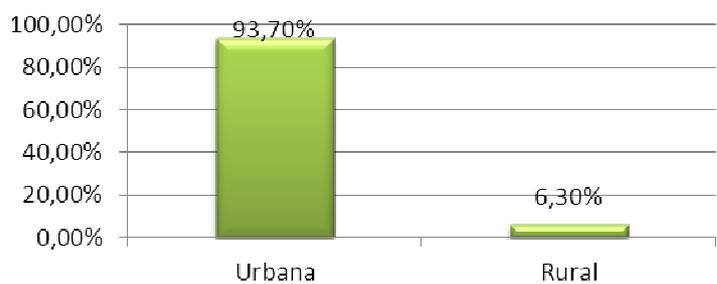
No tocante ao Estado civil, podemos observar o gráfico 9.

Gráfico 9



Podemos notar que os “**solteiros**” “aparecem como maioria 43,7%, enquanto que os “**casados**” somam 37,5%. No entanto, no curso das entrevistas descobrimos que entre os portadores de transtorno psíquicos que afirmaram ser “**casados**” apenas uma pessoa mantém um relacionamento estável. Os demais tem vida conjugal prejudicada ou rompida devido a patologia e/ou sequelas deixadas pela doença psíquica. O mesmo ocorre com os que apresentam como estado civil a “**união estável**”, 12,5%. A expressão literal da situação conjugal da minoria dos portadores de transtornos psíquicos, inferimos, pode ser descrita como a relação que é observada entre pessoas que coabitam como amigos, não como casais que possuem vida sexual ativa.

Gráfico 10



Distribuição dos usuários por Procedência de moradia

Em conformidade com nossas expectativas 93,7% dos entrevistados residem na área urbana e apenas um entrevistado (6,3%) reside na zona rural.

As informações referentes à escolaridade dos usuários do CAPS podem ser consultadas na próxima tabela:

Categoria	Subcategorias	Total (%)
Escolaridade	Ensino fundamental I	8 (50%)
	Ensino fundamental II	3 (18,7%)
	Ensino fundamental médio	2 (12,5%)
	Ensino superior	2 (12,5%)
	Analfabeto	1 (6,3%)
Total	-	16 (100%)

Tabela 6: Distribuição dos usuários do CAPS por escolaridade.

Fonte: Instrumento da pesquisa, Formulário de Informações Socioeconômicas.

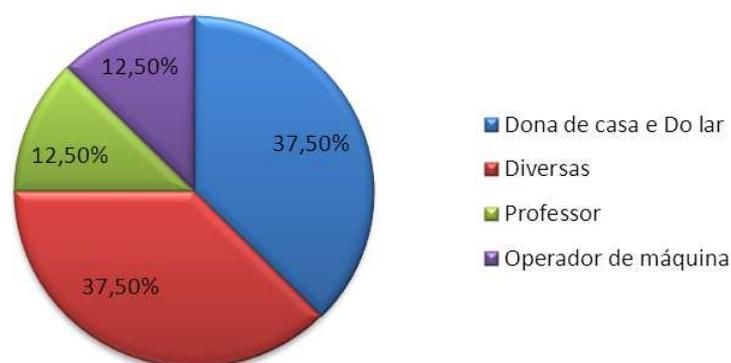
Quanto à escolaridade verificamos que a maioria (50%) dos usuários cursou o “**ensino fundamental I**”. Registramos a ocorrência de um único (6,3%) usuário “**analfabeto**”. Chamou-nos a atenção que 12,5% dos colaboradores possuem curso superior e que um deles é pós-graduado.

No discurso destes indivíduos encontramos indícios da associação que usualmente é estabelecida entre o grau de escolaridade e melhor condição econômica. Entendemos que esta associação compareceu aos discursos quando os usuários do Caps nos disseram que possuíam “plano de saúde particular”. Por outro lado estas declarações podem ser interpretadas como indícios de uma transformação das ideias que associam os usuários dos serviços do SUS com pessoas pobres, sem estudo e que não tem alternativas de tratamento.

No gráfico 11 podemos visualizar a profissão/ocupação dos usuários entrevistados.

Neste gráfico, quando concentramos nossa atenção sobre a profissão/ocupação dos portadores de transtornos psíquicos, nos deparamos com uma diversidade de possibilidades. Dentre estas as que alcançaram os maiores percentuais foram descritas como ocupação: “**dona de cada e do lar**”, assim como a categoria “**diversas**”, cada uma com 37,5%. Ainda sobre a rubrica de “**diversas**” profissões/ocupações, aquelas que foram citadas uma única vez, tais com: músico, servente, agricultor, aposentado, pintor e nenhuma. Em seguida, com igual percentual de 12,5%, encontramos a profissão de “**professor**” e a ocupação de “**operador de máquina**”.

Gráfico 11



Distribuição dos usuários do CAPS II por Profissão/ocupação

Ressalvamos que todos os indivíduos estão afastados de suas profissões devido à condição de saúde e/ou sequelas do transtorno psíquico.

Na tabela 7 (próxima página) podemos observar o nível socioeconômico das famílias dos usuários do CAPS II.

No tocante a renda familiar dos portadores de transtornos psíquicos prepondera (31,2%) a que corresponde a um salário mínimo. Destacamos que este valor equivale ao benefício que recebem do Estado. Prosseguindo, verificamos que 25,0% possuem renda familiar equivalente a três salários mínimos; 12,5% tem uma renda de dois salários mínimos e que igual percentual (6,3%) foi encontrado entre

usuários que possuem a maior (cinco salários) e a menor (menos de um salário mínimo) como renda familiar. Por fim verificamos que 18,7% dos portadores de transtornos psíquicos não souberam informar, fato que nos permite inferir que não participam ativamente da administração financeira da família.

Renda familiar em número de salários mínimos	Total (%)
1 salário	5 (31,2%)
2 salários	4 (25,0%)
Não soube informar	3 (18,7%)
3 salários	2 (12,5%)
5 salários	1 (6,3%)
< 1 salário	1 (6,3%)

Tabela 7: Distribuição dos usuários do Caps II por renda familiar em número de salários mínimos.

Fonte: Instrumento da pesquisa, Formulário de Informações Socioeconômicas.

De forma breve podemos caracterizar os usuários, sujeitos do presente estudo, como um grupo composto em sua maioria por mulheres com idade média de 39,2 anos, cujo credo religioso mais citado foi o “**católico**”, e estado civil “**solteiro**”. A procedência da maioria é “**urbana**”. A escolaridade prevalente é a do “**ensino fundamental I**”, e a “**profissão/ocupação**” mais comum fora “**dona de casa e do lar**”. A renda familiar predominante se concentra em torno de um salário mínimo.

5 Análise dos discursos

5.1 Análise dos discursos dos profissionais das UBSFs e Caps II

Para os questionamentos subjetivos da entrevista, indagamos os profissionais quanto aos tipos de atividades desenvolvidas do serviço que contemplam o exercício da sexualidade. Obtivemos variadas respostas, as quais categorizamos na seguinte tabela:

Categorias	Subcategorias	Frequência (%)	Unidades de análise
Atividades Educativas	Orientações	17 (28,7 %)	“(…) individualmente a gente também fala sobre sexualidade” (P29).
	Palestras	16 (28,0%)	“(…) que aborda sexualidade praticamente palestras, porque pelo Programa de Saúde da Família a gente tem que fazer palestras e às vezes, a gente aborda sim a sexualidade” (P25).
	Grupos	14 (23,6 %)	“(…) em alguns grupos já tem sido discutida [a sexualidade]” (P3).
	Oficinas	4 (6,5 %)	“Às vezes durante as oficinas, quando parte dos usuários, eles perguntam, e pedem pra gente falar... [sobre sexualidade]” (P16).
	Programas de saúde	2 (3,2 %)	“Programa para adolescentes, prevenção de DST, Planejamento Familiar (...), Saúde do Homem” (P21).
Não tem conhecimento	-	3 (5,0 %)	“Não tenho conhecimento (...)” (P19).
Profissionais ou equipe que não realizam nenhum tipo de atividade envolvendo a sexualidade	-	3 (5,0 %)	“(…) nem palestra tá tendo mais não (...) agora num tá funcionando mais nenhum grupo aqui (...) agora num tem nada (...) agora acabou” (P6).
Total	-	59 (100 %)	-

Tabela 8: Categorização das atividades realizadas nos serviços envolvendo a sexualidade
Fonte: Instrumento da pesquisa, Formulário de Questões.

Verificamos que 89,8% dos entrevistados desenvolvem “**atividades educativas**”, dentre as quais o tipo “**orientação**”, de caráter individual, foi a mais citada, tendo alcançado um percentual de 28,7%. Nas UBSFs, é no momento do exame ginecológico que a sexualidade é abordada, por ser uma ocasião mais privada, uma vez que abordar “*em nossa sociedade, dita normal, a sexualidade ainda é um grande tabu*” (PUHLMANN, 2000, p.15), fato este enfatizado na fala dos profissionais:

E a medida que vai se estabelecendo um vínculo com os usuários, eles vão tendo mais confiança e falam mais, abrem mais espaço para que a gente aborde essas questões [de sexualidade].(P26)

Mas é um tema ainda cheio de tabus, então a gente não entra... quando tem algum problema no citológico é que a gente puxa mais a conversa e procura saber da vida sexual, do parceiro... é constrangedor pro paciente. (P28)

Inferimos que por ser uma temática abordada durante o exame ginecológico, fica patente que esta não é uma temática frequente no atendimento prestado aos indivíduos do sexo masculino, em todas as fases do ciclo vital. Ressaltamos que em uma das unidades já aconteceu a implantação do Programa Saúde do Homem, o que segundo um dos entrevistados:

“(...) incluiu o homem na Atenção Básica de forma mais direta” (P21).

Prosseguindo com a leitura da tabela verificamos que 5% das respostas revelam que os profissionais entrevistados “**não possuem conhecimento**” acerca das atividades desenvolvidas em seus respectivos serviços.

Por fim, 5% dos profissionais alegaram que a “sexualidade não é abordada” de forma alguma, e justificam a inexistência da atividade como sendo problema dos profissionais ou da própria equipe, como tentam justificar os profissionais cujas falas colocamos em destaque:

(...) pela sobrecarga de trabalho a gente acaba deixando de lado porque as atividades educativas estão sendo a segunda opção uma vez que as atividades ambulatoriais são mais urgentes pra população devido a grande área de abrangência. (P10)

Tinha quando tinha uma assistente social, ai ela organizava os grupos de adolescentes, saúde mental, idosos. (P7)

De forma geral a sexualidade é abordada de forma pontual, mas não é englobada no dia a dia em grandes ações. (P28)

Curiosamente um dos entrevistados argumentou que a presença de cartazes no CAPS – confeccionados pelos profissionais ou estagiários – com gravuras e frases explicativas acerca do uso correto de contraceptivos de barreira e orais, pode ser entendido como uma forma de abordar a sexualidade:

(...) então acho que por meio de palestras, conversas. (P19).

Destacamos que o exame citológico foi relacionado, por alguns profissionais, com as experiências relacionadas a sexualidade. Em nosso entendimento o citológico é um exame clínico e não uma atividade que estimule a expressão das vivências da sexualidade.

Ainda buscando conhecer às atividades desenvolvida em torno da sexualidade, indagamos aos profissionais das unidades se tais atividades alcançam os portadores de transtornos psíquicos. Ressaltamos que tal questionamento não foi efetuado para os profissionais do Caps II, uma vez que os usuários do Caps são, em sua totalidade, portadores de transtornos psíquicos. Sendo, portanto, toda e qualquer atividade ali desenvolvida é direcionada para tal público.

As respostas dos profissionais das UBSFs foram categorizadas e são apresentadas na tabela abaixo.

Categorias	Total (%)
Não	7 (55 %)
Sim	6 (40 %)
Dependendo do grau do transtorno	1 (5 %)
Total	20 (100%)

Tabela 9: Informações sobre sexualidade repassadas aos portadores de transtornos psíquicos das UBSFs.

Fonte: Instrumento da pesquisa, Formulário de Questões.

A negação de que as atividades são repassadas aos sujeitos em sofrimentos psíquicos compuseram a maioria das respostas, 55%, e quando indagados sobre o

porquê que não há essa abertura para os portadores de transtornos psíquicos, os profissionais responderam de várias formas, como por exemplo:

Quando a gente vê a necessidade de trabalhar um tema com um grupo, como o dos Hipertensos, se interessasse aos portadores de transtornos psíquicos a gente vai e chama pra eles virem assistir também, mas não tem nada direcionado pra eles. (P6)

(...) agora assim, aqui já tá difícil trabalhar com as pessoas que não tem transtornos, a frequência é pequena, não há compromisso da maioria deles, imagina com os que tem transtornos?! (P29)

“Aqui num tem nada minha filha (...) nem tem isso de ir chamar o paciente em casa pra vir [o entrevistado se refere à busca ativa]” (P4).

Não sei, é um povo diferente, só se for um caso em particular. (P11).

Observamos que 40% dos profissionais afirmam que os portadores de transtornos psíquicos participam das atividades desenvolvidas na Unidade, como se depreende das seguintes falas:

Tem assim, porque é aberto pra todos (...). (P7).

O que é oferecido à comunidade claro que é oferecido ao portador. (P8).

(...) até porque os que vem pra cá possuem transtorno leve. Eles sabem de tudo, eles tem uma depressão ou um transtorno leve que não limita tanto esse paciente. Então são passados a eles as mesmas informações das outras pessoas, sem discriminação. (P27).

Pode ter acesso também. Porque pra palestra não tem um dia fixo, ocorre geralmente no dia do grupo que engloba o tema, como por exemplo, se a gente for abordar arteriosclerose, a gente apresenta no dia dos hipertensos. (P25).

(...) a gente tem paciente, usuário que é tanto de um grupo quanto de outro, por exemplo, que faz acompanhamento de pré-natal e é também do grupo de saúde mental por ter depressão. (P24).

Fechando os discursos sobre esta questão verificamos que 5% dos entrevistados nos responderam que os usuários sujeitos em sofrimento psíquico

participavam das atividades “**dependendo do grau do transtorno**”, o que foi justificado da seguinte forma:

Dependendo, né? Dependendo do tipo de transtorno. Os que têm transtornos mais leves vêm ao serviço por outros motivos e recebem o mesmo atendimento que os demais da comunidade; conseguem manter o autocuidado e acompanhar o tratamento como deve, mas tem outros que já fica complicado por causa da própria patologia. (P26).

Após saber se os serviços que nos serviram de campo de pesquisa desenvolviam atividades que abordavam a sexualidade dos usuários e, se as informações sobre o mesmo tema chegavam aos portadores de transtornos psíquicos, indagamos se haviam propostas terapêuticas para problemas que envolvam a sexualidade ou o aparelho reprodutor. As respostas obtidas foram categorizadas e podem ser visualizadas na tabela a seguir:

Categorias	Subcategorias	Frequência (%)	Unidades de análise
Não ocorre planejamento de atividades que envolvam sexualidade	-	22 (62,8%)	“A gente não tem feito muita coisa, essa é a realidade (...) o trabalho aqui se resume a preencher papel e mandar pra Secretaria [Municipal de Saúde]” (P5).
	Planejamento Familiar	4 (11,5%)	“(...) é no Planejamento Familiar que a gente procura abordar seu tema [sexualidade]” (P27).
Há planejamento	Educação	2 (5,7%)	“Só na parte educativa mesmo, pra melhorar né?” (P2).
	Saúde do Homem	2 (5,7%)	“(...) a gente almeja inserir esses indivíduos [os homens] no planejamento, na questão sexual e planejamento reprodutivo” (P23).
	Saúde da mulher	1 (2,8%)	“Quando a gente aborda a saúde da mulher no mês de maio a gente trás sim sexualidade, violência, planejamento...” (P18).
Não souberam responder	-	4 (11,5%)	Não sei” (P1).
Total	-	35 (100%)	-

Tabela 10: Propostas terapêuticas que envolvam a sexualidade ou o aparelho reprodutor. Fonte: Instrumento da pesquisa, Formulário de Questões.

Mais uma vez verificamos que 62,8% dos entrevistados responderam que “**não ocorre planejamento de atividades que envolvam sexualidade**” no serviço, e que ocorrem falhas na execução da assistência idealizada. Observemos as seguintes falas:

(...) A gente tá sem fazer esses tipos de planejamentos agora, a gente não tem quem planeje pra fazer uma palestra, quem faça esse trabalho. (P7).

Não, diretamente a isso não. Sempre que tem reuniões é pra ver o cronograma, dia de atividade de hipertenso, de saúde mental, mas não voltado a sexualidade pra eles que tem o transtorno como pergunta aí. (P9).

Continuando a análise verificamos que 25,7 % dos profissionais afirmaram que “**há planejamento**” de atividades que envolvam sexualidade, sendo tais atividades executadas no grupo de “**planejamento familiar**”, 11,5%, na “**educação**” continuada, 5,7%, no Programa de “**Saúde do Homem**”, 5,7%, e no grupo de “**Saúde da Mulher**”, 2,8%. Exemplificando o planejamento e execução destas atividades os entrevistados nos falaram:

Sim, dependendo da temática do mês. Porque a gente trabalha com um tema gerador. Quando a gente aborda a saúde da mulher no mês de maio a gente trás sim sexualidade, violência, planejamento (...). (P18).

A gente tem a pretensão de... como essa unidade foi contemplada pelo PET na Saúde do homem, a gente almeja inserir esses indivíduos no planejamento, na questão sexual e planejamento reprodutivo, onde se pretende fazer esse trabalho com homens de toda a comunidade. (P23).

Alguns profissionais “**não souberam responder**”, 11,5%, se havia ou não em seu serviço planejamento direcionado as atividades que envolvessem a sexualidade dos usuários. Julgamos esclarecedor referir que estas respostas nos foram dadas por recepcionistas e vigias, funções que por si só explicariam a ausência de informações. Para nos explicar a ausência de informações estes profissionais alegaram:

Eu nunca participo das reuniões porque fico na recepção aí, não sei te responder. (P20).

Fica evidente que estes profissionais não participam do planejamento das atividades da Unidade, o que poderia ser justificado pela ausência de formação técnica. No entanto advogamos a necessidade destes profissionais serem informados acerca das atividades que acontecem na Unidade, uma vez que são eles que recepcionam os usuários do serviço. A eles são feitas perguntas e solicitadas informações sobre o tipo do serviço, atividades oferecidas, horários de atendimento, etc.

Puhlman (2000) escreve sobre a importância do trabalho em equipe:

Todos os membros da equipe devem conhecer o trabalho dos demais elementos, e este conhecimento não se restringe apenas a conhecimentos teóricos. Todos devem vivenciar os efeitos benéficos do trabalho do seu companheiro de equipe, submetendo-se ao processo de terapia empregado pelo colega, para valorizar sua função no todo. (PUHLMAN, 2000, p.118)

A partir desta citação fica claro que os déficits de informações entre os membros de uma equipe de trabalho pode resultar em prejuízos aos usuários.

Ao perguntamos aos profissionais se havia planejamento de atividades relacionadas à sexualidade, e constatarmos o elevado percentual (62,8%) de respostas indicativas da inexistência, observamos que a resposta negativa era sempre procedida por uma justificativa não solicitada por nós. Após analisar estes discursos construímos a tabela 11 (página 51) na qual expusemos as justificativas identificadas.

As respostas mais frequentes, 27,8%, dizem respeito à “**falta de tempo e grande número de atribuições e/ou da demanda**”. Para nós não ficou claro se eram atribuições em abundância, ou se havia um pequeno número de profissionais para executar estas atribuições. Um ponto que não podemos deixar de enfatizar, é que as unidades visitadas foram escolhidas devido ao grande contingente populacional de suas respectivas áreas de abrangência, o que significa que todas possuem uma grande demanda.

Justificativas	Frequência (%)	Unidades de análise
Falta de tempo e grande número de atribuições e/ou demanda	10 (27,8%)	“(…) também tem o tempo que é pequeno em detrimento das atribuições e da demanda daqui” (P23).
Falta de responsabilidade e/ou iniciativa dos profissionais	9 (25,1%)	“(…) antes a gente se organizava mais (...) a gente devia parar e priorizar o planejamento e análise do serviço”. (P24).
Sexualidade abordada em semanas temáticas	5 (13,8%)	“Não existem atividades voltadas pra esse assunto [sexualidade], mas sim quando se encaixa nas semanas temáticas” (P17).
A sexualidade é abordada no grupo de Planejamento Familiar	4 (11,1%)	“Então é nessa parte de Planejamento Familiar que a gente aborda mais seu tema [sexualidade]” (P28).
Tema nunca foi abordado e/ou pensado	3 (8,4%)	“(…) a gente nunca pensou em abordar sexualidade” (P14).
Não capacitado para abordar sexualidade	2 (5,5%)	“(…) a gente não consegue implementar as ações almejadas(...) a gente pensa em ações que depende da gente cumpri-las (...) tem outras que a gente não se sente capacitado pra fazer” (P26).
A greve dos servidores prejudicou a assistência	2 (5,5%)	“(…) a gente também tem muitas insatisfações (...) é tanto que estourou essa greve [dos servidores públicos de junho a agosto de 2010]” (P8).
Não possuir profissional para planejar	1 (2,8%)	“(…) a gente não tem quem planeje pra fazer uma palestra, quem faça esse trabalho [de planejamento de atividades]” (P7).
Total	36 (100%)	-

Tabela 11: Justificativas para o não planejamento de atividades que envolvem sexualidade. Fonte: Instrumento da pesquisa, Formulário de Questões.

Referências a “**falta de responsabilidade e/ou iniciativa dos profissionais**” foram identificadas em 25,1% dos discursos que atribuíam aos profissionais a culpa pelo não planejamento de atividades relacionadas à sexualidade. Um dos entrevistados assim se expressou:

A coisa mais difícil é a gente se sentar, nem lembro quando foi a ultima vez! Mas não era pra ser assim, antes a gente se organizava mais. Não sei o que tá acontecendo, não sei se é a demanda que aumentou, ou se as atribuições estão em maior quantidade, mas a gente devia parar e priorizar o planejamento e analise do serviço. (P24).

Observamos, ainda, que 13,8% dos entrevistados responderam que “**sexualidade é abordada em semanas temáticas**”. Analisando as falas percebemos que houve um equívoco de um profissional, quando afirmou que:

“A gente tá sempre trabalhando a partir da necessidade dos usuários (...)” (P18).

Para depois, quando indagado acerca das atividades em planejamento assim se expressa:

“(...) dependendo da temática do mês. Porque a gente trabalha com um tema gerador” (P18).

Depreende-se que a equipe deveria presta assistência a partir das necessidades dos usuários, quando em verdade trabalha com “temas geradores” associados a datas comemorativas. Estamos nos referindo as comemorações relativas ao “mês da mulher”, período no qual um dos profissionais revela ser o único momento no qual a sexualidade é abordada. Perguntamo-nos: e nos demais meses do ano?

Outros profissionais afirmaram que o “**tema nunca foi abordado ou pensado**” (8,4%), e assim se expressam:

Não temos propostas assim, que tratem diretamente da sexualidade, mas é uma boa sugestão. (P16)

Raramente a gente aborda a sexualidade, porque cada mês tem um tema, ai tipo em maio, mês da mulher, a gente aborda a Saúde da Mulher e coloca alguma coisa de sexualidade. E também nos grupos de pessoas mais jovens se vê que precisa fala... Mas a gente nunca pensou em abordar sexualidade. (P14).

Inferimos, através deste discurso, que nos serviços pesquisados a sexualidade é uma temática pontual, abordada unicamente no mês de março, por ser o mês da “mulher”. Verificamos que a última declaração posta em destaque vai de encontro à fala dos profissionais que afirmaram prestar assistência de acordo com as necessidades do usuário, quando na realidade as atividades obedecem ao calendário de datas comemorativas. Estranhamente verificamos que em outras datas comemorativas, tais como 13 de abril (dia dos jovens), 27 de setembro (dia do

idoso) ou 19 de novembro (dia do homem) estes usuários não são contemplados nos serviços de saúde.

11,1% dos entrevistados afirmaram que **“a sexualidade é abordada no grupo de Planejamento Familiar”**, repassando a responsabilidade para os profissionais que coordenam estes grupos. Perguntamo-nos: e os demais usuários da unidade não tem direito de participar de grupos que abordem a sexualidade? E por que não há interação da equipe para o planejamento de tais atividades?

Outra justificativa para a ausência de planejamento de atividades que envolvessem a sexualidade se revelou em 8,4% dos discursos, através de **“tema nunca foi abordado e/ou pensado”**.

As categorias denominadas de **“não capacitado para aborda sexualidade”** e **“a greve dos servidores prejudicou a assistência”** alcançaram um percentual de 5,5%. Inferimos que o fato dos profissionais não se sentirem capacitados para realizarem uma atividade que se constitui como uma obrigação profissional traz sérias implicações para a qualidade da assistência prestada. Mais uma vez nos perguntamos: por que estas pessoas não buscam por capacitação? Lhes falta tempo, oportunidade?

Quanto aos profissionais que apresentaram a justificativa da ausência de planejamento devido à greve dos servidores, quando os indagamos sobre o período precedente a greve, nos foi revelado que já não havia planejamento:

Pra ser sincero não, não tinha. (P26).

Inferimos que a greve pouco alterou o cenário do planejamento da unidade.

Para concluir verificamos que 2,8% dos entrevistados falaram **“não possuir profissional para planejar”**. Esta situação foi expressa da seguinte forma:

A gente tá sem fazer esses tipos de planejamentos agora, a gente não tem quem planeje pra fazer uma palestra, quem faça esse trabalho. (P7).

Diante desta declaração mais uma vez questionamos: e o trabalho que deveria ser feito em equipe?

Puhlman (2000) em seu trabalho intitulado “A Revolução Sexual Sobre Rodas: Conquistando o afeto e a autonomia”, dedica-se a investigar a sexualidade dos deficientes físicos, atribuindo a esta uma importância central na vida dos portadores de deficiência física. Estendendo seus apontamentos aos portadores de transtornos psíquicos, podemos afirmar que a sexualidade é tão importante para os portadores de deficiência física quanto para os homens e mulheres tidos como “normais”. Segundo este autor a sexualidade vivenciada de forma positiva pode amenizar os danos causados pelo transtorno, como na depressão, por exemplo, ajuda a elevar a autoestima. O autor é muito coerente quando afirma que “Não existe ninguém que, estando vivo, não sinta prazer. A vida é a busca constante para eliminar a dor, e ter alegria, felicidade e prazer” (PUHLMAN, 2000, p.72).

Gir, Nogueira e Pela (2000) afirmam que a atenção à sexualidade é uma atividade de caráter multiprofissional, razão pela qual averiguamos junto às equipes o que os profissionais da Atenção Básica pensam sobre a sexualidade do portador de transtorno psíquico. As respostas obtidas, uma vez categorizadas podem ser visualizadas na tabela 12 (página 25).

Foram identificadas um total de 45 unidades de análise que distribuímos em três categorias. A categoria que alcançou maior percentual (77,8%) foi denominada de **“Os portadores de transtornos psíquicos tem condições de desenvolver e exercer a sexualidade”**. Subdividimos esta categoria em três subcategorias com a finalidade de melhor expor os pensamentos dos profissionais, quais sejam: 1) 42,3% dos profissionais afirmaram que os portadores de transtornos psíquicos exercem sua sexualidade **“como qualquer pessoa que é portadora ou não transtorno”**; 2) outros 20% colocam que **“somente os que possuem transtornos leves a moderados e não estão em crise”** é que tem condições de desenvolver a sexualidade e na 3) 15,5% referem que os usuários sujeitos deste estudo exercem sexualidade, todavia, **“somente o ato sexual de forma instintiva”**.

Categories	Subcategorias	Frequência (%)	Unidade de análise
Os portadores de transtornos psíquicos tem condições de desenvolver e exercer a sexualidade	Como qualquer pessoa que possui ou não transtorno	19 (42,3%)	“Eles [os usuários portadores de sofrimentos psíquicos] tem sim condições de desenvolver sim, eles tem a mais, parece que a sexualidade deles aflora mais ou é por que a gente é que fica se inibindo por questões de tabu e pudor e eles não?” (P21).
	Somente os que possuem transtornos leves a moderados e não estão em crise.	9 (20%)	“O transtorno mental não grave levam uma vida quase normal se não tiver em crise e acho que eles podem levar uma vida normal e com sexualidade ativa” (P20).
	Somente para o ato sexual de forma instintiva.	7 (15,5%)	“É meio complicado porque eles não veem o sexo da mesma maneira que a nossa: eles não tem prazer como nos temos, é como se o outro fosse um objeto, não tem respeito nem carinho, principalmente quando eles tão na crise eles fazem sexo animal, irracional mesmo, vai lá, faz o ato e pronto” (P15).
Não desenvolvem e não exercem a sexualidade	-	9 (20%)	“acho que não porque... então elas relatam que é como se elas se sentissem com a sexualidade abolida, diminuída, não tem vontade de se arrumar, de sair, de namorar, nem também de fazer sexo” (P24).
Não souberam responder	-	1 (2,2%)	“Sei lá... Eu acho que eles tem, né? Talvez não... mas é que a doença é na cabeça...” (P13).
Total	-	45 (100%)	-

Tabela 12: Percepção dos profissionais acerca da sexualidade do portador de transtorno psíquico.

Fonte: Instrumento da pesquisa, Formulário de Questões.

A ausência de habilitação/capacitação associada à influência religiosa e cultural são fatores que exercem um papel predominante na formatação das concepções acerca da sexualidade do portador de transtorno psíquico. Acompanhem o pensamento exposto na fala que colocamos em destaque:

Assim, acho que é falta de muita oração e Deus nesse povo. Muitas vezes não é doença psicológica, mas do espírito. Então eu acho que não é só os estudo científico que vão tratar deles, tem que entrar também em oração, a família e a pessoa (...) acho que sexualidade é um sentido primitivo, é instinto, então todo mundo tem sim como desenvolver isso, e por isso pra esse pessoal não ficar promiscuo ou

fazendo... o que não deve... tem que orientar e conversar com a família. (P5)

Inferimos que os profissionais, cujos princípios religiosos associam-se a cultura e a valores pessoais, possuem compreensão limitada acerca do papel da sexualidade na vida de uma pessoa. Nestes casos, o profissional talvez não consiga prestar uma assistência holística. Negar a sexualidade do portador de transtorno psíquico dificulta a abordagem de uma das dimensões da existência, bem como sua influência na doença, no tratamento e nas emoções do indivíduo (GIR, 1997).

Observamos que 20% dos entrevistados retomam a ideia de que os portadores de transtornos psíquicos simplesmente “**não desenvolvem e não exercem a sexualidade**”. Para a maioria das pessoas o exercício da sexualidade está diretamente ligado ao ato sexual e embora esta seja uma importante representação da sexualidade, quando se trata dos portadores de transtornos psíquicos, persiste a falsa ideia de que estes não possuem vida sexual. Mais uma vez os discursos coletados indicam que a sexualidade dos usuários, sujeitos do nosso estudo, fere as leis morais da sociedade.

Analisando a sexualidade destas pessoas Paula, Regen e Lopes (2005, p. 22-23) afirmam que: “Ainda hoje há quem as perceba como seres assexuados, e não raramente elas próprias reprimem sua sexualidade porque nunca tiveram a oportunidade de se reconhecerem como seres sexuais”.

Tais autores ressaltam ainda a simplicidade como certas situações corriqueiras são aceitas e incorporadas à vida das pessoas, tais como “crescer, apaixonar-se, namorar e transar”. No entanto em se tratando da pessoa portadora de limitações, sejam elas físicas ou mentais é chocante a dificuldade que a sociedade tem em imaginar que estas pessoas possam sentir desejo e se relacionarem sexualmente; é como se os “normais” ignorassem ou negassem uma parte das necessidades básicas dos “diferentes”.

Atentos para esta situação Gir, Nogueira e Pelá (2000, p.37) afirmam que:

Tem-se presenciado, no desenvolver das atividades de alguns profissionais da área de saúde, dificuldade no desempenho de um papel desejável na abordagem da sexualidade. Analisar o comportamento do indivíduo, responder a questionamentos, orientar o paciente quanto a possíveis efeitos colaterais de medicamentos, que interferem na sexualidade, e sobre a doença em si, são algumas das situações que o enfermeiro enfrenta e, ao tentar abordar este

aspecto, deixa transparecer dúvida, dificuldade, insegurança e, quando não, fuga.

Atentos à citação, voltamos a nos perguntar: profissionais que negam a sexualidade dos indivíduos em sofrimento psíquico podem prestar uma assistência que pretenda ser holística?

Por último, 2,2% dos profissionais “**não souberam responder**”. Nestes casos imaginamos que a troca de informações entre trabalhadores da saúde deve acontecer com o intuito de melhorar a assistência prestada. Todavia, mais uma vez não observamos tal interação, pois não há uma troca adequada de conhecimentos, não existe educação permanente, o que culmina em déficits, como o identificado nesta categoria, na qual o profissional não soube nem se posicionar diante um questionamento.

Para prosseguir, solicitamos aos profissionais que nos expusessem uma experiência profissional de abordagem da sexualidade dos usuários dos seus serviços. Como resultado nos foi aberto um leque de situações que foram categorizados e são apresentados na tabela 13, na próxima página.

Em função da variabilidade das experiências relatadas elegemos dentre os 11 temas identificados os três mais abordados, quais sejam: “**ato sexual no serviço de saúde**”; “**não vivenciou nenhuma experiência**” e “**prática da masturbação**”.

A experiência dos profissionais expressa como a ocorrência de “ato sexual no serviço de saúde” esteve presente em 22,4% das respostas. A veracidade da experiência pode ser conferida nas seguintes falas:

Aqui mesmo a gente já pegou várias vezes... eles vão mesmo sem nenhum sentimento e fazem de qualquer jeito, o negocio é fazer, não sei se pela necessidade ou se pela perturbação da cabeça, mas é uma coisa horrorosa. No repouso recentemente tinha dois lá e foi uma luta pra gente desgrudar eles e depois eles ainda partiram pra gente! Tu acha?! É porque a sexualidade deles é muito aflorada mesmo... (P15).

Não dá pra impedir que isso [o ato sexual] aconteça no dia-a-dia, já que é algo também instintivo, e a gente tá aqui orientando, fiscalizando, evitando que isso aconteça neste lugar, mas impedir, não. (P17).

Embora pertençam ao mesmo serviço e vivenciem as mesmas situações, os profissionais têm acerca dos acontecimentos que envolvem a sexualidade

perspectivas diferentes. Suas condutas são extremamente diversas e heterogêneas no tocante às situações que envolvem o ato sexual na instituição.

Tema da experiência	Frequência (%)	Unidade de Análise
Ato sexual no serviço de saúde	8 (22,4%)	“(…) inclusive a gente já chegou a pegar aqui dentro, nos banheiros, no repouso, geralmente sozinho se masturbando e até o casal no repouso (…), aí tem que ficar sempre uma pessoa da equipe circulando, porque se não minha filha... eles às vezes num procuram muito ser discretos” (P12).
Não teve nenhuma experiência	7 (19,6%)	“Não, nem antes de vir trabalhar aqui, que eu vinha muito aqui (...). Não, nunca tive nada não (...). Não querida, tenho não” (P4).
Prática da masturbação	6 (16,5%)	“Aqui já pegaram alguns deles se masturbando no banheiro, em uma sala vazia (...)” (P19).
Sexualidade compulsória	4 (11,1%)	“(…) aqui temos um paciente do sexo masculino que desencadeou um transtorno psíquico devido a um problema que envolve sexualidade, a compulsão sexual. E ele precisou recorrer ao CAPS, necessitou de avaliação e acompanhamento médico, porque ele já era compulsivo.” (P10).
Influência da família na sexualidade da usuária	3 (8,3%)	“Ela não tinha problema mental, mas os pais dela começaram a proibir que ela namorasse ou se envolvesse com qualquer pessoa, então isso foi somatizando e desenvolveu um problema seríssimo (...) e ela não conseguiu superar e ainda diz que quer, quer ter alguém, quer ter filhos e os pais e irmãos agora é que não aceita! (...) Tornou-se uma pessoa revoltada, violenta. Acabou a vida dela.” (P29).
Homossexualismo	2 (5,5%)	“(…) as internas [usuárias da residência feminina] (...) tem umas que não gostam e reclamam do comportamento das demais (...)”. (P17).
Depressão pós-parto	2 (5,5%)	“Tem uma usuária nossa que tem uma filha de 10 meses, ela teve depressão pós parto, e ela é muito perturbada, teve muitas idas e vindas ao CAPS e ela ainda não conseguiu compensar, então o que que acontece: ela além de acompanhar o grupo de saúde mental entrou no planejamento familiar, e de uma hora pra outra resolveu que não queria mais participar do planejamento e que queria engravidar.” (P26).
Outros temas	4 (11,1%)	“A gente tem uma usuária do grupo de saúde mental que também está no planejamento familiar, porque a família já fez nela quatro abortos e ela estava grávida do 5º filho e queria tê-lo, mas a família diz que ela é doída, e ela muito consciente diz que “não, eu tenho depressão, mas não me impede de ser mãe, e uma boa mãe!”. (P21).
Total	36 (100%)	-

Tabela 13: Categorização das experiências relatadas pelos profissionais com a sexualidade dos portadores de transtornos psíquicos.

Fonte: Instrumento da pesquisa, Formulário de Questões.

Para a categoria “**não vivenciou nenhuma experiência**” obtivemos um percentual de 19,6%. Alguns profissionais das unidades de saúde (pertencentes à área de abrangência do Caps II) ou do próprio Caps II revelam que nunca vivenciaram situações que envolvessem a sexualidade do usuário, em conformidade com a exposição de um dos profissionais:

“Aqui no serviço não. Não tive nada aqui não” (P5).

A categoria denominada “**masturbação**” atingiu um percentual de 16,8%. Buscando esclarecimentos acerca desta prática sexual atentamos para que

(...) a masturbação pode ser definida como uma autossatisfação obtida através da estimulação física dos genitais, mas que também pode ser atingida através da estimulação de outras partes do corpo. A palavra masturbação parece ter sua origem na expressão latina mansstuprare, que significa manchar com a mão e sempre esteve, erroneamente, associada ao termo onaismo, que na verdade refere-se a prática do coito interrompido. (ROMUALDO, 2003, p.9).

Elucidado o significado da masturbação, revelamos que 33,4% dos relatos se referiam a masturbação dos usuários em suas respectivas residências, enquanto que 66,6% se referiram à masturbação do usuário no ambiente institucional. Esta ocorrência pode ser claramente observada nas seguintes falas:

(...) ele [usuário] tava se masturbando na frente da mãe, e é bem difícil (...). Se já é delicado pra gente ditos “normais” imagine pra pessoa que tem outras dificuldades e ainda pra trabalhar isso aí; até a linguagem tem que ser totalmente voltada, e tudo mais. (P8)

É assim, a questão da masturbação [profissional demonstrou repúdio ao ato e ou aos usuários], diminuiu agora, mas era muito presente, principalmente os da residência terapêutica, e assim, na frente da gente, não tinha uma preocupação de privacidade, de pudor mesmo. Isso vem sendo trabalhado e diminuiu. (P14)

Tais fragmentos de discursos nos permitem conhecer dois tipos de profissionais: os que se importam e se preocupam com a experiência do usuário, refletida, em nosso entendimento, na primeira fala. E, na segunda fala, podemos enxergar o profissional metódico, rígido em suas concepções, que não enxerga as especificidades de cada indivíduo, que não usa adequadamente o bom senso, nem

parece possui habilidade para lidar com as questões que envolvam a sexualidade dos usuários.

Talvez o portador de transtorno psíquico, em função do curso da patologia psíquica, não reconheça mais os valores morais que levam os indivíduos a esconderem seus desejos, motivo pelo qual julgamos que o profissional não deve encarar as situações que envolvem a sexualidade como sendo uma “*coisa horrorosa*”; devendo sim, procurar orientar o indivíduo quanto à importância da privacidade e que o serviço de saúde não é o local adequado para satisfazer determinadas necessidades. Não podemos abordar de forma agressiva e com preconceitos os atos dos portadores de transtornos psíquicos, além das questões culturais devemos respeitar os sentimentos e limitações de cada um.

Diante dos discursos apresentados pelos profissionais, há um consenso de que entre os usuários a prática da masturbação é comum, o que nos possibilita inferir e, caracterizar o quadro dos problemas conjugais, refletido na ausência do ato sexual e da necessidade de satisfazer-se, de expressar-se como ser sexual. Este acontecimento foi revelado por um usuário quando perguntamos sobre que temática ele gostaria de receber informações. O usuário em questão não respondeu a nossa pergunta, mas assim se expressou:

(...) Eu faço com a mão em casa, escondido (...). Minha mulher num me quer mais. Porque tô assim, né? [refere-se à condição de portador de sofrimento psíquico]. (U4)

Consideramos esta uma triste revelação, pois fica claro que a vivência sexual do casal está gravemente prejudicada pela existência do transtorno psíquico ou por suas sequelas.

A categoria que agrega “**outros temas**” nos remete a temas que foram citados apenas uma vez e que alcançaram 11,1% das respostas, tais como: “**casal – sendo um portador de transtorno psíquico e o outro não**”, “**sexualidade aguçada**”, “**baixa autoestima**” e “**estupro**”.

À medida que realizávamos as entrevistas, observamos que os profissionais, de uma forma ou de outra, expressavam seus entendimentos acerca do que é sexualidade. Poucos foram os que precisamos perguntar, já que nos discursos, geralmente, já ficava clara a compreensão do profissional. Construímos, então, uma tabela para expor as ideias que os profissionais expressaram sobre a sexualidade.

Categorias	Subcategorias	Frequência (%)	Unidade de Registro
Profissionais que compreenderam e expressaram a abrangência do termo Sexualidade	-	14 (40%)	“Apesar das pessoas visualizarem a sexualidade numa área específica do corpo quando envolve o corpo todo, é o sentir, o estar bem consigo” (P17).
	Relacionam ao ato sexual	14 (40%)	“É a relação sexual (...) é uma forma de comunhão, um complemento do casal (...) é uma coisa bonita” (P20).
	Relacionam ao gênero	3 (8,6%)	“(…) quando o sexo da pessoa é feminino ou masculino, (...) eu acho que é mais em termo de feminino e masculino” (P11).
Profissionais com visão limitada do termo “sexualidade”	Relacionam a opção sexual	3 (8,6%)	“(…) A partir do sentimento de um homem por uma mulher, ou de homem com homem e mulher com mulher – hoje tá muito misturado isso (risos)” (P9).
	-	1 (2,8%)	“Sei lá... Num sei falar não” (P13).
Não soube responder	-	1 (2,8%)	-
Total	-	35 (100%)	-

Tabela 14: Compreensão dos profissionais do termo Sexualidade.

Fonte: Instrumento da pesquisa, Formulário de Questões.

Verificamos que 40% dos entrevistados são **“profissionais que compreendem e expressam a abrangência do termo sexualidade”**.

(...) sexualidade abrange tanta coisa... não é só o sexo, é você se cuidar, faz parte de se você se sentir bem, se você não se sentir bem você vai fazer com que o outro também não se sintam... É uma gama tão grande de coisas (...). Eu trabalho com pessoas, com usuários, que além da vida sexual ativa não relaxam em se cuidar, se pentear. E a gente sabe que tem outros transtornos que a pessoa não desenvolve nada porque tem baixa autoestima, depressão mesmo. Mas geralmente eles se cuidam muito! (P27).

Tanto o agir no dia a dia, como também envolve sexo, o ato; é o jeito de se vestir, de se amar, de amar o outro, a opção sexual, contato humano, um olhar... sexualidade é bem abrangente. (P28).

Em contrapartida, 57,2%, infelizmente, representam **“profissionais com visão limitada do termo “sexualidade”**”. Essa categoria apresenta três subcategorias que indicam que os profissionais entendem a sexualidade como um fato específico: 40% **“relacionam ao ato sexual”**, 8,6% **“relacionam ao gênero”** e

8,6% “**relacionam a opção sexual**”. Para exemplificar o pensamento dos profissionais que reduzem a sexualidade a apenas o ato sexual, selecionamos a seguinte resposta:

No ser humano ou no psicótico? Porque eles têm a sexualidade como um animal, né? É muito aflorada. Ele acha que a mulher vai lá e ... pronto, num tem aquele respeito, aquele carinho... Já pra nós, eu acho que a sexualidade é uma forma boa que Jesus, Deus deixou aqui na Terra de reprodução, só que a população não tá sabendo essa coisa e tá banalizando, e é assim, sexo sem amor, sem respeito sem carinho, sem conhecimento... tá muito banalizado. (P15)

Em nossa opinião em tal discurso se sobressai o preconceito e a falta de formação/informação, uma vez que trata-se de um discurso proveniente de um cuidador, entendendo-se por cuidador alguém “que, ou aquele que cuida, ou trata; diligente, zeloso” (MICHAELIS, 1998, p.622).

Giami (2004) fala, de forma geral, que os profissionais retratam a sexualidade dos portadores de transtornos psíquicos como “selvagem”, porém, esta concepção se estende aos cuidadores profissionais dos usuários d sujeitos deste estudo, como vimos na fala do P15.

Alguns profissionais percebem a sexualidade como uma questão de gênero (aparelho reprodutor, apenas) (8,6%). Como exemplo desta concepção colocamos em destaque o seguinte fragmento de discurso:

(...) eu acho que é assim: quando o sexo da pessoa é feminino ou masculino, eu não englobo no sexo do ato mesmo. Eu acho que é mais em termo de feminino e masculino. (P11).

Enquanto outros profissionais atribuem à opção sexual, revelando-nos também uma visão limitada:

(...) envolve o todo, a partir do sentimento de um homem por uma mulher, ou de homem com homem e mulher com mulher – hoje tá muito misturado isso (risos) – acho que começa daí, não é só o ato do sexo, mas é isso também. (P9).

5.2 Análise dos discursos dos usuários do Caps II

Para ter acesso aos discursos dos usuários do Caps acerca de suas vivências em torno da sexualidade, estimulamos sua expressão através de indagações, de início genéricas, para, paulatinamente, nos aproximarmos da questão em estudo. A Tabela 15 nos permite conhecer os motivos que levaram estas pessoas a procurar o CAPS.

Categorias	Subcategorias	Frequência (%)	Unidade de Análise
Referências a transtornos psíquicos	Referências a transtornos formalmente diagnosticados	1 (4,8%)	“Eu tinha frequentes crises de depressão, (...) que começaram a ficar mais fortes. (...) comecei a expressar uma agressividade, impaciência com tudo. Procurei uma neuro (...) que disse que eu tinha um quadro de transtorno bipolar e não de depressão” (U6).
		1 (4,8%)	“Foi um distúrbio porque eu bebia muito” (U9).
	Referências genéricas a “problemas de nervos”.	9 (42,8%)	“É problema dos nervos. Eu fui sequestrada com 13 anos, fui estuprada, colocaram drogas na minha veia, quase morri (...). Desde aí fiquei doente dos nervos” (U8).
Referências a sintomas de sofrimento psíquico	Depressão	5 (23,8%)	“Depressão.” (U12)
	Ansiedade	3 (14,2%)	“(…) ansiedade tava me matando. Quando eu ia fazer qualquer coisa eu ficava tão ansiosa que eu ficava atordoada, aí fiquei me achando louca mesmo.” (U2).
	Tristeza	1 (4,8%)	“(…) era uma tristeza... não sei mais dizer...” (U1).
Não soube informar	-	1 (4,8%)	“Eu era tratado no João Ribeiro desde cedo, ai fui internado num sei quantas vezes. Depois me mandaram pra cá” (U7).
Total	-	21 (100%)	-

Tabela 15: Categorização dos motivos que levaram o portador de transtorno psíquico a procurar o Caps.

Fonte: Instrumento da pesquisa, Formulário de Questões.

Outros usuários para justificar a procura pelo serviço fizeram “referências a transtornos psíquicos” de duas formas: falando sobre “**transtornos formalmente**

diagnosticados” (4,8%) ou expressando-se através de referências genéricas a **“problemas de nervos”** (4,8%). Inferimos que quando os portadores de transtornos psíquicos falam sobre as doenças que os afeta, usando uma linguagem médica, tal como transtorno bipolar, indicam que possuem algum conhecimento sobre sua doença. A situação parece ser diferente entre aqueles que ao falarem sobre os motivos que os levaram a procurar o serviço, usam a linguagem genérica de descrição de sintomas.

Como segunda questão estimuladora, perguntamos aos entrevistados o que pensavam acerca do tratamento recebido no Caps. A análise dos discursos resultou numa classificação do nível da satisfação dos usuários para com o tratamento e a instituição.

Categoria	Subcategoria	Frequência (%)	Unidade de Análise
Satisfação com o serviço	Gosta muito do serviço	8 (42,1 %)	“Eu gosto muito daqui; aqui ninguém ri de mim. Antigamente todo mundo ria quando eu ia falar” (U5).
	Bom	5 (26,3 %)	“Eu acho bom, porque me... me ajuda bastante a me conhecer melhor” (U1).
	Muito bom	3 (15,7 %)	“Aqui é muito bom, nunca falta remédio e quando a gente vai pra consulta não falta médico” (U3).
	Ótimo	2 (10,5 %)	“Aqui é ótimo (...). Eu só tô boa porque fiquei vindo me tratar aqui” (U2).
	Excelente	1 (5,4 %)	“Aqui é excelente. O tratamento com a psicóloga e psiquiatra me fez deixar a bebida” (U9).
Total	-	19 (100%)	-

Tabela 16: Nível de satisfação dos usuários para com o serviço Caps.

Fonte: Instrumento da pesquisa, Formulário de Questões.

Olhando esta tabela depreende-se que as respostas dos entrevistados foram classificadas em cinco subcategorias, e que estas tem por base a descrição do grau de satisfação, ou seja: 42,1% afirmaram **“gostar muito”** do serviço; 26,3% disseram que é **“bom”**; 15,7% falaram ser **“muito bom”**; 10,5% classificam como **“ótimo”** e, apenas, 5,4% usaram a palavra **“excelente”**.

Embora seja possível afirmar que estamos diante de níveis de satisfação extremamente favoráveis ao serviço, não podemos deixar de ressaltar que

encontramos em algumas falas a expressão de uma relativa insatisfação com as atividades desenvolvidas no Caps. Consideramos esta ocorrência discursiva importante, na medida em que expõe situações que ainda não são adequadamente abordadas nos Caps.

Para aprofundar e analisar destas falas estabelecemos algumas associações objetivando realizar inferências. Como visto anteriormente - quando realizamos a caracterização dos usuários do Caps (página 41) - a maioria dos entrevistados (50% com apenas o Ensino Fundamental I) possui baixa escolaridade, o que, supomos, se reflete nas atividades planejadas pelos profissionais do serviço. Entretanto, também observamos que nem todos os usuários possuem baixa escolaridade, de forma que a simplicidade de algumas atividades praticadas nas oficinas parece desestimular a participação e a frequência dos portadores de transtornos psíquicos ao serviço.

Neste sentido, inferimos que as pessoas mais instruídas não são particularmente contempladas no planejamento das atividades, fato explicitamente referido por entrevistados que são graduados:

Eu sou artesã, já trabalho com artesanato há muito tempo, então as oficinas de artesanato ficavam sem graça, coisas bobas pra mim porque é o básico, claro. Mas pra mim era muito chato... (U6).

De forma geral eles falam muito bem sobre alimentação, higiene, direitos, pra maioria aqui é ótimo, mas pra mim que já sou esclarecida é um tanto repetitiva as informações. (U12).

Outros usuários, mesmo afirmando que o serviço é “ótimo”, sugeriram a inclusão de esportes nas atividades desenvolvidas no Caps:

Eu sinto falta de uma coisa pra fazer com o corpo, ou nadar ou correr, alguma coisa assim, esportivo, num tem? Porque até deixa a pessoa com mais vontade de vir, se empolga com a atividade, né? (...) porque minha filha, remédio e remédio num vai fazer nada. (U2).

(...) o que eu queria mesmo era melhoramentos: mais medicação, mais psicóloga, psiquiatra porque a gente espera muito tempo pra consulta. Era bom uns esportes além do aquecimento... (U9).

Prosseguindo sugerimos que os entrevistados falassem livremente acerca das “coisas” que lhes davam prazer, ocasião em que obtivemos respostas que apontavam um leque de atividades tão diverso quanto são a pessoas.

Categorias	Subcategorias	Frequência (%)	Unidades de Registro
Atividades que proporcionam prazer	Domésticas	9 (20,0%)	“[gosta] de fazer limpeza, lavar roupa, cuidar do almoço” (U1).
	Manuais	7 (15,0%)	“EVA, desenho, pintura, bijuteria...” (U5).
	Diversas	5 (11,0%)	“(…) e outra coisa é que eu recuperei uma paixão que é a leitura” (U6).
	Religiosas	2 (4,0%)	“E ultimamente a única coisa que tem me dado prazer e calma é a palestra que tô tendo nas sextas no Centro Espírita que frequento” (U6).
	Agrícolas	1 (2,0%)	“É... eu limpo um matinho aqui e acolá, vou no roçado” (U14).
	Autocuidado	1 (2,0%)	“(…) tomar banho, me arrumar. Mesmo em crise eu nunca andei suja, pode perguntar aminha mãe, eu botava perfume, me ajustava” (U13).
Exercitar relações interpessoais	Namorar	5 (11,0 %)	“(…) Eu até queria [namorar], mas os homens só fazem olhar pra mim, dá vontade de perguntar: “Você vai ficar só olhando ou vai me pedir em namoro? Pelo amor de Deus!” [risos]. Eu quero casar, quero ter filhos!” (U5).
	Estar com o companheiro (a)	4 (9,0%)	“[E com o marido] Gosto de ficar com ele também. Namorar é bom! [risos] ele é bom pra mim, ele entende por cima o que eu tô passando” (U2).
	Ficar com os filhos	3 (6,3%)	“Eu gosto de ficar com eles [com os filhos]. Eu gosto” (U1).
	Interagir com os amigos	3 (6,3%)	“Jogar bola na rua de casa” (U15).
Frequentar o Caps	Participar das oficinas	2 (4,0%)	“Gosto de participar das oficinas” (U8).
	Ir ao Caps	2 (4,0%)	“Eu só gosto de vir pro Caps” (U9).
Nada	-	3 (6,3%)	“Num tem nada que eu goste não. Tô muito parado” (U3).
Total	-	44 (100%)	-

Tabela 17: Categorização das atividades que proporcionam prazer aos portadores de transtornos psíquicos.

Fonte: Instrumento da pesquisa, Formulário de Questões.

Dentre as atividades apontadas como aquelas que proporcionam maior prazer foram citadas as **“atividades domésticas”** (20%), as **“atividades manuais”** (15%), as **“atividades religiosas”** (4%) e as **“atividades agrícolas”** e de **“autocuidado”** (1%). Para a subcategoria **“diversas”** há uma variedade de atividades, tais como

“cantar” (2%), “fumar” (2%), “ler” (2%), “permanecer no domicílio” (2%) e “assistir televisão” (2%) foram lembradas como capazes de produzir prazer. Estamos diante do relato de atividades cotidianas, executadas com tanta frequência que muitas vezes esquecemos que são capazes de produzir prazer, e são exemplificadas nas falas:

(...) gosto de fumar, mas a médica mandou parar porque o cigarro tá me matando e come muito dinheiro. (U8).

Gosto de ficar em casa. (U10).

Uma outra categoria de atividades que proporcionam prazer foi organizada em torno do “**exercitar relações interpessoais**”. A satisfação advinda da companhia e da interação estabelecida entre semelhantes foi expressa através de referências a “**namorar**” (11%). Fica clara a associação que é estabelecida entre o “namorar” e o exercício da sexualidade.

Em seguida os entrevistados nos falaram do prazer resultante das relações estabelecidas com o companheiro (9%), com os filhos (6,3%) e de interagir com os amigos (6,3%). Nestes discursos não se evidencia nenhuma conotação de prazer sexual, mas sim da satisfação emocional só experimentada entre pessoas unidas por um afeto que descrevemos como fraterno ou paternal/maternal.

Alguns entrevistados relataram que “**frequentar o Caps**” é uma atividade que produz prazer, seja apenas o fato de “**ir ao Caps**” (4%) ou “**participar das oficinas**” (4%) ali desenvolvidas. Uma interessante associação é construída por estas pessoas quando indicam que o tratamento que lhes é oferecido produz sensações agradáveis e prazerosas.

Finalizando a análise dos discursos sobre as atividades que proporcionam prazer aos portadores de transtornos psíquicos, registramos que 3% dos entrevistados referiram que “**nada**” é capaz de lhes proporcionar prazer.

Após falarem sobre as diversas atividades apontadas como produtoras de prazer, julgamos ter conseguido deixar os entrevistados suficientemente à vontade para externarem seu entendimento acerca da sexualidade. Destacamos que em nossas análises trabalharmos com o vocábulo “*entendimento*” enquanto

Ato de entender; faculdade de conceber e entender as coisas, intelecto, inteligência; capacidade de julgar (de entender); compreensão, percepção; interpretação (daquilo que se diz ou escreve) (...). (MICHAELIS, 1998, p.819).

E, enquanto tal, capaz de revelar as “concepções” que refletem as ideias e guiam as vivências da sexualidade, como está exposto na tabela a seguir.

Percepções da sexualidade	Frequência (%)	Unidade de Análise
Associada ao ato sexual	14 (63,6%)	“Eu acho que tem que ser feito dentro de uma ética, com respeito, higiene, com carinho, com cuidado pra não cair na promiscuidade... a sexualidade sai do bonito e belo para o divino se envolver essas coisas” (U16).
Associada ao gênero feminino e masculino	3 (13,7%)	“Eu sei o que é sexo feminino e sexo masculino, que é homem e mulher, banheiro feminino e banheiro masculino.” (U5).
Não sabe responder	3 (13,7%)	“Eu não sei te falar...” (U15).
Percepção da abrangência da sexualidade	2 (9%)	“É uma palavra bem abrangente... Pra mim começa na sua escolha, o amor, desejo, carinho, e sexo também.” (U12)
Total	22 (100%)	-

Tabela 18: Categorização das concepções dos portadores de transtornos psíquicos sobre a sexualidade.

Fonte: Instrumento de pesquisa, Questionário de Questões.

A visualização das categorias desta tabela nos permite verificar que existe entre os discursos dos portadores de transtornos psíquicos e dos profissionais das UBSF e do CAPS as mesmas associações entre a “sexualidade” e o ato sexual. Esta associação evidencia-se através da frequência e do percentual alcançado pela categoria denominada percepção da sexualidade associada ao ato sexual (63,6%).

Mais uma vez percebemos semelhanças entre os discursos que analisamos, quando 13,7% dos portadores de transtornos psíquicos associam à sexualidade a uma questão de gênero.

Registramos que o mesmo percentual de usuários (13,7%), “**não souberam responder**” o que compreende sobre sexualidade.

Por último verificamos que, apenas 9% produziram discursos indicativos da compreensão da abrangência do termo “sexualidade”.

Eu acho que é tudo aquilo que tem a ver com o corpo da gente, todo. Não é só o ato sexual em si. (U6).

Conhecidas as concepções dos portadores de transtornos psíquicos acerca da sexualidade, procuramos conhecer as fontes que forneceram as informações que formataram as ideias anteriormente verbalizadas. Através das categorias apresentadas na próxima Tabela, passamos a conhecer as principais fontes de informação sobre a sexualidade.

Categorização das Fontes de Informação	Fontes de informações sobre a sexualidade	Frequência (%)	Unidade de Registro
Informantes Anônimos	Ninguém	8 (38,3%)	"(...) eu sei de mim mesma. Ninguém nunca me disse nada não." (U1).
	Informações adquiridas com o cotidiano	5 (23,9%)	"Eu fui adquirindo com a vivência, no dia a dia, (...), com meu marido" (U12).
Informantes Especialistas	Profissionais e estagiários do CAPS/CAPS II	2 (9,5%)	"Foi a psicóloga. Aqui no CAPS" (U9).
	Médico/UBSF	1 (4,7%)	"No posto... o medico fala bem direitinho." (U11).
	Pesquisador	1 (4,7%)	"Você agora (risos)." (U5).
	Profissionais de saúde /ISEA	1 (4,7%)	"Foi quando eu fiz a laqueadura no ISEA, não era sobre sexualidade, mas envolvia" (U2).
Informantes informais	Programas de televisão	2 (9,5%)	"(...) mas também a televisão, e vídeos, como professora eu estudei muito pra poder passar." (U6).
	Leitura	1 (4,7%)	"Acho que através da leitura mesmo" (U6).
Total	-	21 (100%)	-

Tabela 19: Principais fontes de informações acerca da sexualidade, segundo os portadores de transtornos psíquicos.

Fonte: Instrumento da pesquisa, Formulário de Questões.

Em conformidade com os dados expostos percebemos que foram identificados e categorizados três tipos de informantes: anônimos, especialistas e informais. Considerando os "informantes anônimos" verificamos que 38,3% dos

portadores de transtornos psíquicos revelaram que **“ninguém”** lhes repassou informações sobre a sexualidade; enquanto 23,9% afirmam que as **“informações foram adquiridas no cotidiano”**.

Consideramos como **“informantes especialistas”** aqueles indivíduos que atuam na área de saúde e que em tese são capacitados para fornecer informações relacionadas à saúde, incluindo a sexualidade. Dentre os entrevistados que afirmaram haver obtido informações com especialistas, verificamos que 9,5% indicaram serem responsáveis pelas informações os **“profissionais e estagiários do Caps”**. Nas subcategorias **“médico”** da UBSF, **“pesquisador”** e **“profissionais do ISEA”** registramos um percentual de 4,7% de respostas.

Os denominados **“informantes informais”** divulgam informações sobre sexualidade por meio de **“programas de televisão”** (9,5%) e **“leitura”** (4,7%).

Para encerrar estas entrevistas perguntamos aos nossos colaboradores que informações gostariam de receber acerca da sexualidade. As respostas obtidas foram categorizadas e podem ser conhecidas através da Tabela 20.

Categoria	Frequência (%)	Unidade de Registro
Não deseja informações	6 (30%)	“Nada, pra mim tá tudo bem” (U1).
Temáticas diversas	6 (30%)	“Eu gostaria de saber mais sobre reprodução em laboratório, os riscos, as possibilidades, as consequências...” (U16).
Não soube informar	3 (15%)	“Eu não sei... talvez porque eu ainda não faça essas coisas.” (U5).
Influência dos medicamentos sobre a libido	2 (10%)	“Eu queria saber mais sobre minha doença, meu tratamento, porque minha libido diminuiu” (U9).
Não quis falar	1 (5%)	“Tenho dúvidas às vezes, mas num quero falar não.” (U14).
Total	20 (100%)	-

Tabela 20: Categorização das informações que os portadores de transtornos psíquicos gostariam de receber sobre a sexualidade.

Fonte: Instrumento da pesquisa, Formulário de Questões.

Destacamos que 30% dos entrevistados verbalizaram que **“não desejam informações”** acerca da sexualidade, suas consequências e possíveis problemas relacionados às suas práticas.

Para a categoria “**temáticas diversas**” obtivemos um percentual de 35%, cujos temas foram: concepção, prurido e secreções patológicas, não quis falar, virgindade e reprodução assistida, como podemos observar em:

Eu queria saber como é que faz..., e como é que sai um filho disso tudo. (U7).

Eu queria saber por que as mulheres tem coceira e “corrimento. (U8).

Tenho dúvidas às vezes, mas num quero falar não. (U14).

Eu queria saber o que é ser virgem. Minha mulher disse que não era quando a gente casou. (U4).

Eu gostaria de saber mais sobre reprodução em laboratório, os riscos, as possibilidades, as consequências... (U16).

15%, um percentual que consideramos alto, “**não sabe se deseja informações**”. Neste sentido uma das entrevistadas comenta:

O médico disse que meu problema é na cabeça não vou procurar mais doença. (U1).

Em outras entrevistas encontramos ideias semelhantes a que colocamos em destaque, no entanto não sabemos ao certo se as informações não foram adequadamente repassadas ou se simplesmente não houve informação da equipe de saúde. Paula, Regen e Lopes (2005) escrevem sobre as vivências da sexualidade na vida de deficientes mentais e sobre a ausência de informações e discussões a este respeito:

... quando verificarmos que a maior parte das pessoas com deficiência não consegue viver ou sequer expressar sua sexualidade, devemos ter em mente que em geral isto não é decorrência da deficiência em si, mas da falta de condições de levar uma vida digna, com igualdade e oportunidades e direitos respeitados. A libido naufraga no meio de tantas carências, ou seja, ninguém consegue realizar-se sexualmente de forma plena se não puder viver a vida em todos os seus aspectos, também de forma plena. (PAULA, REGEN E LOPES, 2005, p.25).

Os mesmos autores enfocam que a sexualidade é vivenciada ou não de acordo com as experiências individuais, “*desde as expectativas familiares antes de seu nascimento ate suas relações bem ou mal sucedidas, crenças, alegrias,*

prazeres e encontros, rejeições, medos e decepções” e concluem dizendo que a sexualidade “*transcende a natureza para abraçar manifestações pessoais e sociais que mudam ao longo do tempo*” (PAULA, REGEN e LOPES, 2005, p. 24).

10% dos entrevistados apontaram dúvidas e o desejo de saber mais sobre a “**influência dos medicamentos sobre a libido**”. Vieira e Silva (2005) explicam que muitas das drogas utilizadas na clínica psiquiátrica possuem efeitos colaterais que influenciam a sexualidade. Tanto para os homens quanto para as mulheres os efeitos colaterais acarretam uma diminuição da libido. Para os homens a redução do impulso sexual, ejaculação retrograda problemas de ereção são os principais efeitos, já para as mulheres são os problemas de lubrificação, inibição ou atraso do orgasmo. Com menos frequência são referidos efeitos colaterais dos psicofármacos produzindo aumento das respostas sexuais. Não podemos esquecer que os psicotrópicos agem no organismo de maneira particular em cada indivíduo.

Quando perguntamos aos usuários “o que eles gostam de fazer”, alguns falaram que já não possuem mais vontade de ficar com o companheiro (a), deixando claro que a libido e o autocuidado já não fazem parte de suas vidas, como se pode comprovar nas seguintes declarações:

É (...) eu acho que é os remédios, mas também a gente se afasta, né? Num é a mesma coisa não. (U3);

Eu tive um namorado, mas não deu certo. Foi por causa disso que adoeci. (U5);

Num namoro não tem bem uns 5 anos. Ele [esposo] se dispôs a não me procurar porque tô doente assim, né? Ele diz que é uma judiação comigo por causa do meu estado. Mas a médica disse que até seria bom, mas parece que ele tem medo. (U9);

Ele [esposo] tem sido muito compreensivo, mas não tenho vontade de nada, é como se tivesse morrido, não sei se é do quadro ou da medicação, mas não tenho vontade de nada... (U12).

A libido diminuída pode ser ainda consequência da própria condição patológica, como nos casos de depressão. Não podemos esquecer que a sexualidade relatada na vida conjugal dos usuários casados não existe além dos discursos, em conformidade com a análise que realizamos quando caracterizamos os portadores de transtornos psíquicos.

Considerações finais

A título de considerações finais realizamos algumas reflexões que tem por base os resultados obtidos na concretização desta investigação. A primeira consideração diz respeito à compreensão da realidade da assistência básica oferecida aos usuário sujeitos em sofrimento psíquico do município de Campina Grande, Paraíba.

No que respeita aos resultados obtidos junto aos profissionais das UBSFs e do Caps verificamos que a sexualidade não faz é incluída entre as atividades cotidianas dos serviços investigados. Quando ocasionalmente esta temática é abordada acontece de forma que não atende a demanda dos usuários. A forma de abordagem mais frequente é a realização de palestras educativas e orientações de caráter individual. No tocante a assistência efetivamente prestada nas UBSFs, constatamos que os grupos de Saúde Mental se restringem a entregar medicação psicotrópica.

No Caps II a realização das atividades educativas envolvendo a temática sexualidade é executada a partir de “temas geradores” associados a datas comemorativas. Verificamos, todavia, que a demanda dos usuários não acompanha os eventos festivos do calendário. A partir dos discursos dos profissionais evidencia-se a existência de graves falhas no sistema de referência e contra referência para outros serviços especializados.

Refletimos como deve proceder o profissional de saúde, no tocante à sexualidade do portadores de transtornos psíquicos, quando lhe falta o apoio necessário dos serviços especializados? Não dispomos de uma resposta para tal questionamento, mas inferimos que se ainda existem comportamentos de negação ou de repúdio a sexualidade do público em questão, torna-se impossível a prestação de uma assistência que pretende ser holística. Infelizmente verificamos que muitos profissionais ainda negam, ou repudiam a sexualidade dos usuários que possuem sofrimento psíquico.

Os discursos dos portadores de transtornos psíquicos indicam que estes não conhecem a própria sexualidade. Inferimos que o desconhecimento seja mediado por fatores de diversas ordens, tais como: baixa auto estima, pela própria condição patológica, por efeitos colaterais dos psicofármacos, por desinteresse dos

respectivos companheiros, ou, ainda, pela falta de informação/orientação adequadas.

Após considerarmos as questões anteriormente colocadas, pontuamos e entendendo que a sexualidade é uma das mais complexas dimensões da existência humana, apresentamos algumas sugestões para os órgãos competentes e serviços de saúde, conseqüentemente, também para os profissionais, visando melhorar o atendimento das necessidades que envolvam a sexualidade, sejam estas atividades de promoção e educação, clínicas ou de caráter curativo:

- Promover sensibilização das equipes para o acolhimento do portadores de transtornos psíquicos nas UBSF;
- Aumentar a acessibilidade aos serviços substitutivos, uma vez que a demanda continua superando a oferta dos serviços;
- Promover a qualificação dos recursos humanos, pois nem todos os profissionais que lidam com os portadores de transtornos psíquicos estão habilitados para executar de maneira adequada e humana os cuidados e assistência que necessitam;
- Diminuição da burocracia envolvida no atendimento dos usuários;
- Gestores comprometidos em liderar, oferecer e cobrar resultados dos serviços de saúde seja na Atenção Básica ou nos serviços especializados;
- Os serviços substitutivos devem continuar explorando estratégias para reduzir o numero de internações hospitalares por transtornos psíquicos;
- Instaurar mecanismos de avaliação e de autoavaliação regulares para garantir a excelência do serviço, tanto no tocante aos recursos humanos quanto materiais;
- Os órgãos competentes devem garantir maiores investimentos nos serviços substitutivos;
- Os serviços substitutivos devem refletir o que as leis preconizam;
- Que o planejamento e execução das atividades sejam norteados de acordo com as necessidades dos usuários;
- Que os membros da equipe trabalhem em consonância;
- Incentivar a prática de atividades preventivas em saúde mental, como a criação de grupos de escuta e convivência;
- Que as unidades básicas de saúde efetivamente trabalhem grupos de Saúde Mental e realizem atividades além da entrega de medicação.

- Que as orientações e informações acerca de sexualidade ultrapassem os grupos de Planejamento Familiar e de Saúde da Mulher, atingindo todos os usuários das UBSFs, independente de faixa etária, sexo, ou patologia;
- Respeitar a hierarquização do SUS, ou seja, que a entrada do portador de transtorno psíquico no sistema de saúde ocorra pela Atenção Básica.

Por último observamos que o cotidiano não tem revelado significativas melhoras na vida do portador de transtorno psíquico, nem a correta aplicação das leis. Talvez o longo processo de estigmatização que afetou este grupo, dificulte o respeito aos seus direitos e possibilite a violação dos mesmos.

A literatura, de forma geral, expõe os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e alerta sobre a responsabilidade ético-legal dos profissionais cuidadores. No entanto, estas recomendações incidem primordialmente sobre as necessidades neuropsicológicas. Nesta perspectiva observamos que quando os problemas psíquicos são o foco da assistência, pode ocorrer o ofuscamento de problemas que incidem em outros sistemas orgânicos. Para nós, esta ocorrência indica as dificuldades de se executar o cuidado holístico.

Sabemos que existem muitas maneiras de melhorar a vida das pessoas com transtornos psíquicos, apontando a formulação e a implementação de uma legislação que contemple os direitos deste grupo (OMS, 2005), a exemplo da Resolução 46/119 – da Declaração da ONU, e em nível de Brasil a Lei 10.216/2001, na qual estão dispostos os princípios gerais sobre a proteção dos usuários do serviço de saúde mental e a melhoria da assistência.

Concluimos, mas permanecemos refletindo: Quem, por livre e espontânea vontade, gostaria de estar no lugar do portadores de transtornos psíquicos? Os indivíduos que se encontram no papel de usuários, muito provavelmente, também responderiam tal questionamento de forma negativa. Não escolheram e nem são culpados por suas patologias, necessitam – como toda pessoa doente – de gestores e serviços de saúde eficientes, cujos profissionais executem suas respectivas atribuições e cumpram com as determinações legais do exercício de cada profissão.

Referências

AFONSO, Adalberto; *et al.* **A Loucura e o Controle das Emoções**. Revista de Psicofisiologia, vol1, nº1 e 2. 1997. Disponível em: <http://www.icb.ufmg.br/lpf/revista/revista1/volume1_loucura.htm>. Acesso em: 05 de mai. 2010.

ASSIS, Pablo de. **Um Breve Manual de Transtornos Mentais**: Um guia introdutório a psicopatologia e os sistemas diagnósticos de classificação. 2010.

BERNARDINO, Francisca Eugênia, *et al.* **O Cotidiano Profissional do Assistente Social no Programa Saúde da Família em Campina Grande**. Revista Katálysis, fascículo nº 2, vol. 8, Jul. – Dez. 2005, p.1-19. Disponível em: <<http://www.assistentesocial.com.br/novosite/cadernos/Cadernos36.PDF>>. Acesso em: 28 de Fev. 2010.

BRASIL. Minas Gerais. **Saúde em Casa**. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Mental. 1ª ed. Belo Horizonte, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96** - Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, 1996. Disponível em: <http://www.pucminas.br/documentos/pesquisa_cns.pdf>. Acesso em: 10 de Mar 2010.

_____. DATA SUS - Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. **Informações de Saúde**. Ministério da Saúde. Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência – Paraíba. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrpb.def>>. Acesso em: 15 de Mar 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BOTTIL, Maria Luciana, e SCOCHILL, Maria José. . Portal ensinando. **O aprender organizacional: relato de experiência em uma Unidade Básica de Saúde**. Maringá, 2009. Disponível em:
<<http://www.portaleducacao.com.br/pedagogia/artigos/7681/o-aprender-organizacional-relato-de-experiencia-em-uma-unidade-basica-de-saude>>. Acesso em: 27 de Fev. 2010.

CATALADO, Alfredo, Neto; GAUER, Gabriel José Chittó & FURTADO, Nina Rosa [orgs.]. **Psiquiatria para estudantes de medicina**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

CORDEIRO, J. C. Dias [organização] *et al.* **Manual de Psiquiatria Clínica**. 2ª ed. Lisboa – Portugal: Serviço de educação e Bolsas. Fundação Calouste Gulbenkian, 2005.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre, *et al.* **Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da Atenção Básica em saúde**. In: Epidemiologia e Serviços de Saúde / Secretaria de Vigilância em Saúde. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

DSM – IV –TR. Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais. 4ª ed. Texto Revisado. American Psychiatric Association. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FONSECA, A. Fernandes da. **Psiquiatria e Psicopatologia**. 2ª ed. 1 vol. Lisboa – Portugal: Serviço de Educação Fundação Calouste Gulbenkian, 1997.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos, CAMPOS, Claudinei José Gomes e TURATO, Egberto Ribeiro. **Coleta de Dados na Pesquisa Clínico-Qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde**. Ver. Latino-Am. Enfermagem, Set-Out. 2006, vol.14, nº5. p. 174-183. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a25.pdf>. Acesso em: 06 de Mar. 2010.

GAUER, Gabriel José Chittó; *et al.* **Breve Histórico: Saúde Mental e Bioética**. Revista Eletrônica da Sociedade Rio-Grandense de Bioética (SORBI). Volume 1, no 5, jul. 2008. Disponível em: <www.sorbi.org.br/revista5/breve-historico.pdf>. Acesso em: 27 de abr. 2010.

GIAMI, Alaim. **O Anjo e a Fera: sexualidade, deficiência mental, instituição.** Tradução de Lydia Macedo; supervisão Doris Vasconcelos. Título original: Lange et la bête: reipresentations de la sexualité des handicapés mentaux par lês parentes et les éducateurs. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 4ª ed. 11ª reimpressão. São Paulo: Atlas, 2008.

GIR, Elucir. A sexualidade e a mulher portadora do vírus da imunodeficiência humana – tipo 1. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1997. 201p.

GIR, Elucir, NOGUEIRA, Maria Suely & PELÁ, Nilza Tereza Rotter. **Sexualidade Humana na Formação do Enfermeiro.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto. Abr. 2000, vol.8, nº2, p.33-40. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n2/12415.pdf>>. Acesso em: 23 de fev. 2010.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva, ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de, e LIMA, Cristiane Cauduro. **A Utilização da Observação Participante e da Entrevista Semi-Estruturada na Pesquisa em Enfermagem.** Rev. Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, 1999, vol.20, nº esp., p130-142. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4288/2250>>. Acesso em: 28 de Fev. 2010.

MARILÚ MATTÉI MARTINS, Marilú Mattéi. **Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em Enfermagem no trabalho em turnos.** 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. Disponível em: <http://www.nucidh.ufsc.br/teses/dissertacao_marilu.pdf>. Acesso em: 10 de outubro de 2010.

Michaelis: moderno dicionário da língua portuguesa / editor, Walter Weiszflog
Publicação São Paulo : Melhoramentos, 1998. 2267 p.

MINAYO, Maria Célia de Souza (organizadora), DESLANDES, Suely Ferreira e GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** 26ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

Nações Unidas no Brasil. **Declaração dos direitos humanos**. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php>. Acesso em 10 de outubro de 2010.

OGUISSO, Taka & SCHMIDT, Maria José de. **O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal**. 2ªed. atual. e ampl. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de, *et al.* **Saúde Mental e Estratégia de Saúde da Família: Uma articulação necessária**. Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. Setembro de 2009 - Vol.14 - Nº 9.

OLIVEIRA, Suely Broxado de, MANN, Claudio Gruber e OLIVEIRA, Claudia Simone dos Santos. **Guia para Profissionais de Saúde Mental Sexualidade e DST/Aids: Discutindo o Subjetivo de Forma Objetiva**. Ministério da Saúde / Secretaria de Políticas de Saúde - Coordenação Nacional de DST e Aids. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/IFB, 2002.

Organização Mundial de Saúde. **Livro de Recursos sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação**. Direção de Michelle Funk, Natalie Drew e Benedetto Saraceno, do Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias, Organização Mundial de Saúde. Título original: WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Genebra – Suíça, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf>. Acesso em: 28 de Fev. 2010.

PAULA, Ana Rita de; REGEN, Mina; LOPES, Penha. **Sexualidade e Deficiência: Rompendo o silêncio**. São Paulo: Expressão e Arte Editora, 2005.

PEREIRA, Maria Alice; LABATE, Renata Curi & FARIAS, Francisca Lucélia Ribeiro de. **Refletindo a Evolução Histórica da Enfermagem Psiquiátrica**. Acta Paulista Enfermagem, vol.11, nº3, set/dez 1998, p. 52-59.

PUHLMANN, Fabiano. **A revolução Sexual sobre rodas: Conquistando o afeto e a autonomia**. São Paulo: O nome da Rosa, 2000.

ROMUALDO, Cristina. **Masturbação**. São Paulo: Arte Impressa, 2003.

SILVA, Denise Oliveira, RECINE, Elisabetta G. Iole Giovanna e QUEIROZ, Flávio Oliveira. **Concepções de profissionais de saúde da Atenção Básica sobre a**

alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(5): 1367-1377, set-out, 2002.

SMELRZER, Suzane C. & BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth, Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**/Suzanne C. Smeltzerr, Brenda G. Bare, e mais 50 colaboradores; [revisão técnica Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Ivone Evangelista Cabral, Marcia Tereza Luz Lisboa. Tradução de José Eduardo Ferreira de Figueiredo. Título original: Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing.]. 10ª ed, 2 volume: ilustrado. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

VECCHINA, Marcelo Dalla. **A Saúde Mental no Programa de Saúde da Família: estudo sobre práticas e significações de uma equipe.** 2006, 107p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu – SP.

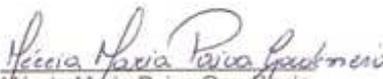
VIEIRA, R. M. Xavier & SILVA, Manuela *in* Manual de Psiquiatria Clínica. **Perturbações sexuais.** Organização de J. C. Dias Cordeiro. Serviço de Educação e Bolsas – Fundação Calouste Gulbenkian/Lisboa. 3ª edição, 2005. p.157-201.

APÊNDICE A

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE
PESQUISA

ENTRE DISCUSOS E PRÁTICAS: A SEXUALIDADE DO PORTADOR DE
TRANSTORNO PSÍQUICO SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO
BÁSICA - CAMPINA GRANDE, PB

Eu, **MÉRCIA MARIA PAIVA GAUDÊNCIO**, (Prof. Dept. Enfermagem da UEPB) portadora do RG: 384.756 - SSP/PB, orientadora da acadêmica Emmanuele Rodrigues Antunes, declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.


Mércia Maria Paiva Gaudêncio
Pesquisadora Responsável
IDENT. 384.756 - SSP/PB
COREN: 23788 PB


Emmanuele Rodrigues Antunes
Acadêmica de Enfermagem
IDENT. 2911932 - SSP/PB

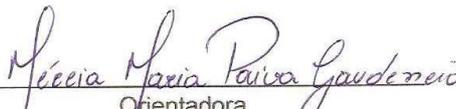
Campina Grande, 28 de abril de 2010.

APÊNDICE B

TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM
CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 196/96 do CNS

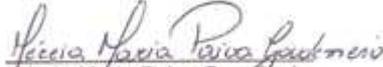
ENTRE DISCUSOS E PRÁTICAS: A SEXUALIDADE DO PORTADOR DE
TRANSTORNO PSÍQUICO SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO
BÁSICA - CAMPINA GRANDE, PB

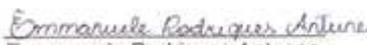
Eu, **MÉRCIA MARIA PAIVA GAUDÊNCIO**, (Prof. Deptº. Enfermagem da UEPB),
portadora do **RG: 384.756 – SSP/PB e CPF: 250.3398.734 - 68** comprometo-
me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que
dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.
Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos
itens da referida resolução.
Por ser verdade, assino o presente compromisso.


Orientadora
Mércia Maria Paiva Gaudêncio

Campina Grande, 28 de abril de 2010.

potadora do RG: 384.756 - SSP/PB, orientadora da acadêmica Emmanuele Rodrigues Antunes, declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.


Mécia Maria Paiva Gaudêncio
Pesquisadora Responsável
IDENT. 384.756 - SSP/PB
COREN: 23788 PB


Emmanuele Rodrigues Antunes
Acadêmica de Enfermagem
IDENT. 2911932 - SSP/PB

Campina Grande, 28 de abril de 2010.

APÊNDICE C

TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO

ENTRE DISCUSOS E PRÁTICAS: A SEXUALIDADE DO PORTADOR DE
TRANSTORNO PSÍQUICO SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO
BÁSICA - CAMPINA GRANDE, PB

Mércia Maria Paiva Gaudêncio
Emmanuele Rodrigues Antunes

Os pesquisadores acima identificados assumem o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

Campina Grande, 28 de abril de 2010.


Pesquisadora Responsável


Pesquisadora participante

APÊNDICE D

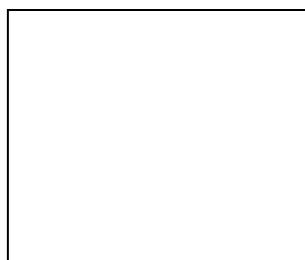
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**ENTRE DISCUSOS E PRÁTICAS: A SEXUALIDADE DO PORTADOR DE TRANSTORNO PSÍQUICO SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA - CAMPINA GRANDE, PB**”. Declaro ter sido esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- Este trabalho tem como objetivo principal investigar como os profissionais da Atenção Básica abordam a sexualidade do portador de transtorno mental e como estes descrevem a assistência recebida;
- Entendo que sou voluntário (a) e que me caberá assinar a autorização para coleta de dados, o que acontecerá através de uma entrevista semiestruturada.
- Fui informado que não haverá nenhum risco ou desconforto decorrente de minha participação neste estudo.
- Não serão reveladas informações por mim consideradas confidenciais.
- Poderei, a qualquer momento, me recusar a participar da pesquisa não sofrendo qualquer penalização ou prejuízo.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro decorrente de minha participação no estudo.
- Caso sinta necessidade poderei entrar em contato com as pesquisadoras através do número **(083) 3315 3312 ou 3315 3316**.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com o pesquisador.
- Uma vez tendo entendido os termos deste documento e sentindo-me esclarecido sobre todas as informações, dato e assino este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do participante



Assinatura dactiloscópica
participante da pesquisa

APÊNDICE E

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E DE INFORMAÇÕES MÉDICAS

Para os Portadores de Transtorno Psíquico:

Formulário nº: _____

Data: ____/____/____

1. Dados de Identificação:

Nome: _____ Pseudônimo: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Religião: _____

Estado Civil: _____ Escolaridade: _____

Procedência: () urbana () rural

2. Informações Sócio-econômicas:

Profissão/Ocupação: _____

Renda (em nº salários mínimos nacionais): _____

Formulário para os profissionais da UBSF e do Caps II:

Formulário nº: _____

Data: ____/____/____

1. Dados de Identificação:

Nome: _____ Pseudônimo: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Religião: _____

Estado Civil: _____

Graduação/Formação em: _____ Anos de formação: _____

2. Informações Sócio-econômicas:

Renda (em nº salários mínimos nacionais): _____

3. Possui capacitação para lidar com o portador de transtorno psíquico: () sim
() não

- Específico para o profissional da UBSF:

Já prestou, na UBSF, atendimento ao portador de transtorno mental? () sim
() não

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Para os Portadores de Transtorno Psíquico:

1. Fale sobre o(s) motivo(s) que lhe fizeram procurar este serviço?
2. O que você pensa sobre o tratamento que esta recebendo?
3. Fale sobre as coisas que lhe dão prazer.
4. O que você entende por sexualidade?
5. Quem o informou sobre sexualidade? Em que local recebeu esta informação?
6. Que informações você gostaria de receber sobre temas que envolvam a sexualidade? Fale sobre estes temas.

Para os profissionais da UBSF e do CAPS

1. Quais atividades realizadas neste serviço contemplam o exercício da sexualidade?
2. Em meio a atividades desenvolvidas são prestadas informações sobre a sexualidade da pessoa mentalmente perturbada?
3. Fale sobre as propostas terapêuticas do serviço para problemas que envolvam a sexualidade do indivíduo ou do aparelho reprodutor.
4. O que você pensa acerca do exercício da sexualidade do portador de transtorno mental?
5. Fale sobre suas experiências em trabalhar com a sexualidade dos usuários deste serviço.

ANEXOS I



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado **“ENTRE DISCUSOS E PRÁTICAS: A sexualidade do portador de transtorno psíquico segundo os profissionais da atenção básica - Campina Grande, PB”**, desenvolvida pela aluna Emmanuele Rodrigues Antunes do Curso de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Mércia Maria Paiva Gaudêncio.

Campina Grande, 28 de abril de 2010.



Coordenadora de Saúde Mental – Campina Grande, PB



AUTORIZAÇÃO

Campina Grande, 27 de abril de 2010.

Estamos autorizando a aluna **EMMANUELE RODRIGUES ANTUNES**, do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB que pretende desenvolver projeto de pesquisa intitulado: **“Entre discurso e práticas: a sexualidade do portador de transtornos psíquico segundo os profissionais da Atenção Básica”**, sob orientação do professora Ms. Mércia Maria Paiva Gaudêncio. Dada à relevância da proposta, respeitando a programação da Unidade e a disponibilidade da Equipe, aprovamos a execução da metodologia descrita para coleta de dados e a divulgação dos resultados obtidos, prevalecendo o compromisso ético.

Atenciosamente,


Joelma Greicy Fernandes Lira
Gerente de Atenção Básica
Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, Paraíba

ANEXO III

Andamento do Projeto

http://portal2.saude.gov.br/sisnep/cep/extrato_proje...

Andamento do projeto - CAAE - 0141.0.133.000-10				
Título do Projeto de Pesquisa ENTRE DISCURSOS E PRÁTICAS: A sexualidade do portador de transtornos psíquicos segundo os profissionais da atenção básica - Campina Grande, PB.				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	29/04/2010 14:57:42	18/05/2010 08:31:39		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	25/04/2010 17:43:39	Folha de Rosto	FR334541	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	29/04/2010 14:57:42	Folha de Rosto	0141.0.133.000-10	CEP
3 - Protocolo Aprovado no CEP	18/05/2010 08:31:39	Folha de Rosto	0141.0.133.000-10	CEP

[Voltar](#)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa