



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

JUCINARA RODRIGUES BEZERRA

**LOUCO AMOR:
Histórias de experiências (não) românticas
protagonizadas por usuárias de um CAPS**

**RECIFE
2019**

JUCINARA RODRIGUES BEZERRA

LOUCO AMOR:
Histórias de experiências (não) românticas protagonizadas por usuárias de um
CAPS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco para realização do exame de defesa, como requisito à obtenção do título de Mestre em Psicologia. Linha 3: Processos Psicossociais, Poder e Práticas Coletivas.

Prof. Dr. Orientador: Luís Felipe Rios do Nascimento.

RECIFE
2019

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

- B574l Bezerra, Jucina Rodrigues.
Louco amor : histórias de experiências (não) românticas protagonizadas por usuárias de um CAPS / Jucina Rodrigues Bezerra. – 2019.
115 f. : il. ; 30 cm.
- Orientador: Prof. Dr. Luís Felipe do Nascimento Rios.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2019.
Inclui referências e apêndices.
1. Psicologia. 2. Mulheres. 3. Sexualidade. 4. Saúde mental. 5. Centro de Atenção Psicossocial. I. Rios, Luís Felipe do Nascimento (Orientador). II. Título.
- 150 CDD (22. ed.) (BCFCH2021-171)

JUCINARA RODRIGUES BEZERRA

**LOUCO AMOR:
Histórias de experiências (não) românticas protagonizadas por
usuárias de um CAPS**

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação de Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco como parte dos requisitos parciais à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia

Aprovado em: 11/07/2019

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Luís Felipe Rios Do Nascimento

(Orientador)

Universidade Federal de Pernambuco

Profª Dra. Marilyn Dione de Sena Leal

(Examinadora Externa)

Universidade De Pernambuco

Profª Dra. Jaileila de Araújo Menezes

(Examinadora Interna)

Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Luís Felipe Rios por consegui se tornar o orientador que eu mais precisava. Por respeitar o meu tempo e meu processo de escrita, pelas trocas, pela confiança e por todas as referências, não apenas as acadêmicas.

Às professoras Karla Galvão Adrião, Jailiela Menezes e a Marilyn Dione Sena Leal que participaram das bancas de qualificação e de defesa desta dissertação. Pelo encontro, pelos diálogos e principalmente pela escuta sensível. E a professora Paloma Silveira, com quem tive o prazer de realizar estágio à docência na disciplina de Políticas Públicas e sempre estava disponível para me auxiliar com textos e discussões.

Às minhas mulheres: Erocilda, Ana Livia e Jucilda. Que a cada dia me mostram que fronteiras geográficas são para serem derrubadas, me fazendo enxergar cada dia mais o mundo pela ótica da decolonialidade. Obrigada pela vida pernambucana e por me permitirem vivenciar o amor! Às companheiras Marisa Dantas, Adriana Cavalcante e Isabela França por compartilharem comigo cada momento da escrita. Entre o processo seletivo, as maratonas, os risos, os almoços, as caronas temáticas e os resumos. Sou grata pela paciência e pelo carinho que recebo diariamente. Obrigada também por estarem comigo nessa contínua construção do feminismo na academia e nas nossas vidas!

Aos mestres baianos Caio Bispo e Renan Rocha por todo auxílio, pelas conversas inspiradoras, e por alimentarem em mim a esperança em um futuro mais libertário para os corpos e desejos. Por nunca perderem o olhar poético e crítico para a academia. A Renan em especial, por sempre se corporificar a partir de chamadas nos momentos mais difíceis, por todas as referências teóricas e afetivas.

Ao corpo docente e técnico do PPG-Psi, as companheiras de turma, em especial, aos companheiros Walker Lima e Henrique Freire: que entre jogos e discussões me permitiram outros diálogos e olhares.

À Revoar em nome de Adriana Cavalcante, Isabela França, Hilda Torres e Priscilla Gadelha, por se fazerem ninho durante o período do mestrado. Se tornando local de maratonas de escritas, aprendizagens e de novos voos.

A todas as atrizes do elenco de *BruxaRria – Entre o Lúrio e Delírio*, peça que estreamos durante a escrita desta dissertação que tinha como objetivo ressignificar nossas histórias pessoais e dar vida ao nosso delírio coletivo de liberdade. Obrigada pelo palco, pela ressignificação de nossas histórias e por disputarem a narrativa política a partir do teatro! Evoé!

Às usuárias do CAPS pela confiança, coragem e afeto. A toda equipe de profissionais por me acolherem de braços abertos. Nos nomes de: Caroline, Maria, Sofia, Janaína, Keila, Luana, Flor, João e Fernanda. Agradeço também pelas *burganvílias*!

A toda balburdia universitária, que se torna ainda mais necessária! Por me ensinarem sobre resistência, autonomia e cuidado político. Com um calor no peito em especial, para a COEREP N/NE e ao Coletivo Feminista Diadorim que acompanharam o nascimento desta dissertação.

A Lucas Antunes, Rita, Pedro Martins e Gabriel Rique. Que das suas formas sempre estavam prontos para me ajudar com a dissertação. A Guilherme, Raio, Isabela Ribeiro e Daniel Coelho, por me ensinarem que a academia e a pesquisa se constroem a partir da coletividade. Obrigada pelas mãos e braços!

Ao LABESHU e ao grupo de estudos em decolonialidade! Avante! A Traços – estudos em arteterapia, pelo resgate da criatividade e por se tornar local de resistência epistemológica e terapêutica. Em especial a querida, Andréa Graupen. A todas e todos que disponibilizam seus corpos e suas mentes para lutar por um Brasil mais democrático e por uma saúde pública antimanicomial e antiproibicionista.

Ao CNPQ pela bolsa, que possibilitou a realização deste mestrado.

Toda a minha gratidão!

Nossa casa é antiga, embora não secular — explicava-me aquela senhora — e o senhor sabe como essas construções antigas têm pé-direito alto, um despropósito. Nossos dois andares enfrentam bem uns três dos edifícios vizinhos. Isso lhe dará ideia da altura de minhas buganvílias, pois as raízes delas se misturam com os alicerces, e temos praticamente dois telhados: o comum, e esse lençol rubro de flores, quando vem pintando a primavera. Não, não pense que as flores cobrem o telhado: elas formam o seu teto especial, no terraço, dominando a pérgula — e a boa senhora sorriu — que o antigo proprietário fez questão de construir, para dar um ar meio silvestre, meio parnasiano, àquela superfície árida de ladrilhos. Nossa casa está longe de ser bonita, embora eu goste muito dela; e quando as buganvílias funcionam a todo vapor, na florescência, não imagina como a nossa modesta alvenaria se transforma numa coisa espetacular. (...) A casa pode vir abaixo, e seremos soterrados sob tijolos e flores, mas todo o poder às buganvílias! (ANDRADE, 2012 p 21)

RESUMO

A pesquisa tem como objetivo compreender as experiências sexuais de mulheres usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) localizado na região metropolitana de Recife-PE. Epistemologicamente situado a partir dos estudos feministas descoloniais (LUGONES, 2014) e de inspiração etnográfica (GEERTZ, 2008). Como estratégias metodológicas foram utilizadas a observação participante que originou um diário de campo, e a realização de entrevistas com usuárias (3) e com profissionais (4) do serviço. A análise desses dados foi orientada a partir da referência teórica da análise de conteúdo (BARDIN, 1977). As entrevistas com usuárias foram construídas a partir do compartilhamento de histórias de experiências sexuais das usuárias. Tal análise permitiu a produção de três eixos temático-analíticos: 1) Sexualidade no serviço e atuação profissional; 2) Histórias (não) românticas; 3) Categorias de diferença e sexualidade. Como resultados, foi observado que as histórias mais frequentes protagonizadas pelas usuárias eram as de desamores e de violência. Em relação ao contexto do serviço e a atuação profissional percebe-se que as expressões de sexualidade nos espaços do serviço são avaliadas por profissionais e localizadas, muitas vezes, na esfera do sintoma psiquiátrico em ações que dizem respeito as questões reprodutivas e de prevenção sexual. As usuárias significam o CAPS como um lugar não permissivo para relacionamentos e práticas afetivas, mas o subvertem e contam histórias de relacionamentos que aconteceram na clandestinidade. Os temas relacionados à violência de gênero, diversidade sexual e exercício de práticas sexuais são os que aparecem com maior urgência de serem aprofundados no serviço. A articulação entre categorias sociais de diferença que se sobressaiu no campo e foi entre gênero, diagnóstico psiquiátrico e sexualidade.

Palavras chaves: Mulher e Sexualidade. CAPS. Sexualidade. Gênero. Saúde Mental.

ABSTRACT

The research aims to understand the sexual experiences of women users of a Psychosocial Care Center (CAPS) located in the metropolitan area of Recife-PE. Epistemologically situated from decolonial feminist studies (LUGONES, 2014) and ethnographic inspiration (GEERTZ, 2008). As methodological strategies were used, the participant observation originated a field diary, and interviews with users (3) and professionals (4) of the service. The analysis of this data was oriented from the theoretical reference of the content analysis (BARDIN, 1977). User interviews were built from the sharing of sexual experience stories. This analysis allowed the production of three thematic-analytical axes: 1) Sexuality in the service and professional performance; 2) (Not so) Romantic stories; 3) Categories of differences and sexuality. As a result, it was observed that the most frequent stories of users were those of disheartening and violence. Regarding the context of the service and professional activity, it is noticed that sexuality in service spaces is evaluated by professionals and is often located in the sphere of the psychiatric symptom in some actions that relate to reproductive and sexual prevention issues. Users qualify CAPS as non-permissive for affective relationships and practices, but subvert and account for stories of relationships that have occurred clandestinely. The themes related to gender violence, sexual diversity and the exercise of sexual practices are those that appear with the greatest urgency of being deepened within the service. The articulation between social categories of difference was what excelled in the field and was analyzed between gender, psychiatric diagnosis and sexuality.

Keywords: Women and Sexuality. CAPS. Sexuality. Gender. Mental health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quadro geral de pessoas entrevistadas.....	35
Tabela 2 - Quadro de apresentação das usuárias.....	36
Tabela 3 - Quadro de apresentação de profissionais.....	37
Tabela 4 - Quadro de dispositivos da rede de saúde mental do município.....	45
Tabela 5 - Quadro geral de profissionais entrevistados	47

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC	Análise de Conteúdo
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS Ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DS/DR	Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos DA - Dispositivo Afetivo
HIV / AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IML	Instituto Médico Legal
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LBT	Lésbicas, Bissexuais e Mulheres Transsexuais e Travestis
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais
MFB	Movimento Feminista Brasileiro
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
PNEVM	Política Nacional de Enfrentamento a Violência Contra a Mulher
PNPM	Plano Nacional de Políticas para Mulheres
PNS LGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais
PPG Psi	Programa de Pós-Graduação em Psicologia
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RP	Reforma Psiquiátrica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
SPA	Serviço de Psicologia Aplicada

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	MÉTODOS	28
2.1	A inspiração feminista descolonial e etnográfica.....	28
2.2	O itinerário metodológico.....	31
2.3	Considerações Éticas.....	39
2.4	Ocupando entrelugares: Relatos sobre o pesquisar.....	40
3	SEXUALIDADE E SOFRIMENTO PSÍQUICO: Construindo diálogos com profissionais e usuárias	44
3.1	Apresentando o CAPS.....	44
3.2	O exercício da sexualidade e a multiplicidade de fronteiras.....	53
3.3	O “CAPS é lugar de tratamento” e não de paquera.....	66
4	HISTÓRIAS (NÃO) ROMÂNTICAS E CURSO DE VIDA.....	70
4.1	Engasgos, gritos e silêncios: Contando as histórias de amor e des- Amor.....	70
4.2	Articulações entre categorias de diferença: “Doida ainda vai (...) mas sapatão não!”	83
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
	REFERÊNCIAS.....	100
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIAS.....	108
	APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS.....	111
	APÊNDICE C - TCLE.....	114

1 INTRODUÇÃO

*“Triste louca ou má
Será qualificada
Ela quem recusar
Seguir receita tal
A receita cultural
(...)
Ela desatinou
Desatou nós
Vai viver só “*

(FRANCISCO, EL HOMBRE, 2016)

O título desta dissertação faz referência a um recorte de fala de uma das participantes desta pesquisa, Caroline¹. Usuária de um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) que problematiza a noção de “loucura” ao analisar a dinâmica do seu antigo relacionamento amoroso. Ela questiona *“Seria eu a louca nessa história?”* rejeitando um lugar social estigmatizado que ocupava dentro da relação. A usuária indignada, rebate a provocação e afirma que mesmo em um contexto de sofrimento psíquico consegue cuidar da filha, da casa, da sua saúde, das suas obrigações e que o seu ex-companheiro — do qual já se separou no plano formal há mais de três anos — tem comportamentos violentos, a persegue, a ameaça e já a agrediu fisicamente motivado pelo ciúme excessivo. Caroline qualifica esse ciúme também como *“paranóico”* (sic) e questiona *“Eu sou a louca? Ou adoeci por conta dessa vida?”* e em seguida afirma *“Louco é ele! Que bate e agride mulheres”*. É nesse terreno de deslocamentos entre loucura, relacionamentos amorosos e experiências de sexualidade que este estudo brota. Visibilizando as tensões e disputas nos usos dos termos “Amor” e “Loucura”, esta pesquisa objetivou compreender as

¹¹ Para a escrita desta dissertação optamos por utilizar nomes fictícios escolhidos pelas próprias participantes e pelo participante. As personagens secundárias das histórias foram nomeadas de forma aleatória para a garantia do sigilo e do anonimato.

experiências em relação à sexualidade de mulheres usuárias de um CAPS, localizado na região metropolitana de Recife, Pernambuco.

Tensionar a relação estabelecida entre sexualidade e saúde mental tornou-se para mim uma inquietação profunda. Surgindo como consequência de um período de sete meses em que tive o privilégio de facilitar oficinas a partir de temáticas relacionadas à(s) sexualidade(s) para homens e mulheres em um hospital-dia. Esse serviço se localiza na rede privada de atenção a saúde mental do Recife e afirma-se enquanto aberto para o debate da sexualidade, sendo também campo de pesquisas na área.

Chamava-me² a atenção as dificuldades e os obstáculos da equipe ao conduzir situações relativas às vivências afetivas-sexuais protagonizadas por mulheres usuárias do serviço. Atentava também para a dificuldade demonstrada por essas usuárias em dar voz e vazão aos seus sentimentos e em positivar experiências corporais de prazer. Sentia que o assunto estava presente em todos os lugares do serviço, podendo ser lido a partir de sussurros, risos tímidos e olhares de parcerias. Me enxergava envolta na contradição, já que o assunto não era formalmente abordado por elas, mas era constantemente regulado e evitado, parecendo por vezes ocupar um lugar de discurso não autorizado. Essa contradição aparece ao enxergarmos o serviço de atenção à saúde mental como um espaço de encontros, afetos e trânsitos, então este necessariamente se torna um local de policiamento e como consequência — um local de transgressão (LOURO, 2015).

Michel Foucault (1999) analisa o que batizou de hipótese repressiva, referindo-se à afirmação de que ocorre um regime de repressão da sexualidade que atua a partir da censura, da interdição e da negação. Mas, durante a sua análise, o próprio autor nomeia essa hipótese enquanto um paradoxo estéril, sugerindo um deslocamento do olhar para as relações de poder e para o jogo discursivo que emerge a partir das “técnicas polimorfos do poder” (p 14). Ou seja, a sociedade fala incansavelmente a partir do próprio silêncio. Produzindo uma explosão discursiva

2 Durante a escrita desta dissertação optei por escrever na primeira pessoa do singular seguindo os meus referenciais teóricos e também na terceira pessoa do plural utilizando o “nós” quando me referir as mulheres, as feministas e pesquisadoras no geral, ou quando fizer referência a equipe desta pesquisa.

em torno da sexualidade, em que o próprio prazer aparece enquanto um dispositivo composto por uma mecânica de dupla incitação, na qual prazer e poder se reforçam. O poder atua sobre os corpos e prazeres, bem como a busca pelo prazer produz a resistência diante do poder (FOUCAULT, 1999). Defendo que atentar para as transgressões, compreende também olhar para o não silenciamento dos afetos e dos desejos que podem ser impulsionadores da saúde.

Uma instituição de saúde mental possui um *modus* operante, com diretrizes e regulamentos, estabelecendo-se enquanto uma dinâmica própria e (re)criando leis do que é permitido ou proibido. Essas leis atuam através de vários atores e atrizes sociais como profissionais, acompanhantes e usuários/as. Também existe para além do limite institucional, o que acontece na vida subterrânea da instituição, o que passa despercebido ao olhar cotidiano, enganando os olhares disciplinares e se constituindo a partir dos afetos e das relações interpessoais. Um serviço de saúde mental acomoda uma grande diversidade de corpos físicos e psíquicos, se tornando um espaço de vivência dos “inumeráveis estados do ser”³, por conseguinte, um local em que a diversidade deveria ser acolhida e incentivada. Mas, também não podemos esquecer que esse serviço se localiza dentro de uma organização social binária que classifica essas existências a partir de dicotomias.

Foi tecendo essas vivências práticas e esses diálogos teóricos que construí um pré-projeto e ingressei no LABESHU (Laboratório de Estudos em Sexualidade Humana) sob orientação do Prof. Dr. Luís Felipe do Nascimento Rios, no qual pude acrescentar outras histórias nessa tecelagem. Assim, o meu projeto se modificou, ganhou forma e principalmente outros dedos que se somaram nesta escrita.

A grande mudança chegou depois de iniciado o campo da pesquisa, que me despertou para o seguinte questionamento: como visibilizar e (re)contar histórias que nem sempre são atrativas, bonitas e românticas? Histórias, que são sempre contadas, porém, pouco ouvidas às vezes parecendo interligadas, sendo apenas protagonizadas por personagens diferentes. Foi quando percebi que a demanda das

3 Referência de Nise da Silveira (1981) ao pensamento de Antonin Artaud, sendo a frase original: “o ser tem estados inumeráveis” (SILVEIRA, 1981 p.17). A expressão os inumeráveis estados do ser é utilizada no campo da saúde mental para referir-se à complexidade da existência e a diversidade psíquica.

mulheres em relação à temática da sexualidade se constituía na dimensão afetiva, nas relações que por muitas vezes (re)produziam violências e que se localizavam dentro de um contexto abusivo, produzindo cotidianamente situações de risco de sofrimento psíquico para essas mulheres (DILLON et al, 2013).

Para a realização desta pesquisa incluí uma nova rotina na minha vida, a de frequentar durante três meses um CAPS na região metropolitana do Recife. Conheci assim usuárias que eram curiosas, autônomas, afetuosas, e que carregavam muitas histórias — enquanto algumas histórias eram alegres e divertidas, outras eram carregadas de sofrimento. Essa ambigüidade produzia uma tensão constante ao falar sobre o tema da sexualidade, pois, passávamos rapidamente de risadas para engasgos. Ter o privilégio de acompanhar essas mulheres por esse período curto de tempo e ainda ter realizado entrevistas e dois grupos temáticos foi uma experiência enriquecedora.

Passei então a acompanhar e a colecionar essas histórias protagonizadas por usuárias do serviço que cotidianamente me procuravam para me atualizar sobre as suas (des)aventuras amorosas, tirar dúvidas e compartilhar segredos. Foi a partir destas que me permitiu estranhar meus próprios ouvidos — marcados por minhas próprias histórias — e pude experimentar novas frequências que me permitiram ouvir novas entonações e possibilidades. Acredito que refletir sobre a experiência pessoal a partir de histórias vividas vai muito além do ato de (re)contar um acontecimento, pois, elas estão relacionadas com uma própria “compreensão de passado, futuro e presente como experiências coexistentes e, em sua coexistência, ilimitadamente ressignificadas” (AYRES, 2007 p 55). Que ao compartilharem essas histórias, as usuárias podem se reapropriar delas e transformá-las.

Para compreender os diversos conceitos de experiência e a sua utilização analítica, Joan Scott (1999) nos convida em seu artigo “*experiência*” a ressaltar a importância da historização da experiência e a atentarmos para como esta constitui sujeitos, ressaltando toda a complexidade e as contradições presentes. Já que:

Sujeitos são constituídos discursivamente. A experiência é um evento lingüístico (não acontece fora de significados estabelecidos), mas não está confinada a uma ordem fixa de significados. Já que o discurso é, por definição, compartilhado, a experiência é coletiva assim como individual. Experiência é uma história do sujeito. A

linguagem é o local onde a história é encenada. A explicação histórica não pode, portanto, separar as duas (SCOTT, 1999 p. 16).

Essa forma de compreensão da experiência não nos permite uma relação direta entre os acontecimentos e as palavras, mas dá margem para vários significados. Não tendo assim por ambição resolver a complexidade e a contradição. A experiência também não é vista como linear ou universal dentro de um grupo, visto que o social e o pessoal estão imbricados em todo o processo. Problematicar a experiência auxilia a gerar “novas possibilidades para analisar produções discursivas da realidade social e política como processos complexos e contraditórios” (SCOTT, 1999 p 16).

A experiência das usuárias foi organizada a partir da teoria de curso de vida (ELDER, 1998), que se apresentou enquanto uma relevante ferramenta analítica para contextualizar essas histórias na vida dessas mulheres. Pela lente desta teoria, os cursos de vida individuais são afetados e modificados por percursos sociais e pelo contexto do desenvolvimento —social, político e familiar — atuando como forças históricas que moldam aos poucos as possibilidades de experiências. Mas, isso não significa que o indivíduo seja apenas moldado e visto como passivo nesse processo, existe uma significativa atuação em selecionar os caminhos a serem percorridos dentro das possibilidades oferecidas, essa ação é nomeada como agência. A agência humana é um dos quatro princípios da teoria do curso de vida (ELDER, 1998), a saber: a) princípio do tempo e lugar históricos; b) princípio do tempo de vida; c) princípio das vidas interligadas; d) princípio da agência humana.

Em sua tese de doutoramento Marilyn Sena-Leal (2016) utiliza a teoria de curso de vida articulando-o com o conceito de carreira moral (GOFFMAN, 2008). Este conceito refere-se ao percurso de indivíduos, profissionais ou internos/as dentro de instituições que produz mudanças que tem efeitos na própria forma de enxergar a sua identidade e na forma de enxergar outros indivíduos, consequentemente tendo impactos na forma com que esse indivíduo se relaciona socialmente. Essa articulação conceitual também se mostrou uma estratégia fértil para analisar a concomitância do diagnóstico psiquiátrico com as experiências afetivas-sexuais.

A história da dita loucura e a história da sexualidade, no ocidente sempre estiveram intimamente relacionadas. No século XVII, no romantismo, a loucura era vista como uma paixão desesperada que ao ocorrer de forma platônica entregava-se ao delírio e a morte (FOUCAULT, 2017). A dita loucura também era vista como consequência de práticas sexuais subjugadas como impróprias, muitas vezes sendo enxergadas como resultantes de um castigo divino, deste modo “certas formas de sexualidade mantêm um parentesco direto com o desatino e a doença mental” (FOUCAULT, 2017 p. 84). Nesse contexto, as psicopatologias representavam o pecado contra a carne e a razão, criando formas de vínculo entre o amor e o devaneio. Encontravam-se abrigados sob o mesmo teto das primeiras instituições psiquiátricas: os loucos da razão e os loucos do coração. Esses corpos eram institucionalizados em um espaço que não permitia a criação de vínculos sociais externos, em que relacionamentos e práticas sexuais não eram permitidas, pois, era exatamente deste “grave delito” que deveriam ser curadas. Ainda hoje encontramos resquícios dessa associação, em que determinadas práticas sexuais são consideradas de baixo *status* social e que passam a serem difamadas e estigmatizadas como pertencentes ao grupo dos ditos transtornos mentais⁴ ou como sintomas de transtornos de personalidade (RUBIN, 2011).

A partir da leitura de escritos de Gayle Rubin (2011) é possível questionar o conceito hegemônico de sexualidade, visto que este acaba produzindo um essencialismo sexual. Direcionando para a premissa de que enquanto sociedade enxergarmos e lidamos com as práticas sexuais pelo ângulo mais negativo, carregando-as de valores e significados. O ato sexual torna-se justificado apenas pelo amor romântico e pela institucionalidade do casamento, originando uma dicotomia entre práticas que são mais facilmente bem-aceitas, com outras que não

4 Optei na escrita pelo uso do termo usuárias devido à pluralidade de diagnósticos, vivências e olhares destas mulheres e por este ser o termo utilizado para pessoas que usam o SUS. Sendo inicialmente conectadas por estarem em acompanhamento nesse serviço de saúde mental. Em alguns momentos utilizarei os termos “loucas”, “loucura”, “transtorno mental”, “sofrimento psíquico”, “adoecimento” enquanto tentativa de localizar na escrita o paradigma em que o argumento se enraíza e de qual epistemologia provém o discurso, adotando assim um sentido crítico para os termos. Para maiores aprofundamentos, essa discussão também encontra-se presente em Graupen (2011, p 12) e Paulo Amarante (2015, p.18).

se localizam na norma e se apresentam enquanto práticas abomináveis a serem tratadas. Sendo estas segundas, realizadas por pessoas loucas, gerando desta maneira um duplo estigma, em que o sexo e o prazer são enxergados como perigosos (RUBIN, 2011). Uma das instituições políticas de atuação da normatividade é a chamada por Adrienne Rich de “heterossexualidade compulsória”. Em que cabe a esta instituição regular e limitar as existências e a sexualidade das mulheres (RICH, 1993), se tornando assim um dos dispositivos que delimita os padrões a serem seguidos e invisibiliza a existência lésbica.

A figura do louco muito presente no imaginário social e na construção da sociedade brasileira, aparece a partir da segregação entre o eu e o outro. Nesse imaginário o louco sempre situa-se enquanto figura abjeta ou infantilizada, surgindo como uma figura universal sem gênero, sem rosto, sem história ou identidade. Resume-se a um diagnóstico e a uma instituição, sendo invisibilizado todo o contexto social, político e individual do sofrimento (PERREIRA, PASSOS, 2017). Essa articulação histórica, entre sexualidade e sofrimento psíquico pode afetar o modo em que a sexualidade é compreendida nos serviços de saúde mental. Influenciando na concepção de profissionais que apontam a sexualidade das pessoas em sofrimento psíquico como infantilizada, inexistente ou situada a partir de um quadro clínico (FUREGATO; AZEVEDO, 2008; BRITO; OLIVEIRA, 2009; BARBOSA et al 2015). Já que nesse contexto social “qualquer ato que venha a praticar está doravante circunscrito e definido na doença”(BASAGLIA, 2005, p. 117). Exaltando assim, uma estreita relação entre sintoma, linguagem, cultura e política que se situa assim a partir de uma “semiótica gendrada” (ZANELLO, 2018). Por outra perspectiva, usuárias/os de um hospital-dia afirmam que veem o exercício da sua sexualidade como saudável, apresentando discursos resistentes e emancipatórios frente a essas concepções histórico-sociais (GRAUPEN, 2011 p 87).

Mesmo após a implementação de políticas públicas na saúde mental, oriundas da Reforma Psiquiátrica, atualmente⁵ ainda podemos acessar relatos de práticas profissionais e de profissionais de serviços discursam sobre a proibição de

5 Estou me referindo as pesquisas na área que foram realizadas no período entre 2004 e 2018.

trocas de carícias entre usuários/as do serviço e informam que práticas de autoconhecimento corporal, como a masturbação, devem ser controladas a partir da contenção física e da aplicação imediata de medicação. Nesses relatos não há menção de ocorrer um aconselhamento, uma indicação para um local de maior privacidade ou de cuidado corporal (MIRANDA; FUREGATO, 2004). Também é possível encontrar nas produções acadêmicas da área, relatos sobre o exercício da esterilização involuntária de mulheres com o diagnóstico nomeado de “deficiência intelectual”. Essa esterilização pode ocorrer a partir de uma violação dos direitos, mas que é apontada por profissionais enquanto um procedimento natural e benéfico para as mulheres e para a família (RÉGIS, 2013). Entre os direitos violados encontra-se os Direitos Sexuais e os Direitos Reprodutivos (DS/DR). Os Direitos Sexuais discursam sobre a garantia do exercício da sexualidade livre de qualquer tipo de discriminação, coerção ou violência, são exemplos de direitos sexuais: o direito à escolha sobre o exercício das práticas sexuais, e a liberdade para escolher os seus parceiros ou parceiras sexuais. Os Direitos Reprodutivos são direitos que discursam sobre a liberdade e a autonomia nas escolhas reprodutivas que vão desde as decisões individuais quanto a garantia de participação em debates e decisões públicas. Como exemplo de Direitos reprodutivos temos a escolha sobre o planejamento reprodutivo. Para a garantia desses direitos se faz importante pensarmos na tomada de decisão de forma segura e que a ela possa ser levada em diante (CORRÊA; PETCHESKY, 1996).

Complexificar essa articulação histórica se faz importante ao pensarmos que o processo de estigmatização pode ocorrer até dentro dos próprios serviços de saúde, partindo de profissionais e até mesmo de outros/as usuárias/os. Erving Goffman (1975) a partir de relatos de pessoas entrevistadas em seu livro “Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada”, analisa o efeito de descrédito que as pessoas estigmatizadas sofrem. O autor chega à conclusão de que o estigma em relação a um indivíduo estaria presente quando “deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande” (GOFFMAN, 1975 p. 6). O estigma também pode ser analisado enquanto um processo cultural, relacionado diretamente com as relações de poder e

de dominação (PARKER, 2013). Sendo este uma ferramenta de controle e manutenção das normas sociais, aproximando-se também do conceito de discriminação que se refere aos comportamentos motivados pelo estigma, nas palavras do autor: “o desdobramento do estigma faz com que alguns grupos sejam desvalorizados e outros valorizados de formas inerentemente discriminatórias” (PARKER, 2013 p 29).

Por um caminho convergente, as contribuições de Gayatri Chakravorty Spivak (2010) e do conceito de subalternidade nos auxiliam a questionar a autoridade de discursos estigmatizantes. A subalternidade seria uma experiência que comporta fluidez, ressignificações e enfrentamentos, bem como reproduções de manutenções e legitimações. A subalternidade concerne à pessoa que busca lugar no contexto globalizante capitalista, normativo e excludente. Por conseguinte, sendo excluída do mercado de trabalho, da representação política e legal, não podendo assim em muitos casos se auto-representar.

Como o estigma é localizado dentro de uma cultura e de um processo histórico, a forma como ele possa vir a aparecer pode percorrer caminhos distintos de acordo com os lugares em que essa pessoa ocupa socialmente, a partir de, características como cor da pele, classe social, gênero e sexualidade. A socióloga inglesa Avtar Brah (1996) em seu artigo “Difference, Diversity, Differentiation” nos convida a olhar para a articulação de categorias de diferença e analisar a produção da desigualdade. Para Avtar Brah a diferença seria uma característica social que por si só não atuaria de forma pejorativa, mas que quando lida a partir de contextos sociais e históricos específicos, termina por ser enxergada em uma organização hierárquica, produzindo desigualdades de poder e acesso aos capitais sociais, atuando enquanto categoriais sociais. Essas categorias de diferenças articulam-se de forma em que uma não pode ser lida a partir de outra, nem existem apenas a partir de uma soma matemática básica, mas estão interconectadas produzindo sujeitos políticos com suas especificidades como no caso: “a mulher louca”. Desigualdades de raça, classe, gênero e sexualidade, estão interligadas e são ao mesmo tempo, co-construídas. Sendo assim, o marcador social de “louca” pode produzir desigualdade em termos de acessos a bens sociais, recursos e de informação.

A psicóloga Andréa Graupen (2011) aborda em sua dissertação de mestrado as diferenças existentes nas práticas discursivas sobre sexualidade entre homens e mulheres com diagnóstico de Esquizofrenia. A autora também tensiona a violência sexual sofrida por mulheres por parte dos próprios parceiros íntimos e afirma que, a partir de uma análise interseccional em que se articula gênero e diagnóstico psiquiátrico, podemos deduzir que essas mulheres podem estar sendo expostas a outros riscos específicos (GRAUPEN, 2011.p 90). Essa preocupação soma-se a tendência nas produções da área em apontá-las como apresentando taxas de contaminação por HIV/AIDS e de queixas em relação à violência sexual, ambas com índices superiores às da população em geral (BARBOSA; FREITAS, 2011; BARBOSA et al, 2015). É necessário demarcar que a vulnerabilidade decorre de um contexto histórico e social de exclusão e não de uma predisposição psicofisiológica. Visto que o que conceituamos como vulnerabilidade é contextual e cultural (SZASZ, 2004). Ao falarmos em desigualdades em saúde não pretendemos necessariamente evidenciar características biológicas de diferença, mas estamos apontando os efeitos do capitalismo, na saúde

referindo a situações que implicam algum grau de injustiça, isto é, diferenças que são injustas porque estão associadas a características sociais que sistematicamente colocam alguns grupos em desvantagem com relação à oportunidade de ser e se manter sadio (BARATA, 2009 p. 13).

De acordo com Rita Barradas Barata (2009) é necessário destacar que essas situações de risco e o estado de saúde físico e mental tendem a variar entre os grupos sociais distintos em relação a gênero, raça e classe. Essa articulação do gênero com outras categorias de diferença é introduzida nos estudos em saúde a partir do movimento feminista na segunda metade do século XX. Dialogando a partir da categoria gênero me situo a partir da feminista pós-estrutural Joan Scott (1989) que enxerga o gênero enquanto uma categoria analítica, na qual, gênero por definição seria um modo primeiro de significar as relações hierárquicas de poder atuantes. Relação na qual gênero e política se constroem mutuamente e que rejeita o caráter fixo das oposições binárias, assim direcionando para uma desconstrução do que é visto enquanto natural. Tornando-se indispensável analisar o contexto político e histórico em que a hierarquia binária opera e se alimenta, não apenas a

naturalizando. A noção universal de mulher foi questionada a partir de produções acadêmicas de grupos de mulheres que não se sentiam representadas pelo ideal de feminilidade. Eram pesquisadoras negras, oriundas da classe trabalhadora, localizadas ao sul global, lésbicas e bissexuais.

Pesquisadoras brasileiras como Loneide Campos e Valeska Zanello (2017) acusam o fazer clínico vigente e suas terapêuticas de não atentarem para os diferentes processos de subjetivação que afetam a população brasileira a partir do gênero e que influenciam no sofrimento psíquico. No qual, o diagnóstico psiquiátrico não problematizado pode legitimar violências de gênero ao não nomeá-las e colocá-las na invisibilidade, ao enxergá-las enquanto uma patologia individual (CAMPOS; ZANELLO, 2017).

Enxergar estas particularidades e desigualdades faz parte de um repertório profissional que varia de acordo como a compreensão da saúde. Há muitas concepções e formas de conceituar saúde, onde cada concepção advoga por terapêuticas distintas, tendo consequências materiais na população assistida já que questionar o conceito de saúde é também questionar o lugar de sentidos e práticas profissionais e pessoais (ALMEIDA-FILHO; PAIM, 2014). Para essa escrita, me situo a partir da concepção hermenêutica de saúde, reflexão proposta por José Ricardo Ayres (2007) onde articula a tríade saúde - doença - cuidado, valorizando o cuidado com o sucesso prático das ações em saúde, para além do êxito técnico. Na qual, o cuidado em saúde deve ter como referência os projetos de felicidade dos indivíduos que guiarão o planejamento, a execução e a avaliação. Consequentemente, a felicidade torna-se um ideal político (AYRES, 2007). O projeto de felicidade é construído a partir das experiências e dos sentidos históricos e sociais que são produzidos sobre o mundo em que vivemos. Ao contemplar um projeto de felicidade, nos deparamos também com as histórias e com as experiências que cada elemento constrói, sendo a definição de saúde:

A busca contínua e socialmente compartilhada de meios para evitar, manejar ou superar de modo conveniente os processos de adoecimento, na sua condição de indicadores de obstáculos encontrados por indivíduos e coletividades à realização de seus projetos de felicidade. (AYRES, 2007 p 60)

Há uma vasta construção também em cima do conceito de saúde mental e da forma como o conceito situa-se na esfera científica, já que não se apresenta enquanto um objeto de fácil delimitação (ALMEIDA-FILHO et al, 1999). Todos os conceitos de saúde mental são uma produção histórica, que se referem a uma construção datada e geograficamente situada, que se relaciona com um complexo sistema de sentidos, significados, valores, práticas sociais e práticas políticas. Optamos por

um conceito ampliado de saúde mental como expressão de saúde social. Este último pode ser tomado em duas vertentes: por um lado, como situação de “salubridade psicossocial”, correspondendo ao contradomínio do conceito epidemiológico de “morbidade psiquiátrica”. Por outro lado, como complexo integral e articulado de forças positivas no sentido da constante superação dos limites da normalidade. (ALMEIDA-FILO et al, 1999 p. 123)

Como todo olhar sobre a saúde mental é construído dentro de um contexto político e histórico, estes interferem nas práticas de cuidado e na (re)produção dos estigmas sociais. Então, sinto a necessidade de contextualizar a escrita desta dissertação, localizando-a no contexto brasileiro após o *impeachment* da presidente Dilma Rousseff e na mudança de governo que originou uma série de contrarreformas que afetam os serviços de saúde mental, para além de ameaçar a existência do Sistema Único de Saúde (SUS) e a lógica da Atenção Psicossocial. Também afetam a realização de pesquisas acadêmicas que tenham como compromisso e objetivo de alcançar mudanças social progressistas nessas áreas. Principalmente nas pesquisas da área da sexualidade devido ao aumento do conservadorismo e de discussões como a da existência de uma suposta ideologia de gênero. O atual contexto político brasileiro também favoreceu mudanças nas reformulações de políticas públicas em diversos setores que afetam a população em questões relacionadas a gênero, sexualidades e modelos de atenção em saúde mental.

Após o golpe institucional de 2016, a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas vêm sofrendo alterações e se tornou um campo de disputa ainda mais conturbado, já no início do governo de Jair Bolsonaro, ocorreu a reorientação das diretrizes dessa política a partir da Nota Técnica n. 11/2019

(Ministério da Saúde, 2019). Em nota, abre-se caminho para a internação em hospitais psiquiátricos, como parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), medida contrária a lei 10.216 de 2001, conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica. Vale salientar que as mudanças também sugerem em que locais o financiamento público será investido, havendo inclusão ao financiamento de instituições asilares. Essas mudanças propostas na política de saúde mental ameaçam a existência dos serviços substitutivos, o que pode representar um penoso retrocesso ao modelo de atenção manicomial.

No histórico processo de lutas que antecedeu a formulação da Política a atuação dos movimentos sociais foi imprescindível. Destaco entre eles, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) que surge denunciando um violento modelo de assistência manicomial, as terapêuticas utilizadas por este e alguns postulados teóricos da psiquiatria. Este aliasse ao projeto político da Reforma Psiquiátrica (RP) orientou-se a partir dessas críticas, para assim compartilhar os princípios e as diretrizes do SUS (DIMENSTEIN, 2014). A RP se estabeleceu enquanto uma série de processos, que surgiram a partir da crise da psiquiatria clássica e do modelo asilar. A reforma no Brasil tendo influência direta da reforma italiana que se iniciou na década de 60, objetivou o fim dos manicômios e não apenas a sua reformulação como era defendida por outros grupos originados da “psiquiatria democrática” (AMARANTE, 2007). Como marco legal desta luta temos a lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001 que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). Destarte, esse movimento propôs a humanização dos serviços de atendimento em saúde mental, reformulou políticas, quebrou paradigmas e modificou as noções de cuidado vigentes mediante a defesa da Reforma Psiquiátrica. Tal luta resultou na implementação de um novo modelo de assistência com serviços conhecidos como substitutivos ao hospital psiquiátrico atualmente formado por CAPS (I, II, III, ad e i), Residências Terapêuticas, Centro de Convivência e Cultura, Casas de acolhimento Transitório, Leitos de Atenção Integral em Hospitais gerais e Emergências; que funcionam em articulação em rede com outros serviços (AMARANTE, 2008). Considero que valorizar esse histórico de lutas se faz importante para que se possa (re)criar estratégias políticas que possam

impedir retrocessos e para avançarmos em qualidade de vida para as/os usuárias/os dos serviços. Como aponta Magda Dimenstein (2014), estamos em um período de “fazer ajustes e qualificar aquilo que vem sendo conquistado nesses trinta anos de luta, para garantir à sustentabilidade de um processo que visa, acima de tudo à desconstrução definitiva de estruturas asilares e segregadoras” (p 82).

A partir das discussões apresentadas, a escolha de problematizar as experiências sexuais de mulheres usuárias sobre a sexualidade com usuárias se torna estratégica e dialoga com a repercussão de pesquisas realizadas em Recife e no Brasil. Essas pesquisas indicam uma predominância de mulheres nesses serviços (PAULA, 2010) em que ao pensar a média do público atendido, este se referiria a “uma mulher, não branca, com baixo índice de escolaridade, doméstica ou do lar” (ZANELLO et al, 2012 p. 87). A partir de uma perspectiva feminista esses dados podem ser interpretados colaborando com a noção de que o sofrimento psíquico pode ter origens — ou agravos — a partir de desigualdades sociais em saúde, oriundas do machismo e do racismo (ZANELLO et al, 2015).

Esta dissertação objetiva compreender as experiências de sexualidade de mulheres usuárias de um serviço de saúde mental, localizado na região metropolitana de Recife, Pernambuco. Sendo assim, nesta pesquisa para além de problematizar o contexto geral em que a temática insere-se no CAPS, levando em consideração a relevância da atuação profissional, também realiza um recorte relacionado as histórias (não) românticas protagonizadas por essas mulheres. O uso da negação em parenteses aponta para a multiplicidade de experiências e as ambiguidades existentes nestas, bem como abre espaço para o questionamento de se as usuárias subjetivam essas vivências com base em um ideal construído e enraizado no amor romântico (MINAYO et al, 2011; NEVES, 2007) ou se vão de encontro a esse ideal, optando por outras teias de significações. Compreendendo a sexualidade enquanto uma construção social que organiza as experiências pessoais e coletivas tornando-as sexuais a partir de contextos culturais e signos sociais (SZASZ, 2004).

Quando atuante, essa subjetivação das mulheres se constitui a partir de duas tecnologias de gênero: o dispositivo materno e o dispositivo afetivo (ZANELLO, 2018). O dispositivo afetivo invoca de uma maneira perspicaz a assimetria de poder

existente nas relações afetivas-sexuais que envolvem mulheres e homens, ou entre mulheres, que produz sentimentos de inferioridade, de necessidade de aprovação pela outra parte do casal, da perda da autonomia afetiva, de medo da solidão, fatores que em alguns casos podem se apresentar em quanto um gatilho para persistirem em relacionamentos violentos. Nas mulheres a dimensão sexual e afetiva é subjetivada a partir do amor romântico, como ressaltada na discussão de Ivonne Szasz (2004 p 72) com base no pensamento de Maria Andréia Loyola (1998)

As relações entre amor e sexualidade estão marcadas também pelas hierarquias que caracterizam as relações de gênero nas sociedades ocidentais contemporâneas. Estas relações definem características diferentes para as sexualidades femininas e masculinas, em que aparece a predominância do amor paixão como característica masculina e um envolvimento maior na sexualidade feminina como o amor romântico. (p 72)⁶

O amor romântico no seu processo de subjetivação faz com que se almeje encontrar um par perfeito para a construção de um relacionamento perfeito. Esta forma de compreensão do amor sustenta-se a partir de pilares como o da sexualidade casta e procriadora, que encontra bases no moralismo religioso, e dos pilares da monogamia, da heterossexualidade e da instituição do casamento (RIOS, 2004).

Esta dissertação se justifica através dos aspectos apresentados. A sua estruturação é dividida a partir dessa introdução e de outros quatro momentos. A introdução tem como propósito realizar uma breve explanação ao campo teórico e apresentar atualizações de produções acadêmicas em saúde mental e dos estudos da sexualidade que foram relevantes para a construção desta pesquisa. Em um segundo momento, são apresentados os caminhos metodológicos percorridos para a construção do delineamento da pesquisa (BREAKWELL; ROSE, 2010), pela crítica epistemológica do feminismo descolonial (LUGONES, 2014) e pela inspiração

6 No original: “Las relaciones entre amor y sexualidad están marcadas también por las jerarquías que caracterizan a las relaciones de género aun en las sociedades occidentales contemporâneas. Estas relaciones definen características diferentes para las sexualidades femeninas y masculinas, en las que aparece un predominio del amor-pasión como característica masculina y un lazo mayor de la sexualidad femenina con el amor romántico” (SZASZ, 2004 p 72).

etnográfica (GEERTZ, 2008). Nesse momento, também são abordadas as questões éticas e outras referentes ao meu lugar de pesquisadora no campo de pesquisa. A discussão analítica é apresentada em dois segmentos, o primeiro intitulado “Sexualidade e Sofrimento psíquico: Construindo diálogos com profissionais e usuárias” preocupa-se com a apresentação do CAPS e com a análise descritiva do contexto em relação à sexualidade. O segundo nomeado “Histórias (não) românticas e curso de vida” objetiva apresentar análises e discussões mais específicas referentes aos cursos de vida (ELDER, 1998) e das experiências sexuais das usuárias, colocando em destaque algumas histórias (não) românticas construídas a partir das entrevistas, dando ênfase a discussão em relação a violência sexual. Posteriormente, nesta divisão também se apresenta a identificação e a análise das categorias sociais de diferença (RICH, 1993) presentes em cenas (PAIVA, 2006) protagonizadas pelas usuárias. As categorias que tiveram maior ocorrência e influência nos relatos foram: sexualidade diagnóstico psiquiátrico e gênero. Por fim, é reservado um espaço para apresentar as considerações finais, que transitam entre as lacunas que ficaram abertas, os obstáculos da pesquisa e os principais resultados.

2 MÉTODOS

*estou de pé
sobre o sacrifício
de milhões de mulheres antes de mim
pensando
no que eu posso fazer
para deixar esta montanha ainda mais alta
para que as mulheres que venham depois de mim
possam ver mais longe
(KAUR, 2017)*

Nessa etapa serão discutidos os caminhos metodológicos percorridos na realização desta pesquisa. Para tal, nos guiamos por uma base metodológica de natureza qualitativa (DENZIN; LINCOLN, 2006), a escrita e a prática foi inspirada pela epistemologia crítica do feminismo descolonial (LUGONES, 2014) e pela etnografia (GEERTZ, 2008). Para a construção do delineamento da pesquisa (BREAKWELL; ROSE, 2010) optamos por utilizar duas estratégias metodológicas complementares, a saber: (a) observação participante; (b) realização de entrevistas com profissionais e usuárias; ao fim dos traçados metodológicos exploro algumas das minhas afetações e dos meus deslocamentos enquanto psicóloga, militante e pesquisadora.

2.1 A inspiração feminista descolonial e etnográfica

As epistemologias do Sul — que englobam os estudos descoloniais, surgem como inspiração para esta pesquisa, por convidarem à construção de relações que não reproduzam a lógica colonial. As relações são afetadas por essa lógica ao serem pautadas a partir de normas estabelecidas, social e culturalmente, em correspondência a um determinado centro. Este centro, pode ser geopolítico, territorial ou simbólico é circundado por uma fronteira invisível. Reafirma a existência de uma dicotomia entre o “nós” e os “outros”, na qual a valorização da produção do conhecimento passa a ser mediada de acordo com aproximações e distanciamentos deste centro. Esses estudos também nos convidam a pensar histórias que se

conectam, que estão entrelaçadas, em que a partir desses pontos de encontro dão forma e sentindo as assimetrias de poder e de desigualdades existentes (BERNARDINO-COSTA ; GROSGFOGUEL, 2006).

Dentro deste campo epistemológico, encontramos os estudos descolonias e os estudos pós-coloniais, essas correntes de produções teóricas denunciam o projeto político da modernidade que se encontra atrelado ao projeto colonial (QUIJANO, 2005). Ambicionando a construção de um diálogo horizontal entre saberes e enxergando as participações enquanto relações entre sujeitos solidários (SÍVERES, SANTOS, 2013). Deslegitima assim, a lógica do pensamento abissal (SANTOS, 2007) que produz dois lados, em que indivíduos ficam incomunicáveis entre si, nos quais alguns saberes são comunicados e reproduzidos e outros invisibilizados e silenciados. O termo pós-colonial acompanha o intuito de incentivar uma releitura teórica do processo de colonização sofrido por povos que estavam à margem deste centro global. Ao passo que a descolonialidade coloca-se enquanto uma prática de oposição e de intervenção frente a esses discursos. Por compreender a colonialidade e os processos coloniais enquanto “um grande discurso que inventa, classifica e subalterniza o outro” (BERNARDINO-COSTA, GROSGFOGUEL, 2006 p 18). A hegemonia desse discurso é interpelada por questionamentos acerca da autoria na produção do conhecimento, tensionando o campo a partir de questionamentos como e por quem esse conhecimento é produzido, em que local ocorre esta produção e com qual finalidade (ALCOFF, 2001). Assim, a distância entre os conflitos políticos das questões epistemológicas é minimizada e esses conflitos políticos são importantes de serem visibilizados dado que essas disputas ocorrem no plano linguístico em que a produção de uma teoria pode ser capaz de atuar na reprodução de desigualdades.

Esses questionamentos apresentados convergem com a crítica feminista à ciência positivista, que também protesta contra a universalização desse conhecimento que normalmente se dá a partir de lentes andro e heterocentradas. Essas críticas se fundamentam num comprometimento com uma prática política específica, e com um projeto de transformação das relações de gênero (SARDENBERG, 2002). Com esses tensionamentos, essas pesquisadoras apostam em uma produção de conhecimento que tenha relevância social e que teçam

consequências positivas e práticas na vida das mulheres e da sociedade, favorecendo o processo emancipatório. Em que

a complexidade da investigação feminista envolve a preocupação com todo o processo de condução da investigação. As preocupações comuns das diversas epistemologias e metodologias iniciam com a escolha do delineamento a ser utilizado na pesquisa, uma vez que diferentes métodos conduzem a diferentes resultados. Os pressupostos epistemológicos, ontológicos e éticos implícitos nos delineamentos de pesquisa têm implicações políticas, podendo estar a serviço de interesses diversos (NARVAZ; KOLLER, 2006, p. 651).

De forma alinhada a essas discussões, a autora María Lugones (2014) propõe que o sistema colonial de gênero seja utilizado como uma lente para a produção teórica a respeito da lógica opressiva e das suas categorias hierárquicas. Na etnografia também há uma corrente que denuncia a existência de uma cristalização do olhar etnográfico, que tem como referencial os saberes de culturas colonizadoras e imperialistas. Ou seja, de Culturas do Primeiro Mundo que durante décadas deixaram de fora a interferência de conteúdos políticos nas suas produções (CARVALHO, 1998). O diálogo realizado entre essas duas lentes foi guiado e impulsionado por um desejo ético-político. A etnografia me serviu de base para olhar o cotidiano do serviço, no qual, atores e atrizes sociais são vistos com uma participação ativa, capazes de modificar as estruturas sociais. Considera-se também enquanto uma prática importante, a reflexão sobre o ato de pesquisar e as suas consequências no campo de pesquisa, que ocorre através de uma análise dialética e conhecida como reflexividade (MATTOS, 2011 p 49).

Isto posto, se torna imprescindível pensar o papel das mulheres usuárias de CAPS enquanto protagonistas de suas próprias histórias, como sujeitas atuantes sobre a realidade social e produtoras de conhecimentos subalternos (SPIVAK, 2010). Se “a condição de subalternidade é uma condição do silêncio” (CARVALHO, 1998 p 120), os conhecimentos subalternos são os conhecimentos que assumem um caráter de invalidez, do não invisível, diante dos saberes colonizadores e científicos. Sendo importante prezar pelo esforço de garantir às participantes a voz no decorrer da pesquisa, optando por utilizar termos mais próximos daqueles utilizados no campo e respeitando o curso de vida a partir de suas perspectivas subjetivas, para assim poder valorizar os seus saberes localizados (HARAWAY, 1995).

2.2 O itinerário metodológico

O trajeto metodológico iniciou-se com a realização de uma pesquisa bibliográfica, em seguida foi traçado o delineamento teórico-metodológico que tornou possível a construção de instrumentos, dois roteiros de entrevistas, para uma posterior submissão ao comitê de ética. Em um segundo momento, com o parecer favorável se iniciou a realização da pesquisa de campo juntamente da transcrição das entrevistas e da escrita do diário de campo, e em terceiro momento foi realizado o processo analítico. Este itinerário metodológico respondeu ao objetivo geral de compreender as experiências em relação à temática da sexualidade de mulheres usuárias de um serviço de um CAPS localizado na região metropolitana de Recife-PE. E aos objetivos específicos:

- a) Descrever como a temática se apresenta no serviço e na atuação de profissionais do serviço;
- b) Analisar a sexualidade no curso de vida sexual das usuárias;
- c) Identificar e analisar as categorias sociais de diferença que se articulam com a sexualidade das usuárias;
- d) Analisar as relações entre o sofrimento psíquico no curso de vida sexual das usuárias com a prática de cuidado dos/as profissionais no exercício da sexualidade;

O uso da observação participante, como defendido por Clifford Geertz (2008), objetivou uma maior aproximação com o campo. Tive o privilégio de observar o cotidiano do serviço em relação à temática da sexualidade das usuárias obtendo desta forma, informações referentes a forma em que o tema aparece, quando aparece e por quem é protagonizada ou antagonizada. Para isso, participei da rotina do serviço e passei a ter acesso às oficinas, aos grupos e observei duas reuniões de equipe. Todos os dias realizava registros no meu diário de campo que era organizado de forma metodológica em três partes: a) a primeira em que realizava uma descrição densa e objetiva do acontecimento tentando ser o mais imparcial possível; b) a segunda parte composta de uma interpretação deste diário acompanhado das articulações teóricas; e de c) um espaço de registro para a livre

expressão da minha afetação diante do acontecimento e das reflexões sobre a minha postura de pesquisadora e sobre as minhas escolhas teóricas.

As observações participantes iniciaram no dia 28 de agosto e se encerraram no dia 13 de novembro, totalizando mais de quinze registros diários entre oficinas, grupos, reuniões de equipe e atividades externas. Iniciei meus encontros observando o serviço três dias por semana, objetivando realizar um mapeamento das funções exercidas, dos horários e dos roteiros sociais. Mas, após algumas semanas experienciei dificuldades em estabelecer vínculos com as usuárias — dado que a maioria delas se encontrava em semi-intensivo estando no serviço apenas durante dois turnos semanais — isto posto, optei por comparecer nas terças-feiras e acompanhar com mais proximidade um grupo de mulheres em específico. Acompanhar o mesmo grupo de usuárias me fez estabelecer vínculos mais sólidos e me manter atualizada das suas vidas amorosas, as quais faziam questão de compartilhá-las comigo em detalhes. As observações também me permitiram ampliar a perspectiva do serviço, me fazendo avistar outros grupos de mulheres para além das usuárias, como o grupo de familiares acompanhantes⁷, grupos espontâneos formados nos espaços de lazer e grupos de profissionais. Só não desfrutei do acesso para acompanhar as triagens, porque a psicóloga afirmou sentir-se desconfortável em realizar o primeiro contato com as usuárias desta forma, por se tratar de um momento íntimo. Respeitando o seu desconforto, passei a realizar as observações na sala de espera da triagem.

Durante as observações participantes tive também a oportunidade de conduzir dois grupos temáticos mistos com usuários/as. Como consta no diário de campo:

Já era perto das 9 h, Fernanda se deslocou para realizar a triagem e disse que eu só poderia acompanhá-la se as mulheres permitissem,

7 O grupo refere-se a um grupo formado por familiares, em sua maioria filhas e mães de usuários/as. Não é um grupo formal do CAPS, mas as mesmas pessoas se encontram na entrada no serviço e conversam sobre o cuidado, entre outros temas. Compartilham histórias, se acolhem e trocam experiências. Esse grupo ressalta em sua existência que o CAPS é um local terapêutico para além das atividades oferecidas, é um local de fortalecimento e encontros. O grupo de acompanhantes apesar de não ser o foco desta pesquisa, se mostrou um terreno rico para pensar práticas de cuidado, sexualidade, gênero e saúde mental.

ela também apontou que achava desconfortável para as mulheres, já que era um primeiro contato e que se tratava de momento íntimo. Como não consegui a permissão das usuárias anteriormente não foi possível. Eram duas mulheres para triagem, infelizmente elas já estavam dentro das salas e não consegui vê-las. Como neste dia a sala de espera estava pouco movimentada perguntei em seguida se poderia acompanhar Maria no seu grupo. Para a minha surpresa ela disse que gostaria que eu o facilitasse, afirmou que a proposta era para que eu pudesse conhecer melhor os/as usuárias/os e me apresentar enquanto pesquisadora. Ela disse que inicialmente eu só precisaria me apresentar e falar um pouco sobre a minha pesquisa. Depois de muita resistência e argumentação, acatei com o pedido e me dirigir ao grupo. Flor, técnica de enfermagem me acompanhou durante todo o processo. Chegamos na parte externa do CAPS, local que tem uma cobertura e algumas plantas, um estacionamento e um salão coberto com telhas e piso de cimento.

Havia algumas cadeiras em círculos e alguns/mas usuários/as. Foi facilitado primeiramente o bom dia por Flor e em seguida foi servido o lanche. Houve reclamações de que não havia copo descartável para água, nem para o suco. O lanche deste dia foi melão com biscoito treloso de morango. Algumas usuárias reclamaram da comida e seguiram dizendo que era um descaso não ter copo. Eram cerca de 12 pessoas inicialmente, das quais sete eram mulheres: Tereza, Keila, Luana, Suzzie, Maria, Fátima, Janaína. E as duas residentes da psiquiatria: Paloma e Soraya. Iniciei uma conversa e logo de início surgiram muitas perguntas sobre sexualidade.

As entrevistas foram realizadas com cada público: usuárias e profissionais. A definição numérica de participantes foi pensada com um maior aprofundamento a partir das observações totalizando três (3)⁸ entrevistas com usuárias e (4) com profissionais. As entrevistas realizadas foram construídas de formas distintas em relação ao público entrevistado, com as usuárias foram planejadas entrevistas semi-estruturadas (BREAKWELL, 2010) de cunho biográfico. Pensadas a partir de um roteiro⁹ que abordou questões relacionadas ao perfil socioeconômico, contexto familiar; sofrimento psíquico, chegada ao serviço e histórias do curso de vida.

Com as/os profissionais foram realizadas a partir de entrevistas estruturadas

8 Inicialmente seriam cinco usuárias, acompanhei Janaína e Sofia durante semanas, e conversamos em alguns encontros para o fortalecimento de vínculo. Após esse primeiro momento agendamos as entrevistas nas quais elas não compareceram. Maria me informou que Janaína tinha sido internada no Hospital Psiquiátrico e retornaria ao serviço em algumas semanas, também relatou que o motivo do internamento foi ela ter sido sofrido violência sexual. Sendo assim, não foi possível realizar a entrevista. A entrevista com Sofia também não foi remarcada devido a sua indisposição.

9 Roteiro disponibilizado em anexo I

a partir de um roteiro¹⁰ (BREAKWELL, 2010) com perguntas direcionadas sobre a trajetória profissional, características do serviço, histórico clínico das usuárias e contexto da sexualidade no serviço. Todas/os protagonistas se apresentam nessa pesquisa através de um nome fictício para a garantia ao sigilo e o anonimato, o nome foi escolhido pelas/o próprias/o participantes e curiosamente na maioria das vezes foram escolhidos nomes que possuíam uma carga afetiva para ele/elas.

As participantes da pesquisa foram usuárias e profissionais de um CAPS localizado na região metropolitana de Recife-PE. As usuárias são mulheres que se encaixaram nos seguintes critérios de inclusão: disponibilidade para participar da pesquisa; interesse e abertura para a temática; e quadro clínico estável — visto que a pesquisa pode ser emocionalmente estressora. Não houve uma pretensão de incluir a participação a partir da especificidade do diagnóstico. Se tratando de uma pesquisa de base etnográfica primeiro adentrei no campo, para em seguida pensar acerca dos critérios para as entrevistas com um maior detalhamento. O mínimo estipulado inicialmente de entrevistas (cinco de cada grupo) não foi atendido devido ao estado psíquico em que algumas usuárias se encontravam, bem como a dificuldade em relação ao tempo da entrevista, já que as entrevistas com usuárias aconteciam fora do horário do grupo — pois, existia uma preocupação de minha parte para que elas não faltassem ao acompanhamento terapêutico — e muitas dependiam de acompanhantes para voltarem a suas casas e não podiam permanecer no serviço após o horário. Outro contratempo se apresentou durante a pesquisa, uma das entrevistadas, Janaína, com a qual conversei diversas vezes e tenho as conversas relatadas em diário de campo, sofreu violência sexual nas vésperas da entrevista. A violência desencadeou um episódio de sofrimento psíquico intenso, que resultou em sua internação por alguns dias em um hospital psiquiátrico. Quando a usuária retornou ao serviço foram reavaliados os riscos e benefícios de sua participação em que optamos por não realizar a entrevista.

Para a construção dos roteiros de entrevistas e do diário de campo foram pensadas as cenas e os cenários (PAIVA, 2006) de situação de inflexão e pontos de viragem — momentos que modificaram o curso de vida. A construção de cenas e

10 Roteiro disponibilizado em anexo II

cenários nos possibilita ampliar os olhares sobre a história contada. A cena de acordo com Vera Paiva (2006) seria um momento único, localizado temporal e espacialmente. Referindo-se ao acontecimento, que tem como plano de fundo um cenário sexual dentro de um contexto social específico regido por valores, normas e por *scripts* sexuais. Nesta pesquisa não houve a ambição de comprovar a veracidade das histórias contadas e dos diálogos presenciados. Algumas usuárias devido ao seu quadro clínico podem apresentar conteúdos delirantes, mas ao nos guiarmos pela experiência dessas mulheres (SCOTT, 1999), acreditamos que esta também acontece no plano subjetivo — que é pessoal e coletivo — e que o conteúdo que molda o repertório sexual também é fértil para pensarmos questões sociais e políticas.

Já a seleção para profissionais participarem da pesquisa se deu a partir de critérios referentes à função desempenhada no serviço. Com o objetivo de incorporar uma diversidade de olhares e locais de poder diferenciados, valorizando o saber de cada profissão que tem contato direto com as usuárias/os. A disponibilidade e o interesse em participar da pesquisa foram fundamentais nessa escolha, bem como o tempo de serviço no CAPS. Como ocorreu recentemente uma mudança no quadro de funcionários uma parte dos profissionais não correspondiam ao critério de tempo mínimo no serviço (um ano). Mesmo esse critério tendo sido reavaliado no campo, algumas profissionais também não se sentiram confortáveis para falar sobre o tema devido a esse motivo. Em outras situações, não foi possível realizar o contato para a entrevista. Segue abaixo o quadro de pessoas entrevistadas, seguido de um segundo quadro com as suas minibiografias.

Tabela 1 - Quadro de pessoas entrevistadas

Nr. da Entrevistada	Nome Fictício	Função
1	Keila	Usuária
2	Flor	Técnica de Enfermagem

3	João	Psiquiatra
4	Caroline	Usuária
5	Maria	Gerente
6	Luana	Usuária
7	Fernanda	Psicóloga

Tabela 2 - Quadro de apresentação das usuárias

1. Keila	Reconhece-se enquanto uma mulher parda, tem 34 anos e diagnóstico de Esquizofrenia (F.20) ¹¹ . Solteira, sem religião, com ensino fundamental incompleto, trabalhou como servente durante alguns anos. Mora com a mãe, seus dois filhos (18 e 11 anos) e a filha (17 anos). Todas as pessoas da sua família são evangélicas da assembleia de Deus. Afirma que sempre sentiu desejo por mulheres, e que atualmente não sente vontade de se relacionar com homens, mas aponta dificuldades em se reconhecer enquanto lésbica ou bissexual. Faz acompanhamento no CAPS há mais de 10 anos. Aos 15 anos começou “a ouvir vozes e ter visões” (sic). Iniciou o acompanhamento em um hospital psiquiátrico no qual foi atendida e encaminhada para o CAPS;
2. Luana	Reconhece-se enquanto uma mulher branca, tem 52 anos e diagnóstico de Esquizofrenia (F.20). Solteira, evangélica praticante da Assembleia de Deus, com ensino superior completo. Tem um atual noivo, Danilo de 34 anos que é católico. Mora com a mãe e com o filho (29 anos), tendo outro filho casado de (30 anos). Se considera heterossexual. Faz acompanhamento no CAPS há 12 anos, e deu entrada no serviço

11 Optei por citar os diagnósticos das participantes apenas objetivando maiores explanações, posto que não é do objetivo da pesquisa correlacionar diretamente algum diagnóstico em específico com a vivência da sexualidade.

	após uma tentativa de suicídio com uso de comprimidos e bebidas alcoólicas. A primeira tentativa ocorreu após a morte da mãe.
3.Caroline	Reconhece-se enquanto uma mulher branca, tem 45 anos e diagnóstico de Transtorno de personalidade (F. 60), divorciada, evangélica praticante da Assembleia de Deus, com ensino fundamental incompleto. Trabalhava como vendedora, mas foi aposentada devido ao seu quadro clínico. Atualmente mora com a filha e os dois netos (idades não fornecidas). Se considera heterossexual. Faz acompanhamento no CAPS há cerca de 5 anos. Iniciou o acompanhamento em um hospital psiquiátrico no qual foi atendida após relatar um episódio de tristeza profunda e encaminhada para o CAPS;

Tabela 3 - Quadro de apresentação de profissionais

João	Psiquiatra do serviço, graduado em Medicina, com residência em Psiquiatria. Demonstra interesse pela temática da sexualidade, atualmente faz um mestrado e uma outra pós-graduação dentro desse campo. Tem 31 anos, se reconhece enquanto um homem branco, sem religião, heterossexual, casado, sem filhos e morador do Recife.
Maria	Gerente do serviço, graduada em Enfermagem e Obstetrícia. Tem 60 anos, se reconhece enquanto uma mulher branca, evangélica, heterossexual, casada. Tem dois filhos e mora na região metropolitana do Recife.
Fernanda	Psicóloga e técnica do serviço, graduada em Psicologia com especialização em Saúde Mental. Tem 27 anos, se reconhece enquanto uma mulher negra, sem religião definida, heterossexual, solteira, sem filhos e moradora da região metropolitana do Recife.
Flor	Técnica de enfermagem do serviço, cursou um curso técnico de Enfermagem. Tem 48 anos, se considera enquanto uma mulher parda, não forneceu dados referentes a religião, heterossexual e divorciada.

	Tem três filhos e mora na região metropolitana do Recife.
--	---

O processo analítico foi orientado pelos pressupostos da análise de conteúdo (AC)(BARDIN, 1977), a partir da análise temática ou categorial. As categorias temáticas utilizadas foram: a) Contexto do serviço e atuação profissional; b) Relações de poder e curso de vida; c) Articulação entre categorias de desigualdade; d) Padrões normativos e experiências em sexualidade.

Essa escolha metodológica permitiu uma análise detalhada das entrevistas e do diário de campo, visto que ela se propõe a conhecer o que se encontra por trás do sentido das palavras. Ocupando-se primeiramente de uma descrição objetiva e sistemática, e posteriormente de sua interpretação.

Para Laurence Bardin (1977) a análise de conteúdo refere-se a um conjunto de técnicas utilizadas para realizar uma análise de uma comunicação. Para tal objetivo, faz uso de procedimentos sistemáticos que permitem a descrição desse conteúdo e ressalta a inferência como importante para averiguar o contexto em que as mensagens foram produzidas:

O aspecto mais importante da AC é o facto dela permitir além duma rigorosa e objectiva representação dos conteúdos das mensagens, o avanço fecundo à inferências interpretativas derivadas dos quadros de referências teóricas do investigador, por zonas menos evidentes que constituem o referido “contexto de produção” (AMADO, 2000 p 54)

Quando nos referimos à análise qualitativa acreditamos que a presença ou a ausência de determinados conteúdos são orientados por valores, relações afetivas e pelos sentidos produzidos na relação. Exigindo assim, da/o pesquisador/a a realização de um trabalho que também é interpretativo. A análise de conteúdo pode ser executada a partir de métodos diferenciados que variam de acordo com o objetivo. Entre esses métodos encontra-se a análise temática (BRAUN; CLARKE, 2001) que nos permite organizar os temas dentro de categorias analíticas, como uma:

espécie de gavetas ou rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivas, da mensagem. É portanto um método taxionómico bem concebido para satisfazer os colecionadores preocupados em introduzir uma ordem, segundo certos critérios, na desordem aparente. (BARDIN, 1977 p. 36).

Em que “um tema capta algo importante sobre os dados em relação à questão de pesquisa e representa um certo nível de resposta ou significado padronizado dentro do conjunto de dados” (BRAUN; CLARKE, 2001 p 8). Os passos que foram seguidos para essa análise teve inspiração nas considerações de Virginia Braun e Victoria Clarke (2006) e no artigo de João da Silva Amado (2000).

Primeiramente as entrevistas foram transcritas na íntegra e foram comparadas com o áudio para o reparo de erros. As transcrições foram posteriormente lidas e sublinhados os enxertos importantes que apontaram para os temas em destaque. Esses enxertos foram organizados em uma tabela, separados por conteúdos temáticos em que os diferentes temas foram reagrupados formando categorias analíticas distintas. O mesmo procedimento se deu com o diário de campo. Foram experimentadas outras categorias até encontrarmos as definitivas. Estas precisavam respeitar as regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e a regra da pertinência. Os temas foram organizados a partir das vivências no campo, da revisão bibliográfica ou específicos que surgiram durante a análise. No momento da discussão analítica usarei recortes de entrevistas e do meu diário de Campo de modo a ilustrar o raciocínio e a metodologia de análise. É importante ressaltar que a análise se deu de forma interpretativa, com a participação ativa do meu olhar e do meu posicionamento enquanto pesquisadora — como sugerido nas epistemologias descritas a cima.

2.3 Considerações Éticas

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa de Pernambuco, do Centro de Ciências da Saúde / UFPE, recebendo parecer favorável à execução da pesquisa¹². Também é acobertada pela carta de anuência da secretária de saúde do município pesquisado e por uma carta de anuência específica do CAPS, na qual uma profissional atestou ciência e concordância com a pesquisa.

12 Parecer de número: 2.838.712

Em todas essas instâncias e no decorrer da pesquisa tive como guia a Resolução n.º 466/2012 (BRASIL, 2012) da documentação do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa. Assim, foram seguidas todas as normas éticas, inclusive o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)¹³ que foi lido para todas/o participante/s onde foram apresentados os riscos e benefícios da participação e do qual uma cópia foi entregue a pessoa contendo os contatos da equipe de pesquisa. O TCLE foi assinado por todos/s os/as participantes, por testemunhas e por mim.

2.4 Ocupando entrelugares: Relatos sobre o pesquisar

A ida para o CAPS sempre me acometia de um sentimento dúbio. Sentia-me bem sempre que passava pelas grades da entrada e avistava o jardim cheio de flores de *buganvílias*¹⁴ vermelhas — eu tinha iniciado o meu campo logo no início da primavera, o que deixava o local ainda mais atrativo e acolhedor. Tinha vinculado com as usuárias a ponto de que me pegava pensativa quando uma delas faltava. Me passava várias coisas pela cabeça, como “será que ela faltou porque o ex-marido apareceu lá de novo?”, mas ao sair do serviço me sentia exausta. Constantemente tinha dores de cabeças e dores nas costas, não conseguia produzir academicamente após uma manhã de grupos e às vezes até a escrita do diário de campo me parecia um obstáculo. Para isso comecei a adotar uma rotina de cuidado composta por pequenos rituais diários que me ajudavam a processar as experiências e os relatos. Foi quando comecei a enxergar o quanto o CAPS estava dentro de mim também, o quanto eu precisava me cuidar e me fortalecer, a partir do meu território, do meu repertório de saberes sobre o meu corpo e minhas necessidades.

Sentia que a minha neutralidade de pesquisadora, a qual já tinha me permitido questionar, cada dia mais confusa. O que é essa reflexividade feminista (FINE et al, 2006) na prática? Como me enxergar tão imersa no campo, mas, ainda assim, revendo constantemente a minha postura? No início da pesquisa de campo, me

13 Em anexo de número 2

14 As buganvílias são um gênero de plantas muito presentes na América Latina. No CAPS são as usuárias que cuidam do jardim e plantam a diversidade de flora, sendo assim o jardim tem um valor afetivo para elas.

indagava sempre em relação aos meus objetivos no local enquanto pesquisadora, na tentativa de encontrar respostas, retornava para a escrita do projeto de qualificação e avivava os meus objetivos. Quando chegava no serviço terminava me encontrando sendo requisitada a ocupar outros lugares. Acredito que a minha experiência como pesquisadora e observadora participante, se mescla e se afeta com todas as outras vivências que carrego em minha bagagem: sou psicóloga, pesquisadora, militante feminista e com um largo histórico de casos dos ditos “transtornos mentais” na família. Foi a partir de diálogos mentais com Donna Haraway (HARAWAY, 1995) que compreendi que “os saberes são localizados” e que poderia me localizar nesta escrita enquanto um corpo pesquisador que teoriza, que se afeta e observa. Me reconheci ao lado das demais cientistas que criticam o paradigma de ciência positivista e tentam produzir conhecimento a partir da neutralidade e da universalidade, contraparte optando por um conhecimento situado produzido por uma objetividade feminista de perspectiva parcial (HARAWAY, 1995).

Por isso, em alguns momentos, sentia que me embaralhava. Não conseguindo distanciar a minha escuta do sofrimento psíquico e das narrativas das usuárias de um contexto político mais amplo, sem assim, revisitar minhas memórias e afetos.

O convite à reflexão, e a minha auto-reinvenção de pesquisadora era constante. Percebi que para além de visitar os objetivos da pesquisa, havia perguntas anteriores que diziam respeito a finalidade do próprio conhecimento, como: porque e para quem essa produção é direcionada? Qual o problema social que a enraíza? Como ela poderia ser mais um instrumento de mudança social? (FINE et al, 2006). Já que ao advogarmos pelo conhecimento localizado reconhecemos o caráter eminentemente político da produção do conhecimento e do campo da saúde mental e das sexualidades.

Logo no primeiro contato com as usuárias, fui apresentada pela gerente, Maria, enquanto Psicóloga Clínica. Rememoro que passei a me perguntar com que intensidade essa afirmação afetaria a minha conduta e o meu relacionamento com elas. Criei então receio de ser lida enquanto uma psicóloga do serviço, passando a sempre reafirmar nos encontros que não estava atuando enquanto psicóloga, o que por motivos próprios não produziu efeito. Constantemente era solicitada por usuárias

a realizar escutas psicológicas, pontuava para elas o meu local de pesquisadora no serviço. Na maioria das vezes ouvia como resposta um “tanto faz”, argumentavam que se eu era profissional, pesquisadora, era diplomada, então poderia realizar uma escuta. Ignorando as fronteiras invisíveis entre a escuta psicológica e a escuta em pesquisa começavam a falar, mesmo que muitas vezes fosse sem o meu consentimento e aprovação. Ouvir assim muitas histórias, em algumas senti a necessidade de realizar uma intervenção como quando Caroline me contou que abandonaria o tratamento no serviço, porque havia brigado com uma profissional. Aquele seria o seu último dia e ela não tinha comunicado a equipe, me enxerguei no desejo de argumentar em defesa de sua permanência. Me vinha o pensamento:

Eu sou psicóloga? Sim, sou psicóloga. Mas aqui também? Ou sou apenas pesquisadora? Como eu faço pra ser psicóloga e pesquisadora ao mesmo tempo? E militante feminista também pode? Ou só se é militante do portão pra fora? Será que eu posso? O que fazer quando na reunião de equipe alguns profissionais pedem que eu me posicione em relação a casos que dizem respeito a minha pesquisa? Posso interferir na dinâmica falando sobre os direitos e sobre a rede de atendimento, quando assim me é solicitado?¹⁵

Me via ocupando lugares duplos, triplos, múltiplos e até inversos, onde sentia desconforto e, muitas vezes, me questionava sobre a interferência destes no meu saber-fazer-querer de pesquisadora. Comecei a observar também as leituras que eram feitas sobre a minha postura no espaço, já que algumas usuárias me procuravam para fazer perguntas sobre prevenção sexual ou outros temas ligados a sexualidade. Nem sempre eram só dúvidas, outras vezes eram desabaços sobre tabus e medos relacionados a dimensão afetiva-sexual. Eu rejeitava ocupar um lugar de saber, o qual sempre era convidada a ocupar e que me gerava muitas saias-justas (BONETTI, FLEISCHER, 2006), que me colocavam na berlinda. Era constantemente interrogada com perguntas como “*Tu entendes de sexo?*” (sic) ou me chamavam para conduzir grupos nas mais diversas áreas, todas as vezes que alguma profissional estava indisponível. Por isso, ter encontrado os escritos da antropóloga Mônica Dias (2006) sobre “as notas etnográficas de um fazer

15 Diário de campo escrito no dia 11/09/2018, referente ao meu quinto dia no serviço.

etnográfico” me auxiliou a me sentir mais segura na minha prática enquanto pesquisadora e das minhas bases epistemológicas.

3 SEXUALIDADE E SOFRIMENTO PSÍQUICO: Construindo diálogos com profissionais e usuárias

Esse primeiro capítulo analítico objetiva abordar aspectos gerais da descrição e da análise dos temas da sexualidade no serviço, acompanhado do exercício interpretativo das experiências em sexualidade das usuárias no CAPS e das práticas de cuidados exercidas por profissionais. Para isso, iniciamos com a apresentação do serviço, para posteriormente contextualizá-lo em relação à sexualidade. Entre os principais sub-temas contemplados por essa categoria estão: relacionamentos, paqueras e sexualidade na instituição; práticas sexuais e prevenção sexual; formação e atuação profissional.

3.1 Apresentando o CAPS

Durante a qualificação ainda se encontrava em aberto os critérios para a escolha do serviço, se optaríamos por um serviço da rede pública ou da rede privada de saúde mental. Após uma breve análise da conjuntura política, pareceu nítida a importância do fortalecimento e da realização de pesquisas no âmbito público. Também foi avaliado que essas instituições poderiam me permitir encontrar um público mais diversificado de mulheres. Com essa primeira escolha realizada, foram pensados critérios que auxiliassem na escolha da unidade de serviço, entre esses critérios estavam o de acesso ao serviço, tempo de funcionamento e território de abrangência. A noção de território em saúde mental pode ser compreendida a partir de distintos referenciais, nos quais pode ser percebida enquanto um território geográfico que acomoda uma atuação profissional; enquanto um campo atuante de relações de poder; enquanto proveniente da articulação dos recursos terapêutico; e enquanto um território existencial criado a partir de uma vivência individual e subjetiva (FURTADO et al, 2016). Em protesto a todas essas concepções Milton Santos (FARIA; BORTOLOZZI, 2009) ao utilizar a noção de território reforça a relação existente entre o político e o cultural, ampliando o uso do termo “fronteiras” para referir-se as fronteiras estabelecidas entre sujeitos que são ao mesmo tempo: geográficas, pessoais e culturais. Assim, o processo histórico, a materialidade e os

processos de socialização e de subjetivação estariam entrelaçados. Nessa ótica, o “conceito de território implica a consciência de que o poder sempre se exerce em determinado espaço e por meio dele” (FURTADO et al, 2016, p. 2).

O CAPS escolhido funcionava em regime de 24 horas, mas durante o período da realização desta pesquisa, estava funcionando com a carga horária reduzida e com a proposta de retomada ao horário integral no segundo semestre de 2019. O serviço tem quase 30 anos de existência, nas quais passou por diversas modificações estruturais em sua rotina de funcionamento. A execução da pesquisa de campo foi facilitada por profissionais que se colocaram disponíveis para mediar os primeiros contatos com as usuárias, por se mostrarem acessíveis para as realizações das entrevistas e para me inserir no território.

A rede de saúde mental neste município é organizada em:

Tabela 4 – Quadro de dispositivos da rede de saúde mental do município

Serviços	Quantitativo
CAPS	01 CAPS II 01 CAPS ad 01 CAPSi
Hospital Psiquiátrico	01
Consultório de rua	01
Residência terapêutica	03

O CAPS, cenário desta pesquisa, localiza-se na região metropolitana do Recife. Sua história inicia-se na década de 90 quando o serviço foi inaugurado, primeiramente tendo como sede uma casa no centro da cidade, em local economicamente privilegiado. Após alguns anos mudaram a sua estrutura física para uma praça popularmente conhecida, também no centro da cidade, a substituição foi justificada pela facilidade de acesso para usuários/as.

Atualmente o serviço encontra-se em sua terceira sede, localizando-se em um bairro periférico do município. Nas ruas adjacentes ao CAPS encontramos algumas paradas de ônibus, uma praça, duas escolas municipais, quatro igrejas evangélicas, uma policlínica e um mercado. O processo de mudança da sede é avaliado de forma

negativa pelas profissionais, entre os argumentos, pontuam que a área que o serviço abrange é a mesma da área do município e que a localidade atual é de difícil acesso para usuárias/os que moram em outros bairros contrariando a justificativa inicial. Também é comentado que o serviço foi criado com a proposta de priorizar o uso da arte enquanto ferramenta terapêutica, sendo anteriormente disponibilizadas na grade de horários oficinas de arte. Ao rememorar essa trajetória histórica é percebido na equipe certo saudosismo, principalmente de duas profissionais que estão no serviço desde a sua inauguração. As usuárias mais antigas também queixam-se da redução das oficinas de artesanato e de artes.

O espaço físico é o de uma casa ampla, no meu contato com o local o que mais me chamou a atenção foi a quantidade de área verde, composta por árvores e flores. Como consta descrito no meu diário de campo¹⁶:

Ao passar pela porta a primeira coisa que percebi foi a placa: CAPS TRANSTORNO.¹⁷ A casa me passou um sentimento de acolhimento, porque tem muitas plantas, a maioria delas são pés de buganvílias. A casa é bem grande, tem muro baixo, porém, é toda gradeada. Ao passarmos pela primeira grade encontramos um grande jardim que também é utilizado enquanto estacionamento. Após a segunda grade avistamos a recepção. Essas grades permanecem abertas durante o funcionamento do serviço, o que facilita na circulação de pessoas. Ao entrarmos encontramos uma recepção com uma TV sempre ligada e muitas cadeiras ao redor dela, na parede alguns quadros de avisos. Nesta recepção encontramos também, organizadas em círculo um grupo de familiares acompanhantes das usuárias. Avistamos em frente a farmácia, que possui apenas meia parede para uma sala com estantes de remédios e pastas. A esquerda encontra-se o posto de enfermagem, a copa e a sala de arquivo. Mais adentro da casa encontramos a sala de reunião, a administração, a sala da gerência, 4 banheiros — dos quais dois são para profissionais e dois para público em geral — organizados a partir da separação entre feminino e masculino. O serviço também possui três salas de grupos e duas

16 Diário de campo escrito no dia 03/09/2018, referente ao meu terceiro dia no serviço.

17 Em Pernambuco se usa essa denominação “CAPS Transtorno” para identificar esta modalidade do CAPS, apesar de na Política Estadual de Saúde Mental e na Política Municipal de Saúde do município pesquisado não constar essa referência ao CAPS I, II e III, ao conversar com uma interlocutora privilegiada fui informada que essa denominação é resquício de uma questão cultural e histórica, onde não se discute as implicações do discurso no fazer da clínica, enrijecendo as práticas e os conceitos (FOUCAULT, 1963). Esta locutora apresentou uma crítica a essa denominação de “CAPS Transtorno” a partir da argumentação de que compreende o serviço enquanto um local de cuidado de pessoas e não de doenças, explicando que ao nomearmos o CAPS a partir da palavra transtorno, reproduzimos uma concepção binária de saúde que coloca o adoecimento enquanto foco do cuidado, sendo o serviço visto assim, enquanto apenas um local de tratamento.

salas conhecidas como consultórios, em que ocorre as triagens e as consultas médicas. As salas de grupo normalmente ficam vazias pela falta de ar-condicionado e de estrutura. A casa finaliza em um quintal com uma área coberta cimentada e uma grande área verde com mais árvores e arbustos.

O serviço funciona de segunda a sexta das 8 h às 17 h, tem como oferta de serviços a realização de consultas psiquiátricas, grupos terapêuticos, oficinas de cuidados em saúde, triagens, visitas domiciliares e grupos de acolhimento. Todos os dias são realizadas as triagens (que acontecem via encaminhamento) e os grupos (manhã e tarde), as consultas psiquiátricas são realizadas em alguns turnos semanais específicos. Já as reuniões de equipe sempre acontecem nas quartas-feiras pela manhã. A primeira atividade diária realizada é o grupo de “bom dia” que é descrito pelas profissionais enquanto um momento de acolhimento e chegada, após esse encontro é servido o café da manhã e depois as/os usuárias/os retornam para um segundo grupo que tem uma finalidade terapêutica mais específica. A depender do dia da semana acontecem dois grupos simultâneos e a usuária comparece de acordo com a sua indicação. Algumas usuárias que estão no intensivo permanecem na casa para o almoço e seguem durante a tarde, para descansar entre as atividades utilizam da sala de repouso. O CAPS atende a partir das modalidades: intensivo, semi-intensivo e programação de alta. Esta divisão guia os projetos terapêuticos singulares e estabelece a quantidade de turnos que a usuária estará no serviço. Para estas atividades o serviço conta com uma equipe multidisciplinar composta pelas categorias profissionais listadas na tabela:

Tabela 5 – Quadro geral de profissionais do serviço

Profissional	Número de profissionais
Médicos psiquiatras	2
Psicólogas	3
Artesã	1
Técnicas de enfermagem	4

Gerente	1
Residentes (rotativo)	2
Farmacêutica	1
Serviços Gerais	6
Seguranças	2
Técnico administrativo	1
Total	23

A pesquisa de campo aconteceu em um período marcado pelas campanhas eleitorais do primeiro e do segundo turno das eleições estaduais e nacionais, que por apresentarem condições peculiares favorecia um clima de polarização política e de ameaça ao SUS e aos Direitos Humanos. Nesse cenário, a discussão sobre política permeou todos os espaços do serviço. As usuárias se colocavam nas discussões enquanto sujeitas políticas ativas, em que faziam campanha para determinadas candidatas, criavam linhas argumentativas e defendiam criticamente a escolha dos seus votos. Temas como machismo e racismo apareceram de forma sutil a partir da defesa dos Direitos Humanos protagonizada pelas usuárias.

Em um dos relatos do diário de campo pontuei que uma usuária escreveu pelas paredes do serviço frases como “Lula Livre” e “Lula presidente” em referência a prisão do ex-presidente Luís Inácio Lula da Silva. Durante o segundo turno a rua do serviço foi tomada por bandeiras referentes ao candidato de esquerda com a frase “Aqui só dá Haddad”.

Para além do contexto nacional que gerava certa ansiedade nas usuárias, o contexto político municipal afetava diretamente as/os profissionais, visto que uma mudança de gerenciamento poderia afetar o quadro de funcionários/as. Esse período eleitoral também coincidiu com a mudança da equipe técnica, onde três profissionais foram relocadas para outros serviços da rede, incluindo uma mudança

na gerência que passou para a enfermeira Maria. Como descrito no diário de campo¹⁸:

A reunião iniciou-se e logo no início ficou bastante tensa! As pessoas estavam com feições de preocupação ou de irritação no rosto. A primeira fala foi a da gerente Karla, que anunciou que ela e Maria estavam sendo retiradas do serviço. Maria¹⁹ seria relocada para o CAPS ad e não se comentou muitos detalhes sobre a saída de Karla. O clima da equipe foi de surpresa, indignação e tristeza [...] Foram apontadas nas falas que essa é a quarta mudança de coordenação e de gerência em dois anos. Que é recorrente a transferência de profissionais e que não se atenta para questões estruturais, nem se valoriza o vínculo destas com usuárias/os que ficam sem técnicas de referência. Maria chorou emocionada ao lembrar de momentos no serviço e fez uma fala de como a situação deveria ser analisada pela gestão municipal a partir de um olhar mais sensível ao cuidado com “quem cuida” e com um maior respeito pelas profissionais.

As recorrentes mudanças no quadro de técnicos/as no serviço produziu um clima de insegurança entre profissionais, e aparenta enfraquecer o vínculo com as usuárias. Como na entrevista abaixo em que questiono se a usuária sente-se confortável ao conversar sobre sexualidade com alguém do serviço:

Jucinara – Quando você está com alguma dúvida em relação à sexualidade, quem é que tu.. Tem alguma pessoa que tu se sente à vontade para conversar sobre essas coisas? (...)

Keila (usuária) – Não, não falo com ninguém. O povo tem medo de mim..

Jucinara – E a tua técnica de referência aqui?

Keila (usuária) – Não, porque é aleatório, tá sempre mudando.

Na interpretação de Keila a escolha da técnica de referência se dá de forma aleatória. Essa concepção pode enfraquecer o vínculo e a confiança no acompanhamento, posto que o cuidado em saúde mental se estabelece também dentro das relações inter-pessoais. A manutenção dos/as profissionais da rede da saúde pública também é citada pelas profissionais como ameaçada por cortes de verbas destinadas à saúde mental. Então, quando um/a profissional se aposenta

18 Diário de campo escrito no dia 03/09/2018, referente ao meu terceiro dia no CAPS.

19 Ela é readmitida no CAPS ocupando o cargo de gerente três dias após essa reunião.

outro/a profissional é relocado/a de outro serviço para preencher a vaga, não acontecendo uma contratação imediata ou a abertura de um concurso público.

Em relação, ao perfil geral do público de pessoas em acompanhamento no CAPS foi notado uma predominância de mulheres em todos os espaços. Nas entrevistas com as/os profissionais, três afirmaram que haviam mais mulheres usuárias do que homens usuários no serviço, apenas uma profissional discordou e trouxe que na sua concepção havia mais homens. Em todos os espaços que acompanhei sempre observei a predominância de mulheres, incluindo os grupos terapêuticos, os quais acompanhei inicialmente em três dias distintos (segunda, terça e quinta), em especial o grupo das terças, que acompanhei de forma mais sistemática no decorrer da pesquisa de campo e que era formado por 16 participantes, em que dez eram mulheres.

No diário de campo²⁰ tento descrever um pouco a sensação que foi perceber isso pela primeira vez:

Nesse momento olho ao redor e percebo como a maioria dos corpos ali presente pode ser facilmente lidos enquanto mulheres. Em todas as suas especificidades, seja no grupo de acompanhantes — formado pelas mães, filhas e esposas — no quadro profissional cujos únicos homens são os dois médicos, o recepcionista da farmácia (auxiliar administrativo) e o segurança, no mais a equipe é formada por mulheres. São residentes, psicólogas, gerente, a equipe de enfermagem, a coordenação, serviços gerais, copeiras... Principalmente, há um número significativo de usuárias (...) Passei por frente da sala de prontuários e observei que haviam algumas gavetas com letras repetidas — as gavetas se organizam em armários por ordem alfabética. Mas, o que mais me chamou atenção foi uma gaveta escrita: João/Josefa e três gavetas com o nome: Maria.

As explicações fornecidas para embasar esse fenômeno são diversas, o discurso das profissionais situa-se a partir dos seguintes eixos de argumentos: a) Mulheres adoecem mais devido a uma estrutura social; b) Fragilidade emocional feminina; c) Facilidade de acesso ao serviço devido a evasão do mercado de trabalho;

Em relação ao primeiro eixo, a estrutura social apontada não é detalhada, sendo referida associada apenas ao número de atribuições que as mulheres

20 Diário de campo da data: 11/09/2018, referente ao quinto dia de observação.

possuem socialmente. Também é citada uma sobrecarga nas mulheres nos afazeres domésticos e nos cuidados com a família. Essa divisão do trabalho doméstico aparece nas falas enquanto uma consequência das divisões de gênero na sociedade e a sobrecarga resultaria em um sofrimento psíquico. Em alguns momentos o argumento se constrói a partir da noção de “natureza feminina”, como na fala de Flor que justifica esse número de atribuições devido a uma facilidade da mulher na condução das atividades domésticas e localiza o sofrimento a partir de uma fragilidade emocional. Já outra profissional, Fernanda, discorda que essa fragilidade seja natural, mas argumenta que existe uma dinâmica cultural que enxerga as mulheres como mais frágeis. Em relação ao último eixo, é sinalizado que a frequência das mulheres se mostra superior à dos homens enquanto um dado epidemiológico, que reforça que uma frequência seria maior em todos os espaços da rede de saúde.

Existe uma crítica por parte de três profissionais em relação a esta divisão de trabalho, apontando-a enquanto injusta. A crítica não é aprofundada durante as entrevistas, não estabelecendo assim, uma relação com uma estrutura social macro que articularia questões políticas e econômicas enquanto construtoras desta divisão. Essa visão de gênero parece compreender o gênero enquanto um dispositivo dual, binário e fixada na cultura ou na natureza. A trajetória histórica que associa as atribuições de cuidado com o gênero, portaria as mulheres de uma maior responsabilidade nas questões de saúde (BARATA, 2009) e as direcionariam a vivenciar de forma distinta os processos de saúde-doença:

As desigualdades sociais em saúde podem manifestar-se de maneira diversa no que diz respeito ao processo saúde-doença em si, bem como ao acesso e utilização de serviços de saúde. As desigualdades no estado de saúde estão de modo geral fortemente atreladas à organização social e tendem a refletir o grau de iniquidade existente em cada sociedade. O acesso e a utilização dos serviços refletem também essas diferenças, mas podem assumir feições diversas, dependendo da forma de organização dos sistemas de saúde. Há sistemas que potencializam as desigualdades existentes na organização social e outros que procuram compensar, pelo menos em parte, os resultados danosos da organização social sobre os grupos socialmente mais vulneráveis (BARATA, 2009 p. 20).

Aparecem enquanto diagnósticos mais presentes entre as mulheres usuárias os estados depressivos; os transtornos de humor e por último, os de transtorno de personalidade e as equizofrenias²¹. Dados que colaboram com a pesquisa de Cassiana Paula (2010) que tentou traçar o perfil epidemiológico das pessoas usuárias de CAPS em Recife. Esses diagnósticos também aparecem na população em geral como mais presentes em mulheres do que em homens.

Em relação a essa discussão, também há no campo de produção teórica uma denúncia de um olhar gendrado para esses diagnósticos que indicam que a prevalência como resultante de uma construção histórica que atrela feminilidade a determinados comportamentos morais em que “os modelos psiquiátricos masculinos tornaram-se modelos culturais, e tanto a teoria psiquiátrica quanto a vigilância da moral pública transformaram a diferença entre os gêneros e a loucura em uma enfermidade feminina” (GARCIA, 1995, p. 50). Os próprios manuais utilizados pela psiquiatria aparecem enquanto dispositivos de construção de gênero, deslocando para a esfera das psicopatologias individuais questões da ordem da coletividade, criando interpretações e narrativas próprias para o sofrimento psíquico (CAMPOS, IONEIDE, 2017). Estes manuais também possuiriam uma funcionalidade globalizante como consequência de uma produção teórica e técnica centralizada em determinadas regiões e incorporadas em outras culturas de fronteira, sem necessariamente passar por uma adequação ou tradução²². A ótica citada pelas pesquisadoras, procura denunciar que o olhar da saúde mental das mulheres é construída a partir de uma lente cisheteronormativa²³. Essa lente associa os ciclos

21 Foi ressaltado por Fernanda que na triagem podem aparecer uma presença de outros diagnósticos, porém a escolha de entrada em acompanhamento no serviço utiliza como critério o nível de gravidade do sofrimento psíquico.

22 Tradução aqui refere-se a tradução de saberes que ocorre para além de uma tradução de idioma. Essa proposição de Boaventura de Santos Souza (2004) aparece enquanto uma solução para a recusa de uma teoria geral que tenta homogenizar as experiências do mundo, mas que cria novas possibilidades de interpretações a partir da união dos saberes locais e globais.

23 A lente da cisheteronormatividade diz respeito a uma perspectiva que tem a heterossexualidade estabelecida como norma para as relações e a cisgeneridade como organizadora das experiências de identidades de gênero. Se estabelecendo enquanto duas perspectivas igualmente compulsórias, que produzem “efeitos que são naturalizados em nossa cultura, a partir da constituição de uma noção de normalidade em detrimento da condição de anormalidade,

fisiológicos e características anatômicas as experiências subjetivas, legitimando diferenças psíquicas entre “homens” e “mulheres” (CAMPOS, IONEIDE, 2017).

A partir do que foi exposto se faz necessário realizar o exercício da compreensão de que o CAPS possui ramificações. Conectando-se com outros serviços, para a igreja localizada na frente, para a parada de ônibus na qual foi cenário de conversas com usuárias, até a praça na esquina que é apontada como área de lazer e sociabilidade, sendo um dos principais cenários de paqueras e encontros amorosos. Apesar de em alguns pontos esse CAPS se assemelhar a outros serviços que estão inscritos na rede, ele também possui as suas particulares no que dizem respeito ao território e as pessoas que estão em acompanhamento. Dado que o território e a própria estrutura física devem intervir nas dinâmicas das práticas afetivas-sexuais das usuárias.

3.2 O exercício da sexualidade e a multiplicidade de fronteiras

Pego de empréstimo uma afirmação trazida por Luana em sua fala para ilustrar o início dessa discussão. Luana com ar de riso solta: “*entre quatro paredes pode tudo!*”(sic). A percepção de que entre as quatro paredes de um quarto tudo se torna lícito aponta para uma experiência permeada pelo sigilo, confidencialidade e cumplicidade, vivenciada com o par. Criando uma atmosfera de permissividade para o aparecimento de práticas sexuais dentro de um *script* sexual que não são referidas publicamente devido aos tabus sociais. O CAPS, sendo um serviço de atenção a saúde mental com um modo de funcionamento próprio, estabelece fronteiras entre permissões e proibições, o que complexifica o cenário pesquisado. Uma destas fronteiras é a que delimita o público e do privado, fronteira esta que é estreitada, expandida ou tensionada. A dimensão pública aparece pela proposta do serviço em ser plural, gratuito e acessível, público por utilizar do compartilhar enquanto uma ferramenta terapêutica e por se apresentar enquanto um local de socialização, trânsitos e de práticas coletivas. Mas que em caráter dual, abriga histórias e

produzindo a abjeção e ocultamento de experiências transgressoras e subalternas” (MATTOS; CIDADE, 2016 p 112)

vivências singulares, íntimas e secretas. Separando assim, em diferentes terrenos experiências sociais, políticas e subjetivas.

É perceptível durante as observações e nas entrevistas que existe um limiar de aceitabilidade que o sexo ocupa dentro da instituição que reflete a percepção destes limiares na sociedade (RUBIN, 2011). Como consequência o serviço, atuante enquanto um microcosmo dessa sociedade, traduz esse limiar a partir da linguagem do modelo biomédico e da psicopatologia, normas que definem o comportamento sexual adequado. Essa atuação pode ser o dispositivo que produz que os temas ligados a sexualidade nos espaços coletivos localizem-se na esfera do sintoma psiquiátrico ou da prevenção do corporal à IST's, ou de uma gravidez não planejada. Sendo os conteúdos de prevenção sexual os que são abordados com um maior destaque nos grupos. Temas como prazer, desejo, erotismo ou relacionamentos afetivos não são abordados diretamente por profissionais, só aparecendo quando reivindicado via usuárias.

Uma primeira argumentação fornecida por profissionais para esse contexto caminha em direção à formação acadêmica destas/e. Que se mostrou preocupada com questões de ordem biológica, enquanto prevenção e promoção à saúde sexual, relacionando sexualidade com questões de ordem ginecológicas ou urológicas. Uma segunda argumentação caminha pelo fato do grupo responsável por abordar a temática da sexualidade ser o *grupo do bem-estar e da educação em saúde* que são facilitados por enfermeiras e técnicas de enfermagem. Estas profissionais dialogam a temática a partir da prevenção e do cuidado com o corpo físico, isso acontece porque, nas palavras de Flor “*Eu não posso entrar na área de outros profissionais, né?*” (sic). Como observado, em relação às outras dimensões da sexualidade é pontuado que dizem respeito a área de outras profissionais que não podem ser “invadidas”. A atuação da psicologia nas entrevistas foi indiretamente citada como a que teria mais manejo clínico para aprofundar estas questões, sendo então, responsabilidade das profissionais desta área abordar esse tema. Em contrapartida, também é pontuado um certo *deficit* na formação destas. Essas pontuações divergem da proposta de cuidado interdisciplinar e biopsicossocial do CAPS.

A psicóloga Fernanda afirma que durante a sua graduação não foram abordadas questões de sexualidade humana, sendo incorporada na grade curricular

uma disciplina eletiva em que ela infelizmente não teve possibilidade de cursar. Em seu discurso, Fernanda também aponta para a necessidade de conhecer as referências da área estudada para pensar em possíveis intervenções. Essa discussão relaciona-se com a proposta de uma Psicologia feminista (NARVAZ; KOLLER, 2007) que seria atuante no delineamento de um projeto progressista para a ciência e profissão, ampliando o debate de gênero e da atuação profissional ao articular questões individuais das mulheres com um contexto social amplo.

Nesta discussão também vale ressaltar que a prática profissional em uma instituição também é guiada por outros fatores como o da autonomia profissional que orienta questões de saber, poder e as técnicas que devem ser utilizadas. Dentro de uma mesma profissão não se encontra uma homogeneidade em relação às práticas desempenhadas ou na forma de atuação, o que termina por variar de profissional para profissional. Entre as profissões também percebemos graus diferentes de autoridade, responsabilidade e prestígio que reforçam competitividades e relações de poder no ambiente profissional (MACHADO, 1995). Dentro das especificidades de se pensar uma maior homogeneização das atuações, no campo da psicologia, Oswaldo Yamamoto (2012) discute o alcance social da profissão e a sua possibilidade de contribuir para a mudança social, apresentando enquanto proposição a construção de um projeto ético-político para a atuação profissional.

É citado que somente nas pós-graduações (residência e especializações) ligadas à saúde mental que o conteúdo aparece, situado-se a partir do olhar do sofrimento psíquico ou em aulas que aborda a saúde da mulher. O psiquiatra, João, afirma que buscou realizar uma pós-graduação específica na área da sexualidade em decorrência da necessidade de um conhecimento mais aprofundado sobre o tema, já que para ele *“Cuidar da saúde mental de uma pessoa também envolve cuidar ou também avaliar... E dá uma atenção à sexualidade. Já que uma coisa é inerente a outra”* (sic). Nas aulas de saúde da mulher é relatado um enfoque nas questões reprodutivas e sua relação com o sofrimento psíquico, como, por exemplo a depressão pós-parto.

Em um grupo em que acompanhei, quando uma usuária comentou sobre estar há muito tempo sem transar, a facilitadora, Flor, brincou: *“Tu já tens quatro filhos, mulher. É até bom!”*(sic). Essa fala aborda duas dimensões, a da prática

sexual de perspectiva higienista que aborda a função reprodutiva e da interpretação dos desejos reprodutivos das usuárias. A preocupação de Flor, com o número de filhos da usuária refere-se também a uma preocupação específica do campo que diz respeito a uma preocupação profissional com a ocorrência de gravidez não planejada. O que coloca a discussão do sexo e da reprodução neste contexto em uma teia complexa, como presente na fala seguinte:

João (médico psiquiatra) – Que assim se ver mais, um exemplo, uma paciente que eu acompanho que ela tem um retardo, uma deficiência intelectual, é.. Moderada. Então ela veio para cá, ela já gestante. E aí já era o quinto filho dela e ela tem vinte e poucos anos, então a mãe ficou muito preocupada para tentar ter um controle em relação a isso. E aí numa consulta psiquiátrica é difícil a gente abarcar isso tudo.

Pesquisas em outros serviços de saúde mental também apontam que há uma incidência de uma gravidez não planejada maior nestas mulheres do que no público em geral, também existe um debate sobre a utilização da esterilização involuntária de mulheres com os ditos transtornos mentais (RÉGIS, 2013). De acordo com a legislação vigente as usuárias deveriam ter acesso ao planejamento reprodutivo²⁴. A função de realizar esse aconselhamento ocorre na atenção básica de saúde, porém, esses serviços enfrentariam desafios para atuar com as mulheres em sofrimento psíquico (MOURA et al, 2012). Desta maneira, o CAPS se torna um dispositivo estratégico para auxiliar no diálogo referente às questões reprodutivas destas mulheres, apesar da dificuldade sinalizada por João. Essa evidente preocupação com a reprodução termina sendo colocada enquanto foco de diálogos sobre sexualidade. Desta forma, convida a temática a ser mais facilmente abordada e citada dentro de um contexto matrimonial, heterossexual e monogâmico:

Maria (Gerente) – Uma parte das palestras tava também com sexualidade... Até na hora que a gente está consultando, na abordagem sindrômica, a gente faz a prevenção. A gente descobre ali naquela conversa, naquela consulta, muitos problemas na sexualidade das mulheres, né? Muitas vezes ela acha porque fez uma histerectomia que não pode mais ter relação com ele... Que o marido acha que ela tá... Que foi tirada algum órgão dela, que ela tá mutilada. Sempre mexe muito com a cabeça, né? Outras também...

24 Referência ao diálogo entre a Lei nº. 9.263, de 12 de janeiro de 1996 com a Lei nº.10.216, de 6 de abril de 2001(GUEDES et al, 2009)

Muito assim, que o marido às vezes não a procura por quê... Porque às vezes tem outra e outros problemas...

(...)

Jucinara – E sobre a temática da sexualidade tem alguma oficina?

Maria (Gerente) – Eu trabalho muito no bem-estar, que é um grupo que tem homens e mulheres e sempre a gente traz... Eu já fiz algumas dinâmicas com eles sobre o corpo da mulher e sobre o corpo do homem, para aqueles que são casados... Como é que faz o tratamento da mulher, então assim, a gente já tem trabalhado isso só que muitos deles dizem que por se tratar de tomar medicação tanto homem como mulher, ele se queixa muito que a mulher não quer mais ele...

Os demais arranjos e possibilidades de parcerias amorosas são pouco mencionados em entrevistas com profissionais, com exceções de dois momentos que foram citados namoros heterossexuais e de uma fala sobre um casal lésbico. O que indica a hierarquia da sexualidade atuante a parte do sistema sexo-gênero que organiza as práticas enquanto um “sexo bom” e um “sexo periférico” (RUBIN, 2011). É nas falas individuais das usuárias que aparecem histórias de sexo, que fogem a essa norma social do sexo bom, como, por exemplo, as práticas anais, com arranjo de múltiplos parceiros, envolvendo pornografia, entre outras.

Quando esses conteúdos aparecem nas falas das usuárias criam um sentimento de constrangimento no grupo. É apontado por Maria que esse constrangimento aumenta devido à presença de homens, o que impediriam alguns temas de aparecerem sendo compartilhados pelas usuárias.

Já os medos citados são o da exposição e da “fofoca”, que de certa forma a informação divulgada “saia” para familiares ou outros/as participantes do grupo. Esse receio é decorrente de algumas situações em que a fofoca entre profissionais ou participantes originou comportamentos discriminatórios. Keila também comenta que já foi alvo de fofocas por “*ter um filho de cada pai*”(sic), sofrendo assim discriminação ao ser chamada de “*prostituta, rapariga e ect*” (sic). A usuária incomodada, afirma que apenas as mulheres sofrem com estes comentários e xingamentos, dado que a mesma situação sendo protagonizada por homens pais não receberiam a mesma resposta da comunidade. Sendo assim, ela qualifica a fofoca depreciativa enquanto uma forma de discriminação “machista” (sic).

A fofoca dentro do CAPS ocupa um lugar de mediação social, que rege o comportamento social “errado” da forma “correta” de se portar. A partir da colocação

de Keila percebe-se que o se coloca em evidência é a honra. A ideia de honra para as mulheres é socialmente cara porque é a partir delas que elas são valorizadas ou subvalorizadas enquanto parceiras afetivas possíveis (FONSECA, 2004).

As fofocas na concepção das usuárias também circulariam entre o CAPS e os familiares. Caroline conta que a sua irmã teria tido conhecimento de um namoro dela via profissionais do serviço e a mesma teria contado para o seu ex-marido originando uma briga entre eles, então ela relata que falou para a irmã *“Porque eu não quero conversa contigo não... Para tu tá comprando em mim vendendo dentro do CAPS, quero não” (sic)*.

Os xingamentos que foram citados em sua maioria diz respeito a um comportamento sexual ativo ou a algum diagnóstico em específico. Vale ressaltar que a discriminação é contextual, visto que a mesma palavra que poderia ser utilizada para um xingamento dentro do grupo de amigas assume uma conotação diferente, portando um caráter de esperteza. Como dentro da relação de amizade, que Luana cita ter com Caroline: *“Ai eu corro pra uma amiga minha, Caroline.. Ela é safada, é sacana.. Ai vem me contar as histórias de sexo, de todo dia, todo dia..” (sic)*.

Um outro ponto importante neste contexto é do relacionamento entre usuárias e profissionais. Segundo as profissionais mesmo com as dificuldades postas — vergonha e medo do julgamento e da exposição — as usuárias sempre procuram as técnicas de referências, médicos e demais funcionários/as para tirar dúvidas e para conversar. Isto para Fernanda não é sempre benéfico devido a pouca formação e preparo de alguns/mas profissionais em relação ao assunto:

Fernanda (Psicóloga) - Eu vejo às vezes as usuárias se abrindo mais para outros profissionais aqui que não tem essa escuta, é meio chato assim.. Muito chato. Eu já vi assim dois casos aqui, que a pessoa não sabe porque ficou entre os profissionais, mas só esse clima assim já é chato. E são pessoas que não tem uma instrução, e dão uma repreendida básica, mas tu tá aqui no lugar de profissional.. Tu num é psicóloga, nem psiquiatra, mas confiam em tu, né?

Nos exemplos que foram citados pelas profissionais, as usuárias procuram a equipe para falar em sua maioria sobre casos em que elas sofreram violências, em duas situações citadas o diálogo se construía mediado pela família e não

diretamente com a usuária. O consenso entre profissionais e usuárias, aparece na afirmação de que os espaços coletivos proporcionados não são espaços acolhedores para serem compartilhadas histórias pessoais sobre experiências sexuais. Entre os motivos expostos para além da exposição e da fofoca estão o sentimento de não acolhimento da diversidade sexual e de gênero. Usuárias afirmam que também não se sentem confortáveis em falar sobre o tema com profissionais, sendo as principais referências destes diálogos as amigas do grupo. O que reforça as dificuldades de trabalho com grupos mistos — homens e mulheres — nas palavras de Flor:

Flor (Técnica de Enfermagem) – O grupo é sempre aberto, a gente dá uma palestra e tudo.. Mas quando surge algum conflito a gente tem que mediar para não gerar um conflito maior.. Por que nem todo mundo respeita a forma de vê do outro. Até as muitas vezes as pessoas que se acham normais não respeitam a forma de agir do outro, e as coisas que o adoecimento traz.. Mas tem que mediar isso aí, porque a gente nem vai mudar a mentalidade deles (...) Eu sempre faço grupo com muito homem junto, então tem algumas que se sente retraída, porque ela falou sobre sexo anal no grupo e outros reprovaram.. Ficou um clima difícil, mas eu expliquei.. (...) porque tem algumas perguntas que surgem na hora que algumas mulheres se sentem constrangidas e outras que se sentem até ofendidas, né? Constrangidas, porque ainda tem muitos tabus na parte da sexualidade, no paciente com transtorno mental as pessoas veem de forma diferente.

É neste *grupo do bem-estar e da educação em saúde*, que entre outros eixos são trabalhados os conteúdos da prevenção às infecções sexualmente transmissíveis e nas enfermidades que acometem o sistema conhecido no campo como reprodutor feminino e masculino. Em relação à sexualidade, esse espaço se torna um instrumento importante de diálogo, porque é a partir dele que as usuárias conhecem os preservativos femininos (apesar de ter sido pouco citado) e masculinos — que ficam disponíveis em uma cesta no posto de enfermagem e que em algumas datas comemorativas também são distribuídos de “mão em mão”. Foi apontado pela gerência que esses insumos não são distribuídos desta forma com uma maior frequência devido a um receio de constranger usuários que não tem vida sexual

ativa²⁵. A possibilidade de acesso a esses insumos se mostra enquanto uma ação positiva, se comparada com a pesquisa realizada pelo PROJETO PESSOAS que pesquisou 15 Centros de Atenção Psicossocial no Brasil e que constatou que apenas uma pequena parcela destes realizavam a distribuição de preservativos ou oferecia alguma atividade em educação sexual (MELO et al, 2008). Em relação aos DS/DR esse é um dado importante, porque indica que as usuárias têm acesso aos preservativos e a informações seguras relativas ao uso.

A estratégia enfrenta obstáculos como o da vergonha que é apontada pelas usuárias ao relatarem situações em que se sentem constrangidas de buscar o preservativo na sala em que funciona o posto de enfermagem e alguém observar. Nessa compreensão o ato de pegar o preservativo parece indicar que será realizado o uso dentro de uma prática sexual, quando em algumas situações o preservativo em mãos não necessariamente objetiva o uso, mas pode permitir a sua difusão a partir da doação, do manejo pessoal e pro proporcionar a criação de um repertório para se algum dia o uso se tornar desejado. No grupo que participei constatei que:

As usuárias não aparentam ter dúvidas relacionadas a prevenção sexual tendo assim uma maior demanda de fala relacionada com questões de relacionamento e de sociabilidade. Nenhuma usuária afirmou que não conhecia a camisinha feminina, Nara (técnica de enfermagem) trouxe uma com ela e as próprias usuárias mostraram o uso. Elas estavam rindo e se divertindo com esse momento, em que ocupavam um lugar de saber. De forma geral, elas conhecem a camisinha feminina e masculina, mas a maioria das mulheres que se colocaram não gostam, nem fazem uso.. Entre os impedimentos relataram desconforto, alergia ao uso, que camisinha feminina era de difícil manuseio, entre outros.²⁶

Além desses pontos abordados no grupo, em conversas com as usuárias foram relatadas as cenas e o roteiro sexual do momento da negociação do (não) uso do preservativo. Essa negociação aparece atravessada por crenças, valores sociais e relações de poder. Necessitando de certa agência por parte das usuárias para que o (não) uso seja consensual e que não haja coação por parte dos parceiros. Esta

25 Aqui o uso de vida sexual ativa é utilizado da forma como é utilizado no contexto da pesquisa, representando pessoas que não exercem práticas sexuais e genitais com parceiras/os. Mas, no campo teórico da sexualidade esse termo tem o seu significado disputado.

26 Diário de campo escrito no dia 03/09/2018, referente ao meu terceiro dia no serviço.

questão referente aos obstáculos ao uso não foram observadas sendo trabalhadas no serviço e são os mesmos resultados que aparecem nas pesquisas com mulheres na população em geral (KALCKMANN, 2013). Os demais métodos contraceptivos foram pouco citados nas entrevistas e nos grupos, porém, quando questionadas sobre eles as usuárias demonstraram conhecimento de informações sobre o uso e o acesso.

No contexto do serviço o preservativo é compreendido como um instrumento de dupla proteção²⁷, mas nas cenas sexuais aparece descrito enquanto impeditivo de uma gravidez não planejada. Isto remete a uma ruptura entre o conhecimento e o uso contextual, que pode ser decorrente desses possíveis atravessamentos. O não uso apresenta-se mais constantemente enquanto uma possibilidade, quando se refere as práticas em que não há possibilidade de gravidez. Essa cisão entre defender a importância do uso e a utilização do mesmo por parte das usuárias pode ser exemplificada em dois contextos diferentes envolvendo sexo oral e preservativos. Na primeira cena, a usuária Luana conta sobre como aconselha o filho a usar preservativos durante o sexo oral com a namorada, e na segunda, descreve um encontro sexual que protagonizou com o seu noivo:

Relato I

Luana (usuária) – Ela quer fazer sexo oral! Sem camisinha! Ele tá todo errado! Todo errado! Eu disse a ele: Vou dá cartão branco a você não, você tá errado.

Relato II

Jucinara – E quando vocês falam assim, sobre sexo.. Vocês falam sobre camisinha? Se vão usar camisinha..

Luana (usuária)– Não uso, eu tenho alergia a camisinha.

Essa ambiguidade e as contradições presentes na cena são importantes para pensarmos a relação entre as crenças sociais e as práticas sexuais. Esse tema é sensível para o campo da saúde mental porque a população assistida por esses serviços aparece citada em dados epidemiológicos como tendo uma maior prevalência de resultados positivos para HIV/AIDS do que no restante da população

27 Dupla proteção está sendo utilizada nesta escrita enquanto a proteção relativa a uma gravidez não planejada e as IST, se estabelecendo enquanto uma possibilidade de sexo seguro para práticas heterossexuais (BERER, 2007)

(MELO et al, 2008). É importante ressaltar que o contexto e as relações sociais que definem se um comportamento é compreendido enquanto de risco ou não (ZASZ, 2004), não sendo possível realizar uma associação direta entre determinados quadros clínicos com esses comportamentos.

É informado que no CAPS acontece periodicamente a testagem rápida para HIV/ AIDS, sífilis e hepatite. A ação é articulada com o centro de testagem do município. A preocupação que motiva a ação é reforçada porque o serviço já recebeu muitas usuárias com diagnóstico de HIV positivo, de acordo com Fernanda:

Fernanda (Psicóloga) – Dá até para fazer um grupo só que aí fazer um grupo com essas pessoas iria expor. Entendesse?

Jucinara – Mas elas são acompanhadas em outro serviço também?

Fernanda (Psicóloga) - Aqui e no (nome do serviço). Tem infectologista e pelo que eu sei tem psicólogo também, o Marcos, que até onde eu sei ele trata esse tipo de pacientes só.

Jucinara – Então esses pacientes são acompanhados aqui e lá?

Fernanda (Psicóloga) – Então quem está aqui... Alguns são aqui.. Outros lá, (...) mas aqui uma vez fui contar todos os casos que eu atendi em triagem.. Que eu atendi e encaminhei para algum grupo... Foi coisa de uns nove.

Nas entrevistas é explicado que as usuárias com esse diagnóstico são acompanhadas na policlínica do município que possui uma formação específica para esse atendimento, como no caso do psicólogo Marcos citado. Também é apresentada a articulação do CAPS com esse serviço, visto que após o resultado positivo do exame algumas mulheres podem apresentar episódios depressivos. Mas dentro do CAPS não há nenhuma atividade ou forma de acolhimento específico para esses casos, os/as profissionais entrevistadas também desconhecem ações municipais ou estaduais para esse público.

Para além dos diálogos sobre prevenção sexual, outros conteúdos referentes a sexualidade aparece nas falas das usuárias. Apesar de relatarem nas entrevistas alguns constrangimentos e sentimentos de vergonha, elas falam constantemente sobre sexo, até em momentos que pela equipe técnica não caberia o assunto. Em algumas situações só de falar palavras com contexto sexual já gerava certa animação nas usuárias, como se ao falarem elas estivessem infringindo alguma norma. Em uma oficina sobre o Novembro Azul, a enfermeira Flor solicitou que

fossem confeccionados cartazes que retratassem o tema da campanha da prevenção ao câncer de próstata:

Cheguei um pouco atrasada e o grupo já havia começado. O CAPS estava bem cheio e movimentado, após uma rápida passada na recepção segui em direção ao grupo.

Os/As usuários/os estavam sentados ao redor de duas grandes mesas redondas, dispostas com tintas e cartolinas. Foi quando percebi que a proposta da oficina era de produzir cartazes sobre o Novembro Azul e sobre a prevenção do câncer de próstata. Usuárias/os pareciam bem animados/as, estava um grande falatório, no qual, as risadas se faziam presentes desde a entrada do quintal.

Me aproximei de uma mesa, onde três usuárias — as três que entrevistei — estavam rindo e desenhado variados formatos de pênis na cartolina colorida:

Keila – Olha, eu desenhei um bilolão!

Luana – E eu uma rola, vê aqui!

Houve uma confusão quando uma das facilitadoras, Flor, disse que a próstata se encontrava na região do ventre e não no pênis, que era um órgão reprodutor importante.²⁸

A profissional aparenta utilizar o termo órgãos reprodutivos como forma de não gerar constrangimento e optando por utilizar uma conotação mais biomédica, enquanto as usuárias na contramão utilizam termos como “buceta”, “piroca”, “bilolão” entre outros. Esses termos subvertem o espaço grupal e trazem um pouco do contexto e da linguagem delas para a atividade. Em discussão sobre o uso do termo “órgãos reprodutores”, a teoria da contrassexualidade ressalta que questões sexuais como prazer e tesão são vistos apenas como produtos destes órgãos, tirando a totalidade orgástica do corpo em que “os órgãos sexuais não somente são órgãos reprodutores, no sentido de que permitem a reprodução sexual da espécie, e sim que são também e sobretudo, órgãos produtores da coerência do corpo” (PRECIADO, p 131). A atmosfera de animação e risos pode representar o prazer que as usuárias estavam sentindo na atividade e em pronunciar estas palavras, que ocupavam dentro do contexto um certo tom de transgressão, pois “se o sexo é reprimido, isto é, fadado à proibição, à inexistência e ao mutismo, o simples fato de falar dele e de sua expressão possui como que um ar de transgressão deliberada” (FOUCAULT, 1999 p. 10)

28 Diário de campo da data: 06/11/2018, referente ao décimo terceiro dia de observação.

Um exemplo ilustrativo, é a dança sensual protagonizada por Janaína e Marcelo:

Começo a ouvir um burburinho do lado de fora do CAPS, chego e vejo que o grupo (20 pessoas das quais 11 são mulheres) se encerra e vejo uma das mães chorando muito, chegando a soluçar. Escuto que um usuário (Marcelo) tentou agredir uma outra usuária e a ameaçou após ela ter “aperriado” (sic) ele. A mãe contextualiza que ele passou por algumas cirurgias recentemente e que anda com o humor muito instável. A equipe do CAPS acolhe a mãe e tenta encaixar o filho em uma consulta com o psiquiatra presente no serviço. Enquanto acontece essa espera, um grupo de cinco usuárias²⁹ se coloca no apoio, acolhem a mãe e conversam com ela... Pegam água, papel higiênico para as lágrimas... É neste momento que uma delas começa a colher flores de *buganvílias* pelo quintal e lhe entrega um buquê como forma de demonstrar empatia. (...)

Recebi um buquê de flores de *buganvílias* também e pergunto a usuária que me presenteou quem cuida do jardim, ela bem feliz, afirma que são elas, que plantam e cuidam para que o espaço fique mais bonito e possam também fazer uso das plantas medicinais.

Em seguida, as usuárias se juntam e vão conversar com Marcelo, em seguida, começam a brigar com ele dizendo que ele não pode brigar com uma mulher, mas depois o acolhem.. Janaína começa a dançar com Marcelo, eles se beijam (um selinho) e ela diz que vai dançar para ele vê... Até que ele consiga se acalmar. Ela dá algumas “sarradas no ar” (sic) e ele dá algumas palmadas na bunda dela. Os dois começam a rir e parecem estar se divertindo muito com a dança sensual. O auxiliar administrativo que também observava a cena, com um olhar de censura me diz: Janaína não tem mesmo jeito, é doidinha mesmo!³⁰

Neste relato, a fala do auxiliar administrativo no uso do “doidinha”, aparece enquanto uma brincadeira, querendo indicar que ela “não tem juízo” e por isto estaria tendo esse comportamento. Ampliando um pouco essa noção de “doida”, vemos que a mesma é socialmente atribuída a mulheres quando exercem a sua sexualidade de forma pública. Essa conotação sugere a existência de algum “desvio”, de um sintoma ou como sinal de que existe algum sofrimento psíquico que justifique tal ação. Também o uso da palavra doidinha mesmo enquanto uma brincadeira, parece atuar portando um poder disciplinar. Atribuindo em certa medida

29 Me chamou a atenção a união das mulheres e de como elas compartilham o cuidado, reforçando a ideia de integração do CAPS, em que o serviço reforça o senso de comunidade. Mas novamente são apenas as mulheres que parecem desempenhar esta função.

30 Diário de campo da data: 11/09/2018, referente ao quinto dia de observação.

um valor negativo a dança. Vale destacar que nenhum comentário foi feito direcionado ao comportamento violento de Marcelo ou por ele ter acompanhado Janaína na dança.

A relação estabelecida por funcionários/as entre comportamento sexual e quadro clínico se mostra mais notável em relação à prática da masturbação dentro do CAPS. Foram relatadas situações em que a prática foi realizada no banheiro do serviço e a família foi acionada:

Maria (Gerente) – Chamamos a família, mas tudo a gente sabendo como abordar esse assunto porque a gente sabe que é um problema dele que ele é um paciente... Que é assim que.. Que é psiquiátrico. Você não pode chegar e dizer você não pode fazer isso, mas tem que dizer vem cá e ir abordando, né?

Enquanto referencial para atuação profissional, todas as entrevistadas demonstram existir um cuidado com a usuária, indicando um aconselhamento e uma orientação sobre o local onde a prática deva ser realizada. O exercício da masturbação aparenta mobilizar diferentes afetos na equipe. Sentimentos como vergonha, preocupação e curiosidade são observados. Entre os receios, é apontado o de que a usuária sofra algum tipo de discriminação:

Flor (Técnica de Enfermagem) – E quando acontece a gente sempre orienta que o usuário não vá.. É... Xingar quem tá fazendo isso, porque é uma espécie de transtorno. Então eles chamam o técnico, o técnico vai chama essa usuária, conversa direitinho.. Orienta. Mas são poucas às vezes, que eu tenha conhecimento. É que.. No geral quem tem esse transtorno, já durante a triagem, o acolhimento já se tem uma conversa com ele, se a gente nota que tem alguma coisa no grupo, já sai do grupo..

A discriminação pode ocorrer até por parte de profissionais como compartilhado por Fernanda que afirma que uma usuária que se masturbou no banheiro do serviço ficou conhecida entre esse grupo como “a menina que se masturba”:

Fernanda (Psicóloga) – Nem todo mundo tá preparado pra assumir essa demanda, então.. Rola o comentário: “A menina que se masturba”, entre os profissionais. Isso é muito sério, sabe aquela coisa de você sentir? “tão falando de mim”. E se por acaso ela tiver um olhar paranoico? Então ela chegava, e eu já escutava os comentários, e eu nem tinha amizade com todo mundo da equipe ainda, na época. Mas havia piadinhas e tudo, é muito complicado. E da equipe que deveria tá cuidando e fazendo algo diferente.

Apesar da formação profissional se colocar enquanto precária para abordar a questão, também não foi citada nenhuma capacitação para profissionais, alusiva a esse tema. Nos grupos e espaços compartilhados o assunto não aparece, aumentando a atmosfera de constrangimento e silêncio que o envolve. Em nenhuma das falas das entrevistas com profissionais foi pontuado diretamente o exercício da masturbação enquanto uma prática saudável (BRÁS, 2012). Divergindo, nas falas das usuárias como na fala de Keila que diz *“Algumas vezes [me masturbo] quando a minha menstruação vem e que eu tô muito agitada, aí eu entendo que é o meu corpo querendo...”* (sic). Nesses casos a masturbação se apresenta enquanto uma prática de autoconhecimento e alívio de tensões e ansiedades.

3.3 O “CAPS é lugar de tratamento” e não de paquera

Quando assunto gira em torno das paqueras e dos relacionamentos dentro do serviço não há consenso entre profissionais se é permitido ou não, e qual a conduta profissional deva ser incentivada nesses momentos. Pelo que foi exposto nas entrevistas, não há uma regra formal sobre a abordagem a ser exercida nessas situações, tendo João pontuado que não há nenhuma limitação do ponto de vista psiquiátrico ou institucional para essas práticas afetivas. Mas, Flor afirmou que o relacionamento é proibido, e Fernanda informou que não era indicado devido à rede de serviços ser pequena e não possibilitar um encaminhamento caso aconteça algo que torne necessário separar o casal. Reforçando o argumento de Fernanda, nas demais falas vieram à superfície, histórias de relacionamentos, que tiveram um desfecho negativo para a instituição. Foram relatadas duas histórias em que as usuárias sofreram agressão física dos companheiros também usuários. Nos dois casos os parceiros estavam insatisfeitos com o término do namoro. Em uma dessas cenas relatadas o ex-namorado da usuária entrou armado no serviço:

Fernanda (Psicóloga) – Inclusive a artesã, ela estava justamente com dificuldades com um casal que temos aqui (...) Ele confessou que já veio armado para aqui. Aí a gente disse.. Isso não pode. Se você fizer isso de novo a gente vai pedir para lhe revistar..

Também apareceu nas entrevistas enquanto um modulador da legitimidade do relacionamento, o envolvimento e o acompanhamento da família na relação, que indicaria um maior grau de profundidade e de seriedade. Nestas situações ocorre também certa responsabilização dos familiares ³¹ por parte dos profissionais. Contextualmente, a responsabilização se torna uma palavra-chave, visto que aponta também para o grau de autonomia e agência que profissionais e familiares enxergam que a usuária possui.

O principal receio apontado pelas profissionais (Fernanda, Maria e Flor) é de que o relacionamento tenha consequências negativas para o serviço, colocando enquanto responsabilidade da instituição dar contorno aos agravos oriundos e de certa forma gerir a relação. O objetivo desta suposta proibição aparentaria proteger o serviço de possíveis danos. Devido a essas experiências passadas a possibilidade de uma relação entre usuários/as não é vista como benéfica.

A proibição dos namoros neste ambiente também aparece como consequência do significado atribuído por profissionais ao local. Significado que tem um impacto nas suas práticas laborais já que é a partir delas que os conceitos de saúde são performatizados, localizando-se dentro de uma concepção de saúde mental também específica. O que dirige ao fato de cada profissional ter um posicionamento distinto em relação às próprias práticas de cuidado e do modo de significar a sexualidade e o serviço, em outras palavras, a prática profissional é orientada por um sistema de crenças, valores e afetos pessoais (ZILIOTTO; MARCOLAN, 2014). Percebemos a partir dessas práticas que profissionais ainda enxergam a saúde em oposição ao processo de doença (BASTITELLA, 2007), pensando a partir do que deve ser controlado, evitado e tratado, a sexualidade termina sendo inserida neste contexto.

A técnica de enfermagem, Flor, enfatizou em sua fala sobre namoros no serviço que o “CAPS é lugar de tratamento” (sic) separando assim este local do universo afetivo-sexual. Nesta afirmação é criada uma relação de antagonismo, em que tratamento e sexualidade são colocados em oposição. A sexualidade entre

31 A interferência do ambiente e das relações familiares no exercício da sexualidade das usuárias se mostrou bastante relevante no decorrer da pesquisa, porém não é o objetivo um aprofundamento nessa discussão.

usuários/as se enraíza em crenças de negatividade, criação de problemas e de doença. Mesmo não havendo consenso entre profissionais, para as usuárias o que é experienciado é a proibição. Em todas as falas, elas afirmam que não é permitido o namoro. Uma interdição que na prática é transgredida pelas usuárias, como narrada por Luana e Keila:

Relato I

Jucinara – Mas tu sabe de alguma história? Se já teve [namoros], se tem escondido.. Como é isso?

Keila (usuária) – Já teve. Muitos!

Relato II

Jucinara – E paquera aqui no serviço? Você já viu as pessoas paquerando?

Luana usuária) – Já.

Jucinara – Você já viu as pessoas namorando aqui?

Luana usuária)– Já. Eu tive um caso aqui com um tal de Antônio.

Em virtude das discussões apresentadas, o que me chamou a atenção neste contexto foi a atuação política das usuárias que rompe com o estereotipo social de passividade da mulher em sofrimento psíquico. Colocando-se de forma ativa nos espaços, discutindo política e protagonizando vários atos que transgridem as fronteiras dos limites da permissividade e das normas institucionais. Pensar esses processos sociais se mostrou relevante na pesquisa devido à discussão política ter adentrado em todos os espaços do serviço. Visto que o campo aconteceu no período das eleições estaduais e nacionais.

Do ponto de vista político, os direitos essenciais para compreender as experiências sexuais são os DS/DR que nos convidam a um olhar para a autonomia pessoal das usuárias. Em este é um dos seus quatro princípios éticos, que diz respeito a autodeterminação e que “significa tratá-las como atores capazes de tomar decisões em assuntos de reprodução e sexualidade — como sujeitos, e não meramente como objetos, e como fins, não somente como meios das políticas” (CORREA, PRETESKY, 1996 p 163).

O serviço também é permeado pela hierarquia da sexualidade atuante na nossa sociedade a parte do sistema sexo-gênero que organiza as práticas como normais e anormais (RUBIN, 2011). A perspectiva de sexo é gendrada na medida

que a sexualidade feminina aparece subsidiada a reprodução sendo mais facilmente abordada e citada quando aparece no contexto do casamento, heterossexual e pela ótica da monogamia. Os temas ligados à sexualidade nos espaços coletivos são avaliados por profissionais e localizado, muitas vezes, na esfera do sintoma psiquiátrico ou da prevenção sexual.

Mesmo as usuárias conhecendo os métodos contraceptivos, a maioria delas não realiza o uso. No contexto do serviço o preservativo é compreendido como um instrumento de dupla proteção, mas que nas cenas sexuais ele aparece sendo descrito apenas enquanto impeditivo de uma gravidez. Quando o assunto é paqueras e relacionamentos dentro do serviço não há consenso entre profissionais se é permitido ou não. Pelo que foi exposto nas entrevistas, não há uma regra formal sobre a abordagem a ser exercida nessas situações, mas as usuárias significam o espaço como não permissivo para relacionamentos e práticas afetivas, mas o subvertem e contam histórias de relacionamentos que aconteceram em certa medida na clandestinidade.

4 HISTÓRIAS (NÃO) ROMÂNTICAS E CURSO DE VIDA

“O amor é um problema, mas a pessoa amada teria que ser a solução”

(Válter Hugo Mãe, 2018)

Neste capítulo são apresentadas as análises que dizem respeito ao curso de vida e as experiências em relação à sexualidade das usuárias. As experiências sofrem interferência da atuação de normas sociais que estabelecem lugares que devem ser ocupados socialmente e os lugares que devem ser evitados. Em certa medida, essas normas guiam os cursos de vida, que passam a serem direcionados pelo ideal do amor romântico, apontando enquanto realização do projeto de felicidade o casamento. Por último, esse capítulo objetiva analisar as assimetrias de poder nas relações afetivas dentro do curso de vida das mulheres usuárias. Essa categoria analítica recebeu maior destaque devido à emergência do tema nas entrevistas e no diário de campo. Foi a partir desta temática que surge o título dessa dissertação. Posteriormente, neste capítulo também se encontra o exercício de identificar e analisar as categorias sociais de diferença presentes em cenas protagonizadas pelas usuárias, as categorias que emergiram com uma maior frequência foram: sexualidade, diagnóstico psiquiátrico e gênero.

4.1 Engasgos, gritos e silêncios: Contando as histórias de amor e desamor

O curso de vida (ELDER, 1998) das usuárias são afetados pelo contexto social, político e familiar, que atuam enquanto forças históricas e moldam as experiências. No caso das usuárias, a existência de um sofrimento psíquico e de diagnóstico psiquiátrico, são pontos de viragem que serve de exemplo de como características subjetivas e sociais interferem no curso de vida. Alguns significados para determinadas experiências são dados pela organização política da sociedade, como no caso do sofrimento psíquico, em que a resposta social dada pode variar de acordo com a sua forma de organização. A depender do momento histórico em que esse sofrimento ocorra a mulher pode ser acompanhada em um CAPS ou internada em um hospital psiquiátrico. Sendo assim, o contexto direciona experiências, mas

não pode ser observado enquanto um fator determinante. Dado que as mulheres continuam possuindo certo grau de agência para realizar escolhas dentro das possibilidades fornecidas. O sistema de gênero, enquanto um sistema político e econômico também interfere na criação dessas (im)possibilidades para as mulheres.

Um dos objetivos dessa dissertação foi o de traçar o curso de vida das usuárias para compreender onde as experiências de sexualidade se localizam. Esse objetivo se colocou enquanto uma tarefa árdua, considerando que o conteúdo das entrevistas terminava por circular entre histórias de desamor. Essas histórias mobilizavam afetos e fazia com que as usuárias a primeira vista não visse espaço para o exercício da sexualidade, do prazer ou do desejo:

Caroline (usuária) – Não tenho não, eu só tive decepções. Só decepções... Então esse negócio não é para mim, eu passo até tempo sem isso, estou há tanto tempo sem isso... Muito tempo, porque eu nem vontade tenho mais.. De tanta amargura. Então, nem penso mais em viver com ninguém. Eu já fui muito traída, muito traída.

A mesma ideia se reforça na fala de Keila:

Jucinara – Então, eu queria recuperar contigo... Pensando um pouquinho da tua história, em relação a esse tema da sexualidade, de namoro de paquera, enfim, pode ser lá de trás.. Da infância..

Keila (usuária) – Como.. Se eu fui estuprada? Fui estuprada umas cinco vezes na minha vida já.

Essas duas, dentro das três usuárias entrevistadas afirmam que sentem dificuldades em falar sobre o início das experiências de sexualidade, por elas terem acontecido dentro de contextos violentos. As usuárias em suas falas, relacionam o exercício sexual como uma experiência com outra pessoa a partir da ideia de um sexo penetrativo heteronormativo. Para elas, essas histórias de violência fazem parte do contexto sexual, assumindo assim a sexualidade uma ambiguidade, possuindo também um lado negativo e perigoso. Podemos também analisar essas experiências negativas enquanto o ponto de viragem (ELDER, 1998 p 8) presente nas histórias do curso de vida sexual. Pois, é posteriormente a esse episódio que as personagens passam a enxergar o exercício da sexualidade por outra perspectiva que influencia em suas práticas futuras. A resposta de Keila sobre o início das suas

experiências sexuais, de forma indireta questiona conceitos estabelecidos culturalmente, como o da virgindade. A virgindade neste sentido, seria o momento em que se estabelece como o “iniciar da vida sexual”. Essa pergunta de Keila reforça a premissa da multiplicidade de experiências e da impossibilidade de se traçar uma trajetória sexual universal e linear. E que as práticas sexuais têm seu universo de significações próprias, e que atos anatomofisiológicos podem ser significados de forma diferente (SZASZ, 2004).

Quando abrimos caminho para o compartilharmos de histórias de sexualidade no CAPS, as primeiras que surgem são confidências de sentimentos de amor e de desamor. O lugar que a busca pela parceria ideal ocupa no curso de vida das usuárias é extenso, e essa busca aparece guiada pelas referências do amor romântico (NEVES, 2007; MINAYO, ASSIS, NJAINE, 2011) característica da nossa cultura e de como a sexualidade é subjetivada nas mulheres ocidentais (ZANELLO, 2018). A sexualidade sendo uma atividade que cria laços afetivos e produz uma troca de emoções (SZASZ, 2004) favorece o terreno para o compartilhar das relações amorosas.

Foram constatadas algumas semelhanças entre as histórias das usuárias. O primeiro relacionamento amoroso das três aconteceu na adolescência, por volta dos 14 anos aos 17 anos, e foi nesses relacionamentos que aconteceram as primeiras experiências consensuais. Os namorados eram da mesma região das protagonistas e eram pertencentes ao mesmo ciclo de amizades. Nas três histórias de vida foram relatadas gravidezes não planejadas nos primeiros anos de vivência sexual, o que aponta novamente para o supracitado não uso do preservativo ou de outro método contraceptivo. Os relacionamentos afetivos ganharam lugar de destaque nas entrevistas, possuindo um valor sentimental para as personagens. Na descrição destes, percebemos a dicotomia entre o “namoro de casa” e o “namoro de rua”. Onde o “namoro de casa ” seria a forma correta de se relacionar e conta com o apoio e com a autorização de familiares:

Jucinara - Mas podia beijar?

Caroline (usuária) - Na frente de papai não..

Jucinara - E por trás, podia? (risos)

Caroline (usuária) - Por trás também não! Mas às vezes a gente dá uma fugida assim... (risos). Mas era com meu irmão mais velho do

lado, ele ficava do lado. Pra reportar, ele me levava pros lugares, me distraia, pronto. Mas, por trás do meu pai eu não fazia isso não..

Jucinara-E depois do beijo..Porque eu sei que as vezes..

Caroline (usuária) - Não chegou a ter nada de sexualidade, isso aí não. A gente namorava só na mão, por causa do meu pai, pegava na mão e era só isso. Porque meu pai sempre controlava. Ele sempre controlava assim com os horários certos.. Assim, 9h vem simhora! Eu sendo uma moça, né?

Para Luana, o seu primeiro beijo aconteceu com o seu ex-marido — o primeiro namorado — ela o conheceu com 17 anos de idade e ele se tornou o pai dos seus dois filhos. A primeira transa teria acontecido em uma igreja, quando esta estava passando por uma reforma, ela tinha 18 anos na época e depois de alguns anos se casaram no cartório e tiveram os dois filhos. Keila também conta que teve alguns relacionamentos, mas que o primeiro formal foi com o pai do seu primeiro filho, aos 15 anos. Para Caroline o primeiro beijo também aconteceu dentro de um relacionamento aos 14 anos, foi com um conhecido que era marinheiro, eles chegaram a ficar noivos, mas ela ao saber de uma traição terminou o noivado:

Caroline (usuária) -Meu primeiro namoro, eu tinha o quê.. uns 14 anos, namorava em casa. Namorei em casa, fiquei lá namorando tudo direitinho, entendesse? Mas aí depois, eu.. Pronto, foi uma pessoa boa. 14 anos! Aí ele queria noivar e tudinho, cheguei a noivar, era um marinheiro. Mas já tava tudo certo, eu conhecia a família dele, a família dele gostava de mim, era Caetano o nome. Fui lá conhecer a marinha, me levou pra conhecer a turma, tudo direitinho. Mas a vizinha de junto sabe, porque os vizinhos gostam de uma fofquinha, aí a vizinha de junto disse: Caroline, vem cá. Cadê teu namorado? Desce aí pra tu vê. Aí eu disse: - Não, o que foi? E ela disse: Ele tá ali naquela casa ali. Aí eu descí, não fiz confusão nenhuma. Só fiz olhar assim, ele conversando com a menina. Antes mesmo disso ele tava na minha casa... Aí eu vi ele entrando na casa dessa mulher, e ela já tava de olho nele. Aí eu pensei: Oxe, ele tá ali é? Deixa ele pra lá. Voltei pra minha casa... Toda arrumadinha, cheirosinha, bonitinha, aí chegou ele com a cara mais lisa do mundo.. Aí eu digo: Oi, mô! Tome! Tirei a aliança na hora!

Para além da comunidade — representada na cena pela vizinha — as instituições que foram mais citadas como influenciadoras das experiências sexuais foram a família e a religião. Essas instituições aparecem atuando enquanto dispositivos que estabelecem normas e *scripts* sexuais, em que muitas dessas normas tem o gênero como fator atuante. A proposta de traçar o curso de vida e as

experiências sexuais das usuárias se complexificou porque muitas dessas relações são representadas como cenários de cenas de violência, entre as mais citadas, a violência sexual.

De forma geral, todas as pessoas podem sofrer ou protagonizar comportamentos violentos no decorrer da vida, porém, o lugar que essas narrativas disputam no serviço é desproporcional ao de outros temas semelhantes. Não teve uma única usuária com que eu tenha dialogado em situação de conversa informal durante as observações, que não tenha me descrito uma cena em que ela tenha não tenha protagonizado ou sofrido situações de violência dentro de uma relação íntima. Mas definitivamente, a maioria e as mais mobilizadoras delas eram histórias de violência sexual. Ao mesmo tempo que o assunto aparecia com frequência, era seguido por pausas e silêncios.

O mesmo silêncio observei nas entrevistas com profissionais. No roteiro de entrevista havia o seguinte questionamento “Já tiveram casos de mulheres que sofreram abuso sexual aqui no serviço? Como vocês reagem nesses casos?”. Essa pergunta integrou o roteiro pelo campo de produção teórica considerar a discussão como indispensável (BARBOSA; SOUZA; FREITAS, 2015) devido a pesquisas como a do Projeto Pessoas³² (GUIMARÃES et al, 2009) em que 8,6% do total de pessoas entrevistadas afirmaram ter sofrido violência sexual alguma vez na vida. Se levarmos em conta que essa violência acomete mais mulheres e na dificuldade existente no reconhecimento e na nomeação da violência, esse número é significativamente maior. Em todas as situações a entrevista travou nesta pergunta, inicialmente recebendo como resposta o silêncio ou um suspiro. Como demonstrado nas três primeiras entrevistas realizadas:

Entrevista I:

Flor (Técnica de Enfermagem) – Várias... (silêncio).

Entrevista II:

João (Médico Psiquiatra) – É.. (silêncio). É isso, é uma temática muito frequente, né? Mas assim, né, devido ao discurso ao relato de ter sido um abuso sexual ... Não é frequente o relato, né? Porque... Existe mais dificuldade em falar. Elas relatam, mas assim.. é... Tem

32 Dado quantitativo de uma amostra de 2.475 usuários/as de serviços de saúde mental no Brasil.

pacientes que têm (interrupção na gravação).. Assim as usuárias que eu tenho um acompanhamento a mais tempo aqui elas tendem a um nível de confiança, de vínculo, em que elas adquirem começam a falar mais..

Entrevista III:

Maria (Gerente) – Já. Já. (a entrevistada começou a tossir)

Jucinara – É comum elas relatarem..

Maria (Gerente) – É, é... (silêncio). Assim né a gente tem sempre... (a entrevistada voltou a tossir e se engasgar. Ofereci uma água a ela e perguntei se ela gostaria que eu desligasse o gravador, ela confirmou. Precisou de alguns minutos para se recompor e quando retomamos a entrevista devido ao desconforto passamos para a próxima pergunta do roteiro)

O assunto nas entrevistas e no grupo proposto na pesquisa, quebrava com algumas barreiras de silêncio, se fazendo presente a partir de outros temas. Como quando conversamos sobre sexualidade, sobre relacionamentos, sobre agressividade, sobre sofrimento psíquico, era esse conteúdo que emergia com maior potencial mobilizador de afetos. Esse silêncio é indicativo que profissionais não se sentem confortáveis para falar sobre o tema de forma aberta (PEDROSA; ZANELLO, 2016). Os engasgos, suspiros e silêncios referem-se a um forte desconforto. Nas falas podemos criar enquanto hipótese que esses desconfortos podem ser resultantes do contato com o próprio receio pessoal que o assunto reverbera, ou seja, implicações do curso de vida de profissionais no cuidado com temas de sexualidade das usuárias.

O que é sentido com as entrevistas é a não possibilidade de um diálogo permanente sobre a violência, mas apenas surgindo em momentos pontuais em que essa fronteira é ultrapassada, dificultando assim a ampliação da questão. Enquanto estratégia de intervenção, é citada o encorajamento para a denúncia. Nos grupos, quando uma história de violência surge muitas vezes mudava-se o assunto, em um exercício de fazer a fala circular por outros temas. Parece também apontar para uma tática de profissionais que não conseguem abordar o conteúdo. Como relatado, a gerente Maria, literalmente passa mal ao ser questionada sobre a ocorrência de violência sexual, tendo uma crise de tosse e engasgos. Em outras duas entrevistas se faz o silêncio antes da resposta, o que não é observado nas demais perguntas do

roteiro. Na entrevista com Fernanda há um maior aprofundamento e a psicóloga aborda as dificuldades em relação ao tema:

Fernanda (Psicóloga) - Chega e infelizmente chegam de uma forma bem tardia. Quando chega recente, porque assim é.. Notificação imediata a gente faz de abuso geralmente faz o procedimento com criança e adolescente, na fase adulta é feito um outro tipo de trabalho para encorajamento de denúncia. Então, a gente conta assim, principalmente de muitas mulheres que foram abusadas na infância e juventude principalmente na adolescência porque tem peitinho, bundinha e tal, as características estão mais começando a surgir formando um corpo de mulher... Surge muito, mas como elas vêm aqui já adultas, mais velhas, até assim para você fazer uma denúncia, às vezes os abusadores já estão mortos ou é pai, padrasto, seus amigos de família, mas assim a gente pega as coisas, eu, eu digo assim por mim, porque eu não posso falar pelas outras pessoas. Mas, eu vejo assim de uma forma bem tardia. Atendi uma, inclusive duas, na semana passada uma eu ainda estou na suspeita. Não sei até que ponto é a formação delirante dela e ele morreu e eu não sei até que ponto isso se funda na realidade dela. Ela agora pouco teve uma piora e eu não pude receber ela aqui no serviço acho que ela tá internada no Hospital Psiquiátrico, tem uma outra que até hoje chora de raiva por não ter denunciado na época. E hoje a pessoa que abusou dela já tá o quê, já tá casada, mas ela relatam com muita dor essa questão do abuso, e de e como isso ocorria e de como a mãe protegia essa pessoa porque no dia que ela contou mais velha... Ninguém... Todo mundo descrédito. Ah, mas por que tu não falasse antes. É muito complicado mesmo. Mas quando chega esse tipo de que de queixa são mulheres, raramente são homens.

A partir desse trecho de fala de Fernanda podemos aprofundar a discussão a partir de em três pontos a) Descrédito e diagnóstico; b) Contexto da violência sexual; c) Rede de enfrentamento;

a) Descrédito e diagnóstico:

Na fala de Fernanda percebe-se que o diagnóstico parece contribuir para um descrédito da narrativa da usuária em relação à violência. Aumentando a surdez e a inércia diante dos relatos queixosos das usuárias, nos quais os/as “profissionais de saúde não identificam a maioria dos casos, ou, pelo menos, não registram a violência em prontuário como parte do atendimento” (OLIVEIRA; JORGE, 2007 p 94). Já que na dúvida sobre a veracidade do fato, nenhuma intervenção parece ser realizada. A fala de Maria colabora com essa premissa:

Maria (Gerente) – E aí a gente não sabe até que ponto é verdade ou não. Ou se é coisa da cabeça dela, mas ela sempre diz, ela fala com frequência, não só para mim, mas para outras técnicas também... Tem outra também que ela deixou de vir aqui mais, mas que era muito também violentada pelo marido inclusive ela a gente mandou para delegacia da mulher porque ela chegou aqui muito machucada.

Percebemos que Maria refere dois casos, um em que uma usuária fala com frequência que sofre violência e outro em que a usuária chegou ao serviço machucada. Há dois desfechos distintos para estas histórias, quando a usuária chega com provas físicas e visíveis que poderiam legitimar a sua narrativa é que acontece o encaminhamento.

Outras formas de violência também aparecem nas histórias, a violência física e verbal surgem constituindo cenas, mas para as usuárias ocupam um lugar de aceitabilidade que é reservado e contextual dentro da dinâmica da relação íntima (GREGORI, 2012). Porém, sobre a violência sexual recai uma outra forma de peso, pelo relatado a violência é experienciada psiquicamente pelas mulheres como uma forma de “violência extrema”. A violência sexual assume assim nas cenas um caráter polimorfo que não necessariamente se localiza na dimensão sexual, nem da agressão. A violência sexual também apresenta nos relatos um valor simbólico, porque ultrapassa também a fronteira do amor romântico, rouba a cena de uma experiência que deveria acontecer permeada pelo amor. Um dispositivo que pode atuar nesse sistema é o dispositivo afetivo (ZANELLO, 2018) que cria a busca das mulheres pelo amor romântico e que as fazem permanecer em contextos violentos enquanto possibilidade de encontrar a mudança e a parceria ideal. Assumindo uma centralidade e uma relação causal — para as usuárias e em certa medida para profissionais — com o sofrimento psíquico, a violência é mais apontada como mobilizadora de sofrimento do que o próprio diagnóstico psiquiátrico.

Foi observado nos relatos que as usuárias associam de alguma forma a violência sexual sofrida com a entrada no serviço. No grupo, Sofia refere que acredita que a sua agressividade é a forma que ela encontrou para contornar essa experiência negativa, a utilizando como forma de defesa para que ninguém mais se aproxime dela. Em seu curso de vida, ela começou a apresentar episódios graves de

irritabilidade que a levaram ao acompanhamento no CAPS para pensar em estratégias para atenuar a sua agressividade. Sofia afirma:

Sofia (usuária) – Tô melhor, mas não tô boa não, se mexer comigo eu bebo o sangue! Porque depois desse acontecido eu criei uma defesa que é a agressividade!³³

Outra usuária, Luana, relata uma história pessoal de violência sexual cometida pelo marido que resultou em uma briga de término, na qual ela o agrediu. Ela afirma que ele a dopou com um medicamento para dormir e depois a levou para uma casa em que três amigos a esperavam. Ela conta que ficou alguns dias nessa casa sofrendo violência de várias formas. Isso aconteceu há cerca de 12 anos e foi um dos motivos dela ter retornado ao serviço de saúde mental, porque agravou o seu quadro clínico. Quadro clínico este que se iniciou após a primeira violência sexual sofrida aos quatro anos de idade. As produções teóricas ressaltam o agravamento do sofrimento psíquico em mulheres que sofreram violência sexual e de como essas mulheres se tornam mais propensas a desenvolverem quadros depressivos, entre outros (BARBOSA et al, 2015). Há também produções específicas na área que associam a violência contra a mulher com o surgimento do estresse, sofrimento psíquico e adoecimento mental (OLIVEIRA; JORGE, 2007). Devido à complexidade do tema abordado, os resultados desta pesquisa são insuficientes para estabelecer uma relação causal entre violência sexual e sofrimento psíquico, porém, foi percebida uma quantidade de usuárias que interpretam a experiência da sexualidade e da entrada no CAPS a partir da vivência da violência ou de uma decepção amorosa.

Em relação a essas decepções amorosas, Maria, argumenta que existe uma pressão social para que os relacionamentos amorosos sejam bem-sucedidos e que o insucesso destes pode interferir negativamente no sofrimento psíquico das mulheres usuárias:

Maria (Gerente) – É, geralmente elas vêm às vezes é uma perda... Às vezes é o marido... Uma perda do marido ter trocado ela por outra, mexe muito... Às vezes é o comportamento agressivo do

33 Relato compartilhado no grupo e transcrito no diário de campo, Sofia foi convidada para a realização da entrevista, mas se ausentou nas datas marcadas.

marido, falta de respeito, falta de amor... Isso tudo mexe (...) Investigar sempre tem um namoro que não deu certo ou é o marido que foi embora... Sempre tem alguma coisa de perda em relação.

Esse sofrimento citado novamente pode ser visto como consequência da atuação do dispositivo afetivo (ZANELLO, 2018) que subjetiva as mulheres para serem amadas e cuidadas dentro de uma relação a partir das referências do amor romântico monogâmico e de uma cobrança social para serem correspondidas em relação às suas expectativas e projetos de felicidade. Esse dispositivo também aponta para uma assimetria de poder nas relações ³⁴ que atua via pedagogia afetiva que ensina as mulheres uma forma, que seria a correta, de se relacionar. Em relação ao projeto de felicidade (AYRES, 2007) das usuárias, encontramos a presença forte de um relacionamento amoroso. Reproduzindo um modelo heteronormativo e romântico da sequência namoro, noivado e casamento, que muitas vezes aparece enquanto única opção de projeto de vida para essas mulheres que estão em sua maioria, excluídas do mercado de trabalho (HAGESTAD; NEUGARTEN, 1985).

b) Contexto da violência:

Pelo relatado por profissionais e por usuárias, na maioria dos casos a violência acontece na infância e na juventude, sendo cometida por alguém próximo afetivamente e íntimo da vítima, dados que reafirma os resultados da pesquisa realizada pelo Atlas da Violência (IPEA, 2016) onde apenas 32,1% das vítimas de violência tinham mais de 18 anos. Pelo citado, normalmente a usuária não recebe acompanhamento adequado em saúde mental no período do ocorrido, o que agrava o quadro de sofrimento psíquico. Em entrevista, a usuária Luana conta que sofreu violência sexual na infância, o que a teria levado ao uso abusivo de substâncias (álcool e maconha) e a sua primeira tentativa de suicídio aos 13 anos:

Relato:

Luana foi vítima de violência sexual ainda na infância, com quatro anos, pelo seu tio, irmão do seu pai. Luana não parece ter muitas

34 Esse dispositivo também atua de forma específica nas relações entre mulheres, visto que ele subjetiva o gênero e não somente a sexualidade.

lembranças sobre a cena, mas descreve que a sua mãe não falou posteriormente sobre isso com ela. O que fez com que ela de certa forma sentisse que a mãe tentou proteger o cunhado e a família da exposição. Essa percepção gerou muita raiva em Luana, que aos treze anos começou a usar maconha e álcool, e a sua primeira tentativa de suicídio aos 13 anos.

O sentimento de desamparo descrito por Luana é relato comum em vítimas de violência sexual exercida no meio familiar (FROTA et al, 2011). Para ampliarmos a discussão, podemos compreender a violência sexual enquanto relacional. Quando nos referimos a violência relacional significa dizer que a cena, protagonizada pelos personagens de vítima e de agressor relaciona-se com um complexo sistema de sexo-gênero. Esse sistema é a criação da articulação entre dois sistemas políticos: o de sexo e o de gênero. Essa articulação produz uma relação moral entre violência e sexo, através da violência sexual, estabelecendo-se assim enquanto um duplo tabu. A partir dos processos de subjetivação das mulheres a partir destes sistemas, a violência sexual assume um perigo triplo na vida das usuárias colocando-se enquanto uma violência de gênero, moral e subjetiva. Colocando a violência sexual enquanto uma ameaça constante, que produz medos e inseguranças nas experiências de práticas sexuais e interferem nas vivências de prazer (VANCE, 1989).

Um exemplo, é a da história contada por Luana que afirma ter sofrido essa violência do seu marido, e que como consequência passou a ter medo de se relacionar novamente com outras pessoas. Atualmente ela tem um noivo e conta como ainda é difícil se envolver afetiva e sexualmente com ele. Quando ela descreve uma cena de sexo e de como foi importante ter contado o ocorrido para ele para auxiliar a atenuar o medo existente:

Luana (usuária) – Ai eu olhei assim... Meu Deus, me ajuda. Faça eu ter coragem, eu não sei.. Ele manda eu tirar a roupa e tudinho.. Eu com medo dele. Ai ele, tá se escondendo de mim, é mô? Ai eu contei pra ele e ele disse que eu tenho todo o direito de ficar com medo.

Outra usuária, Keila, em situação de entrevista narra que a sua primeira lembrança refere-se a uma violência que sofreu aos dez anos de idade. Conta que esse foi só o primeiro de cinco casos na sua vida. Aponta que ele era um conhecido da família que a ameaçava caso contasse para a mãe e que afirmava sempre estar

armado. Enquanto desfecho, em um dado momento ela conseguiu criar coragem e compartilhar com a mãe. Keila também confidenciou cenas em que a violência ocorreu dentro do casamento:

Keila (usuária) – E depois quando eu casei eu não consegui ter relação, não conseguia que ele me tocasse. Eu detestava, tinha nojo. E pronto, com ele eu também fui estuprada por que quando eu disse que não, que eu aprendi aqui dentro.. Que quando a mulher diz que não, mesmo sendo casada, não quer, não quer! Não pode forçar. E ele me forçou, então foi um estupro.

Nesse caso, a usuária aponta para um momento em que essa barreira de silêncio foi ultrapassada no CAPS, e que o serviço se apresentou enquanto um importante veículo para nomeação e contorno da experiência. Assim sendo,

é importante que haja um trabalho multiprofissional nos serviços de saúde, de forma que qualquer profissional deve estar preparado para ouvir com atenção e respeito os problemas da usuária. Junto a este atendimento, é preciso que se desenvolva a articulação dos serviços de saúde com outros, tais como casas-abrigo, delegacias da mulher e escolas, cabendo ao profissional de saúde diagnosticar, orientar e encaminhar a mulher (OLIVEIRA; JORGE, 2007 p 94).

Nas falas a articulação com a rede de saúde também se torna imprescindível, percebemos que a delegacia da mulher é um dos dispositivos da rede de enfrentamento a violência contra a mulher que é mais citado, acompanhado em seguida do hospital da mulher.

c) Rede de enfrentamento;

Como apresentado, a psicóloga Fernanda aponta que em sua atuação profissional procura encorajar as usuárias a prestarem denúncia da violência. Os fatores citados que aparentam dificultar a decisão pela efetivação da denúncia foram o do tempo do acontecimento, a relação de proximidade afetiva e o medo de sofrer algum tipo de represálias. Durante a pesquisa de campo, ouvi quatro histórias em que foi realizada a denúncia, em três delas a denúncia se apresentou enquanto benéfica, havendo punição legal e acompanhamento da usuária pelos serviços especializados:

Relato I:³⁵

Luana narra que foi estuprada no carnaval por um desconhecido. Quando ela ainda estava de resguardo do segundo filho, disse que foi socorrida pela polícia que a levou até o hospital e ao IML para realização do exame de corpo delito, após alguns dias realizou todos os exames necessários para IST e o resultado deu negativo. A denúncia neste caso para ela possibilitou o acompanhamento nos serviços especializados.

Relato II:

Caroline afirma ter sido estuprada a caminho da igreja, quando foi sozinha após dizer para sua amiga ir à frente, um homem a teria parado em frente ao posto de gasolina e a agarrado. Ela conseguiu escapar e encontrar um policial no caminho para casa que a socorreu. Ela foi em seguida encaminhada para o hospital da mulher onde ela foi acompanhada pelo serviço social e pela psicologia, realizou os exames para IST que deram negativos, após um tempo descobriu que o autor da violência foi preso devido a outros crimes.

Relato III:

Caroline sofreu agressões físicas e sexuais do seu ex-companheiro do qual se separou há três anos e prestou uma denúncia pela lei Maria da Penha, mas afirma que ele nunca foi notificado ou sofreu qualquer punição legal. O que a levou a desacreditar da denúncia enquanto instrumento de proteção.

Relato IV:

Sofia, compartilha no grupo proposto pela pesquisa de campo que sofreu uma violência sexual em seu local de trabalho, por um outro funcionário da empresa. Ela entrou com uma denúncia na gerência da empresa, mas nenhuma providência foi tomada. Após essa experiência ela passou a protagonizar episódios de irritabilidade e agressividade, resultando no seu afastamento do trabalho. A sua chegada no serviço se deu por ordem judiciária, ela havia entrado com uma denúncia na delegacia da mulher que a encaminhou a ser acompanhada pelos serviços especializados, incluindo o CAPS.

Esses relatos sugerem que a denúncia ocorre com maior facilidade quando não há uma proximidade pessoal ou uma relação íntima. A política de enfrentamento a violência contra a mulher, conquista do Movimento Feminista Brasileiro, permitiu vários avanços e espaços de acolhimentos a mulheres que sofreram violência.

35 Optamos por utilizar nesses momentos a descrição da história ao invés dos recortes de entrevistas devido à densidade dos relatos, e do tamanho textual.

Esses espaços auxiliariam no contorno da violência, na realização dos procedimentos práticos preventivos e nos demais acompanhamentos. Essa rede apresenta-se nas falas de profissionais articulada com o CAPS, porém, é relatada a dificuldade em acolher situações em que a violência aconteceu em outra fase da vida. A visão punitivista da violência assume um caráter situado, localizando no par agressor-vítima a responsabilidade do crime. Deixando de enxergar o emaranhado de significações e de sistemas econômicos e políticos. Não sendo então, uma defasagem do serviço, mas uma característica social que não consegue contornar essas violências.

4.2 Articulações entre categorias de diferença: “Doida ainda vai (...) mas sapatão não!”

Duas frases que ficaram marcadas na minha memória após a realização da pesquisa de campo foram, primeiramente a de Sofia, usuária que acompanhei no grupo, que com bastante pesar diz *“a gente não serve para passear na rua e tomar sorvete, mas para lavar prato e passar pano na casa a gente serve”* (sic) e a frase que Keila ouviu no momento do término com o seu ex-namorado *“Doida, doente, matando ainda vai.. Sapatão não!”* (sic). Pretendo utilizar então essas duas cenas para analisar como essa articulação de categorias de diferença (BRAH, 1996) ocorre e onde o diagnóstico psiquiátrico situa-se.

Na primeira cena, Sofia abre-se com o grupo terapêutico e conta que é casada há alguns anos, que sempre passeava com o marido aos domingos, mas que desde que iniciou o acompanhamento no CAPS essa rotina mudou. Dentro da sua indicação terapêutica, Sofia faz uso de medicamentos psicotrópicos que teriam entre os efeitos colaterais a alteração na dicção e o aparecimento de tremores psicomotores. Esses efeitos de acordo com ela, foram suficientes para que o seu companheiro passasse a não sair mais acompanhado dela. Ao fazer uso do plural em sua afirmação, Sofia parece considerar que o mesmo acontece com outras mulheres que passariam por situações análogas dentro dos relacionamentos.

O sofrimento desta usuária é compartilhado com outras que a acolhem e aparentam em suas falas e gestos se reconhecerem no relato. A discussão entre elas caminha um pouco por questões de gênero, onde devida à articulação entre gênero e diagnóstico psiquiátrico, essas mulheres seriam vistas em algumas situações como incapazes de realizar atividades de lazer, de se movimentar na cidade, sofrendo assim de descrédito (GOFFMAN, 1975). Mas o mesmo descrédito não afetaria certas responsabilidades atribuídas a elas como os cuidados da casa e dos filhos, devido às desigualdades nas relações sociais vivenciadas pelas mulheres (SCOTT, 1989). Ou seja, os dispositivos de gênero atuam a partir do que convém para a manutenção das normas sociais.

Nesta cena, composta por duas personagens, Sofia e o companheiro, o estigma atua enquanto um dispositivo que regula os locais em que ela deve frequentar. E esconde um medo e uma vergonha do companheiro em ser visto acompanhado por ela. Como se de alguma forma ele pudesse se contaminar com esse estigma como afirma Goffman (1975) ao falar que: “a identidade social daqueles com quem o indivíduo está acompanhado pode ser usada como fonte de informação sobre a sua própria identidade social, supondo-se que ele é o que os outros são”(p 34). Já em outros relatos, essa dependência é ressaltada ao só ser permitido sair de casa na companhia do parceiro, sendo ele peça chave para se tornar possível circular pela cidade. Como Keila conta *“a minha mãe não me deixa mais sair, deixava com ele porque confiava.. Agora não deixa mais”*. De acordo com o estudo realizado por Moll e Saeki (2009) a dificuldade de manter uma vida social e da criação de vínculos comunitários, pelo quadro sintomático e pelo uso de determinados medicamentos, tem efeitos negativos sobre o indivíduo e que são oriundos de uma forte discriminação social que ainda persiste na sociedade mesmo após a RP.

A identidade pessoal das usuárias pode ser afetada ao receberem um diagnóstico psiquiátrico ou pela entrada e permanência na instituição, que as fazem ascender em uma carreira moral que modifica a forma como essa pessoa se reconhece e em como a sociedade enxerga a sua identidade (GOFFMAN, 2008). Enquanto definição de identidade Linda Martín Alcoff (2016) explicita a partir da “experiência vivida localizadas e posicionadas por meio das quais tantos

indivíduos como coletivos trabalham para construir um sentido em relação às suas experiências e em narrativas históricas” (p 12). A identidade de “mulher” e o estigma social de “louca” se misturam, originando uma outra identidade que seria a da “mulher louca” que assume características e desvantagens sociais próprias. As usuárias apesar de utilizar para si essa identidade, disputam o sentido dela a partir das suas experiências pessoais.

Um outro ponto que a fala de Sofia evoca é sobre o uso de medicamentos e as práticas afetivas-sexuais. É citado na literatura médica que alguns psicofármacos podem ter efeitos colaterais que afetam condições biológicas relacionadas com o exercício da sexualidade (COHEN et al, 2007). Com certeza esse é um dos subtemas mais presente nos grupos do CAPS, tendo três usuárias me procurado em particular para conversar sobre esse assunto. Dentro deste subtema, o tópico mais mobilizador apresenta ser o da alteração da libido:

Uma usuária negra de cabelos cacheados e longos, trajando calça jeans e blusa branca vem conversar comigo sobre o uso do medicamento. Em relação a libido ela afirma que isso varia de corpo a corpo, de pessoa a pessoa.. Que o que faz mesmo a libido baixar é o marido ser alcoólatra, é tratar mal e não entender a doença, seguindo com a frase “ele não me procura mais só porque sou doente!”³⁶

Além dela, outras duas usuárias me relatam que os maridos pararam de “*procurá-las sexualmente*” (sic) por conta do adoecimento e que para elas o uso dos medicamentos influenciam no relacionamento para além da diminuição da libido. Esse olhar para além da dimensão biológica, que desloca para a relação e para os problemas que as mulheres enfrentam com questões de sexualidade é importante porque avulta para a complexidade do tema, dando destaque ao componente erótico e emocional do desejo sexual que em algumas falas profissionais é ocultado. A gerente Maria também recebe queixas por parte dos maridos, que a fazem solicitações:

Maria (Gerente) – Também tem maridos de mulheres que fazem tratamento aqui que também reclamam e chega para a gente conversando que elas não têm mais interesse e dormem por conta da medicação. Então, faz o grupo e a gente diz: Olha, vocês têm que ir

36 Diário de campo da data: 04/09/2018, referente ao quarto dia de observação.

amar, né não? Não é porque vocês têm um problema que tá sendo tratado que você vai deixar o marido de lado ou a esposa.

Novamente a dimensão da sexualidade aparece no grupo a partir do olhar biomédico e dos efeitos biológicos da medicação. Esse direcionamento pode reforçar o olhar social de que a mulher precisa ter vida sexual ativa mesmo quando não deseja e muitas vezes esse não-desejo é colocado apenas enquanto uma limitação do uso do medicamento, reforçando que é necessário fazer sexo para a manutenção do relacionamento e do *status* do relacionamento, o que já causa certa ansiedade em algumas usuárias:

Fernanda (Psicóloga) – As mulheres normalmente reclamam da flocoxetina “ai meu marido vai ser meu amiguinho, pelo amor de Deus”, “tira esse negócio de mim, manda esse médico tirar esse negócio”

Uma outra relação que as usuárias estabelecem com o uso dos medicamentos é em relação a auto-imagem:

A usuária Janaína se aproxima de mim e pergunta se eu tenho um espelho. Conversamos sobre o meu corte de cabelo e falamos sobre o piercing que ela tem no nariz. Conta que hoje está muito mal porque apanhou do pai na noite anterior e queixa-se da família. Depois afirma que:

– Só de vê o meu ex, eu desmaio. Ele me agredia muito. Eu também não aguentava mais morar com meu pai, ele batia em mim, me amarrava e estuprava a minha mãe. Hoje em dia é meu cunhado que bate em mim quando eu tô nervosa e me ameaça de me levar para a internação, ou mandar me prender porque eu estou “louca!”

Ela me diz que quer um espelho para colocar um piercing que saiu, anda e volta com um celular no qual ela passa batom e coloca o piercing. Se queixa, ao vê sua imagem no espelho e diz que emagreceu muito, que hoje em dia tem a boca seca e por isso fica sempre de batom, que sente que os medicamentos afetam até o seu olhar.³⁷

A partir dessa conversa com Janaína também pode ser problematizado o quanto a auto-imagem dessas mulheres se constrói em um contexto de preconceito, violência e discriminação, onde elas são constantemente interpretadas como pessoas problemáticas (BARBOSA, FREITAS, 2011).

37 Recorte do diário de campo de 11/09/2018

Na segunda cena, Keila está na sua casa com o seu namorado, e decide contar a ele — já estavam juntos há três anos — que anda sentindo atração sexual por mulheres há algum tempo. A tomada de decisão foi difícil, ela tinha muito medo da sua reação, porque acreditava que ele diria que era pecado ou algo semelhante. Mas, quando ela conta, ele responde de forma agressiva. Refere as duas vezes em que Keila tentou agredi-lo fisicamente e as suas fantasias homicidas. Para ela a briga foi um dos motivos que a levou a um período curto de internamento e ao intensivo no CAPS. Na entrevista ela descreve a cena de como eles se conheceram:

Keila conheceu seu ex namorado enquanto estava chorando na praça perto do CAPS. Ele se aproximou dela e perguntou o que ela tinha, esse primeiro contato terminou se tornando uma paquera. Ela já estava cansada de esconder o seu diagnóstico das pessoas, e resolveu contar para ele que era usuária do CAPS e pediu para que ele estudasse um pouco sobre o tema e procurá caso o interesse se mantivesse. Dias depois ele a procura, diz que inicialmente achou que ela apenas era usuária de drogas, mas que ficou mais tranquilo com o seu diagnóstico. O interesse dele se manteve e eles começaram um relacionamento. Depois de algum tempo de namoro ele conta a ela que ficou surpreso com a gravidade do seu quadro clínico que não esperava que fosse o “extremo do extremo”.

Ela conta que ele pode ter adoecido psiquicamente juntamente a relação, já que entre outras afirmações, destaca “*acho ele meio louco também.*” (sic). Sendo para ela a história que eles viveram uma relação louca, ou um louco jeito de amar. Segue a continuação da história a partir de uma outra cena relatada na entrevista:

Relato:

Keila conta que decidiu contar para o companheiro que sente atração por mulheres, a tomada de decisão foi difícil porque ela tinha receio da sua resposta. Mas, a resposta dele é ainda pior. Ele fica com muita raiva ao ouvir a afirmação e diz: “*Doida ainda vai, querendo matar uma pessoa, tudo bem, mas sapatão não!*” (sic). Entre xingamentos e ameaças, ele a diz que Deus irá castigá-la por esses pensamentos, em seguida interroga se ela já havia ficado com mulheres. Keila responde que não, que apenas sente desejo, afirma que acha que está ficando doida, mas que não consegue sentir nada por homens como sentia antes. Ele com raiva sai e bate a porta do quarto, ao passar pela mãe de Keila diz: fique com a sua filha, que ela é doida mesmo. A mãe não entende nada sobre o que aconteceu. Keila, triste, começa a chorar sozinha no quarto.

Keila sente que o que lhe é fonte de prazer — se masturbar pensando em mulheres — é também motivo de muito sofrimento. A reação e as palavras do ex-companheiro, pessoa importante e que era um dos cuidadores dela, tem impactos na forma que ela vivencia as suas experiências após esse momento. Ela conta que não conseguiu realmente “ficar” (referindo-se a fazer sexo) com uma mulher porque sente que está cometendo um pecado e que está sofrendo de uma “loucura”. Dentro da entrevista esse desejo por mulheres que Keila sente é dialogado. Em um dos momentos:

Keila (usuária) – Como seria se eu chegasse assim e dissesse pra minha família: Eu não gosto de homem e quero me relacionar com uma mulher?

Jucinara – Como tu acha que seria? Tu tem quatro filhos, né? Como tu imagina que seria a reação deles?

Keila (usuária) - Eu ia ser rejeitada como a minha prima foi, mas ela tem cabeça pra aguentar isso. Eu não tenho.

Jucinara - Tu acha que todos os teus quatro filhos rejeitariam?

Keila (usuária) - Não, a minha filha não.

O desejo dela e o seu prazer sexual é orientado por mulheres, porém, ela não enxerga possibilidades de um reconhecimento lésbico dentro do seu contexto social, citando as relações familiares e religiosas enquanto impedimentos para o exercício da sexualidade. As experiências sexuais são construídas dentro de uma determinada cultura com base nos repertórios fornecidos, ou seja, o desejo erótico é moldado com base no que é considerado sexo dentro da sociedade (SZASZ, 2004). Os comportamentos sexuais, desejos e fantasias se tornam sexuais a partir de uma leitura cultural. E a cultura ocidental moderna coloca enquanto uma impossibilidade amar outras mulheres (RICH, 1993) não fornecendo assim repertórios sexuais para mulheres que fazem sexo com outras mulheres. Apenas alguns espaços se colocam como permissivos e capazes de resistência, como a parada da diversidade que assume para Keila um lugar de experimentação e descoberta. Local onde a usuária afirma que viu duas mulheres se beijando pela primeira vez, ela foi acompanhada da sua filha e amigos, foi nesse acontecimento que ela define como o momento em que tomou conhecimento de algumas práticas sexuais entre mulheres.

A partir dessa cena a articulação entre gênero, diagnóstico psiquiátrico e sexualidade, produz um duplo estigma que se retroalimenta. Novamente colocando o desejo sexual por outras mulheres como um sintoma de um sofrimento psíquico, em que essa discriminação sofrida tem muitos efeitos psicológicos negativos. O que nos conduz para a necessidade de uma maior atenção à saúde dessa população, principalmente quando analisamos que a população LGBT tem índices de suicídio mais alto do que a população cis-heterossexual (BARBOSA; MEDEIROS, 2018). Apesar de termos conseguido a efetivação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais (PNS LGBT) que foi criada a partir da portaria n.2.836 de 1 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011) ainda não encontramos muitas pesquisas acadêmicas que tenha a população LGBT de serviços de saúde mental como foco, ou sobre a aplicação da política.³⁸

Keila também associa os seus pensamentos suicidas com essa atração que sente por mulheres, referindo-se a esse desejo como “*coisa da minha mente*” (sic). Mas, criticamente reflete sobre como a sociedade enxergar “os doidos” e “as lésbicas”, duas categorias importantes de análise:

Keila (usuária) – O que eu queria agora era me tratar do como eu disse, dessa coisa da minha mente. E eu não sei se eu tô querendo me matar por conta, ou se já vem... Faz tempo. Eu não sei, o mundo é muito complexo. Os outros não aceita, os outros não aceita um doido, não aceita uma lésbica. Não aceita isso, não aceita aquilo. Em que mundo a gente é colocado?

Jucinara – Tu acha que tem diferença ser um doido ou uma doida? Tô usando as tuas palavras..

Keila (usuária) – Eu não me incomodo não...

Jucinara – Mas tu acha que tem diferença, de ser um doido ou uma doida? Que o fato de ser mulher muda como as pessoas olham ou não?

Keila (usuária) – Muda, né?

Keila crítica o estigma social, e localiza a sua experiência em um sentido político amplo ao fazer referência a sua história pessoal, mas a colocando dentro de

38 Breve pesquisa bibliográfica realizada na SciELO a partir da combinação dos descritores cadastrados “saúde mental”, “atenção psicossocial”, “serviços de saúde mental” e “minorias sexuais e de gênero”.

um campo de tensões sociais. A diferença estabelece fronteiras de onde os corpos se situam, construindo assim uma relação de desigualdade em alguns contextos. Mesmo tendo essa crítica, a experiência pessoal também é significada e afetada pelo que ela escuta em seu meio social. Ao afirmar que tem diferença ser uma “doida” ou um “doido” e de ser “uma doida lésbica” reafirma uma hierarquia de gênero e de uma hierarquia de sexualidade (RUBIN, 2011). Essa hierarquia estabelece o que é aceitável e o que não é, resultando em uma desumanização dos indivíduos estigmatizados.

Para o companheiro de Keila o “ser louca” não é escolha, diz respeito a uma psicopatologia da qual ela não seria culpabilizada por suas ações, sendo algo da “natureza da pessoa”. Na contramão a existência de um desejo sexual por mulheres e a afirmação deste desejo, seria uma escolha, que resultaria em um pecado moral e religioso. Em seu processo histórico, a homossexualidade já foi considerada uma questão da esfera da saúde mental sendo diagnóstica nos primórdios da psiquiatria enquanto um transtorno mental. No Brasil, mudanças sociais e políticas mudaram essa realidade, mas esse público ainda é apontado como vulneráveis para adoecimentos psíquicos devido ao preconceito e a violência lgbtfóbica (BARBOSA; MEDEIROS, 2018).

Essa articulação entre gênero, diagnóstico e sexualidade também seria um dos motivos das mulheres LBT (Lésbicas, Bissexuais e Transsexuais) não acessarem o serviço com frequência. É apontado pelas profissionais que as mulheres trans e travestis não dão entrada no serviço, e nas poucas vezes em que isso ocorre não informam a sua identidade de gênero, tentando muitas vezes se “enquadrar” a partir da lógica cisheteronormativa, não fazendo assim, uso de direitos, como o de utilizar seu nome social. Os/as próprios/as profissionais se reconhecem enquanto despreparados/as enquanto equipe multidisciplinar para lidar com temas relacionados à diversidade sexual:

João (Médico psiquiatra) – De fato assim, existe muita carência no CAPS em relação a isso (...) também até nos próprios profissionais, o que eu percebo é uma, uma dificuldade de entendimento de algumas questões ligadas a alguns conceitos ligados à sexualidade, por exemplo.. Percebo assim no relato de profissionais daqui uma confusão entre termos, por exemplo, transexual, travesti, é.. É... Até mesmo como entre os termos homossexual e gay, lésbica.

Em algumas entrevistas com profissionais há uma confusão de questões de identidade de gênero com questões de diversidade sexual. O que reitera enquanto necessária uma formação continuada acerca dessa temática e um maior conhecimento em relação à PNS LGBT para que os direitos de população sejam garantidos nessa esfera.

Em todas as falas se observa a centralidade da temática a partir da heterossexualidade, o que permite um diálogo com a estruturação da heterossexualidade compulsória (RICH, 1993). Como o tema da sexualidade é enxergado a partir da ótica heterossexual, as mulheres que fazem sexo com outras mulheres ficam desassistidas. Todas as profissionais entrevistadas relatam que são poucas as mulheres bissexuais e lésbicas no serviço, chegando a gerente a afirmar que não tem nenhuma. Mas as entrevistas relatam algumas existências. O número de usuárias LBT também é subnotificado, embora contenha o questionamento na ficha que é preenchida na triagem, essa informação parece se perder. A proposição também de que as usuárias LBT não se sentem confortáveis em falarem sobre esse tema com profissionais. Uma das diretrizes da política estadual de saúde mental é a de: “Assegurar acesso e cuidados em saúde mental para populações vulneráveis – crianças, adolescentes, idosos, LGBT, indígenas, quilombolas, pessoas em situação de rua, população carcerária e pessoas com deficiência “ (PERNAMBUCO, 2018 p 12) sendo também um dos quatro eixos prioritários de trabalho da Política de Saúde LGBT. Essa política — PNS LGBT — foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde pela portaria n. 2.836 de 1 de dezembro de 2011 e ressalta que o respeito as diferenças converge com os princípios do SUS de integralidade, universalidade e equidade (BRASIL, 2013).

O CAPS também aparece enquanto cenário de discriminação com LGBT e não aparece sendo citado enquanto dispositivo de proteção a essas violências específicas. Keila segue o seu relato confidencializando que um profissional do serviço também teria sofrido violência homofóbica. Onde os usuários ao saberem sua orientação sexual o xingavam, e o desrespeitavam:

Keila (usuária) – É, teve um homossexual que trabalhava aqui. Ele era Técnico, mas ele era uma pessoa que não indicava que você fosse nada. Ele só tentava te ajudar.

Jucinara – E tu acha que ele sofreu preconceito aqui no CAPS por isso?

Keila (usuária) – Sofreu..

Jucinara – Os usuários falavam? Falavam o quê?

Keila (usuária) – Olha.. Um homem desses.. Muita coisa falavam dele e eu dizia.. Gente pára.

Jucinara – Mas chamavam de quê? De viado?

Keila (usuária) – De tudo.

Jucinara – De tudo? Qual o nome assim que tu acha que...

Keila (usuária) – “Olha praí, um homem desse bichado, olha pra isso”..; “Olha esse gay, não acredito!”... Num sei o quê. Ele era funcionário daqui e era uma ótima pessoa. Me ajudava muito.

Jucinara – Ele sabia que os usuários falavam isso? Ou era...

Keila (usuária) – Eu acho que sabia, mas era..

Jucinara – Mais segredo...

Keila (usuária) – Tipo, sabia e sofria calado. Porque a maioria era tudo surtado, então eu acho que o bichinho não era capaz..

Em virtude do que foi mencionado podemos concluir que os cursos de vida (ELDER, 1998) e as experiências das usuárias se localizam em uma complexa teia contextual que envolve questões sociais, políticas, econômicas e familiares. Um diagnóstico psiquiátrico é um exemplo de acontecimento ambíguo, tendo sua parcela subjetiva e social. Durante as entrevistas foram compartilhadas histórias de desamor, entre as mais mobilizadoras delas encontramos histórias de violência sexual. Essas histórias mobilizavam afetos e ocultavam outras narrativas de prazer e desejo. A busca pela parceria ideal ocupa no curso de vida das usuárias um local extenso e essa busca se torna guiada pelas referências do amor romântico (NEVES, 2007; MINAYO, ASSIS, NJAINE, 2011).

Foi apontando que profissionais não se sentem confortáveis para falar sobre o tema da violência sexual de forma aberta. Enquanto estratégia de intervenção citada é o encorajamento para a denúncia. A discussão então caminha por três pontos a) Descrédito e diagnóstico; b) Contexto da violência; c) Rede de

enfrentamento; Apresenta-se enquanto necessária uma formação continuada acerca dessa temática e um maior conhecimento em relação a PNS LGBT para que os direitos da população sejam garantidos nessa esfera. O número de usuárias LBT também aparece sendo subnotificado e o CAPS aparece enquanto cenário de discriminação com LGBT, não sendo citado enquanto dispositivo de proteção a essas violências específicas.

Em relação à articulação de categorias sociais de diferença foram descritas cenas onde se fazia presente a articulação entre gênero e diagnóstico psiquiátrico e da articulação entre gênero, diagnóstico e sexualidade. A comunidade, a família e a religião são as instituições citadas como molde para as experiências afetivas-sexuais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tomando como bases o campo dos DS/DR e o da saúde mental após a RP, podemos afirmar que esta pesquisa se enraíza em problemas sociais, como o estigma social (GOFFMAN, 1975) persistente na sociedade que articulado com o tabu social – que circunscreve os temas relacionados a sexualidade, apresenta-se enquanto um obstáculo na promoção de saúde sexual nos serviços de saúde mental (BARBOSA; FREITAS, 2011). Se faz necessário enxergar a pessoa em sofrimento psíquico enquanto um sujeito portador de direitos que precisam ser garantidos para que seja possível um exercício da sexualidade e da reprodução saudável, responsável e livre.

Esta dissertação teve como objetivo compreender as experiências relacionadas com sexualidade de mulheres usuárias de um serviço de saúde mental, localizado na região metropolitana da cidade de Recife, Pernambuco. E através dos objetivos específicos pretendeu descrever como o tema da sexualidade se apresenta no serviço, juntamente a atuação profissional. Em seguida, identificar e analisar as categorias sociais que articulam-se com a sexualidade, analisar o curso de vida sexual das usuárias e as implicações do sofrimento psíquico nele, e do contexto de cuidado dos/as profissionais no exercício da sexualidade.

Para tal, nos guiamos por uma base metodológica de natureza qualitativa (DENZIN; LINCOLN, 2006), a escrita e a prática foram inspiradas pela epistemologia crítica do feminismo descolonial (LUGONES, 2014) e pela etnografia (GEERTZ, 2008). Para a construção do delineamento da pesquisa (BREAKWELL; ROSE, 2010) foi optado utilizar duas estratégias metodológicas: (a) observação participante e (b) realização de entrevistas com profissionais e usuárias;

Nesta pesquisa não houve a ambição de comprovar a veracidade das histórias contadas e dos diálogos presenciados em contexto de pesquisa. Algumas usuárias devido ao seu quadro clínico podem apresentar conteúdos delirantes, mas ao nos guiarmos ao pensar as experiências dessas mulheres (SCOTT, 1999), acreditamos que essas também acontece no plano subjetivo e que o conteúdo que molda o repertório sexual também é fértil para pensarmos questões sociais e políticas. Também, ao pesquisarmos dentro do campo teórico da sexualidade

passamos a valorizar conteúdos como os desejos, fantasias, práticas como sendo importantes dimensões da sexualidade. A realidade psíquica também é uma expressão da realidade objetiva que cria fantasias a partir de repertórios e *scripts* sociais.

Abordar a temática da sexualidade em um serviço de saúde mental foi desafiante em decorrência da pluralidade de ramificações que o assunto possui. Sendo por si só um conteúdo duplamente silenciado e estigmatizado, devido ao encontro dos tabus que circundam os conteúdos da sexualidade com os estigmas em relação ao sofrimento psíquico ainda presentes no imaginário social. Esse campo das práticas afetivas-sexuais ainda é pouco explorado no serviço de saúde mental e no cotidiano dessas mulheres para além do olhar biomédico, da prevenção e dos cuidados clínicos.

De forma geral a maior parte do público assistido no serviço refere-se a mulheres com diagnósticos de estados depressivos; os transtornos de humor e por último, os de transtorno de personalidade e a esquizofrenia. No decorrer da pesquisa mesmo com todas as dificuldades do contexto político no qual estamos inseridos/as e da ameaça aos serviços substitutivos públicos, o CAPS se apresentou enquanto um espaço ambíguo ora enquanto um espaço rico de integração e cuidado, que se expande para além do espaço físico, promovendo ações a partir do cuidado compartilhado e do olhar comunitário, ora enquanto dispositivo disciplinar sexual. A discussão política estava presente e com ainda mais potência, já que o período da pesquisa de campo coincidiu com o período das eleições estaduais e nacionais, convidando as usuárias para atuação frente a defesa ao SUS e aos Direitos Humanos.

O CAPS se mostrou enquanto um instrumento importante na garantia de alguns dos direitos reprodutivos, apesar de ainda precisar se atualizar em relação a PNS LGBT e na PEVCM. Sendo apontada por profissionais a necessidade de uma formação continuada acerca dessa temática. Em que o número de usuárias LBT ainda é subnotificado e o CAPS aparece enquanto cenário de situações de LGBTfobia.

É relatada uma defasagem de uma formação continuada sobre sexualidade para a equipe toda e não somente para técnicos/as de referência ou um espaço de

supervisão em que a equipe possa perceber e descristalizar algumas práticas. A atuação profissional tem impactos dúbios – ora se apresenta enquanto negativo, ora como positivo, a depender do contexto – nas vivências das sexualidades internas e externas ao serviço, mesmo com as usuárias pontuando que não conversam muito com a equipe sobre.

As usuárias demonstram conhecimento acerca dos métodos contraceptivos, mas a maioria delas não incorpora o uso em suas práticas. Há distribuições deste insumo no serviço e são citadas ações de testagens rápidas articuladas com outros serviços da rede. O contexto do serviço aparece enquanto não permissivo para paqueras e namoros, mas as usuárias as vezes subvertem essa norma e apresentam romances clandestinos.

A sexualidade feminina aparece subsidiada a reprodução sendo mais facilmente abordada e citada quando aparece no contexto do casamento, heterossexual e pela ótica da monogamia. Os temas ligados a sexualidade nos espaços coletivos são avaliados por profissionais e localizado muitas vezes na esfera do sintoma psiquiátrico ou da prevenção sexual.

Os temas relacionados à violência de gênero, diversidade sexual e exercício de práticas sexuais são os que aparecem com maior urgência de serem aprofundados no serviço. A possibilidade de realizações de grupos específicos de mulheres e de homens aparece enquanto saída para que o tema tenha uma maior abertura e profundidade e que atenuie as relações de gênero presente no grupo. Também é apontada a indispensabilidade de reflexionar a sexualidade para além da prevenção de doenças ou dentro de um quadro de sintomas. Enxergando as práticas afetivas-sexuais enquanto produtoras e impulsionadoras da saúde, pensando saúde mental também para além de uma oposição binária de saúde e doença, mas alinhada a projetos de felicidades (AYRES, 2007).

O grande desafio que essa pesquisa me colocou foi ao pensar a sexualidade e o curso de vida das mulheres usuárias e me deparar com o resultado de que o início das vivências sexuais eram marcadas pelo estigma e pela violência, ou seja, as primeiras experimentações sexuais eram em contextos abusivos o que desmente a ideia da existência de trajetória universal conduzida pelo consentimento e pelo desejo (ALMEIDA, 2003). Compreendi então que as mulheres tinham necessidades

de falar sobre os seus relacionamentos afetivos, sobre seus pesos, sobre aquilo que dói e que quer ser reconstruído. Tornou-se nítido então que falar de sexualidade nem sempre é confortável, prazeroso, as vezes dá enjoo e repulsa. Mas se pretendesse de alguma maneira ecoar (SPIVAK, 2010) as vozes dessas mulheres eu precisaria falar também sobre os abusos sofridos e a partir da (re)visita ao diário de campo encontrei frases que escrevi como “*Sempre sinto um embrulho no estômago.*” Evitei em algumas situações o tema, e sempre me questionava depois se estava poupando a usuária de falar de uma experiência traumática ou se eu estava poupando a mim mesma, a minha saúde mental de pesquisadora ao ignorar esse tema. Em diálogo com profissionais, fica evidente como o tema tem complexidade e como a própria equipe tem dificuldades em traçar estratégias de enfrentamento e de ter conhecimento das leis e das políticas públicas referentes ao tema (PEDROSA; ZANELLO, 2017; SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 1999) mesmo que o serviço exerça um lugar de suma importância na nomeação e no encaminhamento da usuária que sofreu violência para serviços especializados (OMS, 2010). Enquanto estratégia de intervenção citada é o encorajamento para a denúncia. A discussão então caminha por três pontos a) Descrédito e diagnóstico; b) Contexto da violência; c) Rede de apoio;

Foi possível reiterar que os cursos de vida (ELDER, 1998) e as experiências das usuárias são afetados por uma teia contextual que envolve questões sociais, políticas, econômicas e familiares. Durante as entrevistas foram compartilhadas histórias de desamor, em sua maioria, histórias de violência sexual. Essas histórias mobilizavam afetos, e roubavam a cena de outras histórias de prazer e desejo. Outra característica observada nos cursos de vida das usuárias foi a busca pela parceria ideal que refere-se a uma busca guiada pelas referências do amor romântico (NEVES, 2007; MINAYO, ASSIS, NJAINE, 2011).

Entre as categorias de desigualdades que emergiram no campo foi a articulação entre sexualidade, diagnóstico psiquiátrico e gênero, que se apresentou enquanto produtora de violências específicas e em quanto possibilidade de agravamentos de quadros de sofrimentos psíquicos. Mesmo neste contexto, as

mulheres se apresentam enquanto questionadoras sujeitas políticas ativas, que em algumas situações transgridem normas sociais e de gênero.

Cabe destacar que esta pesquisa refere-se a apenas um recorte do cotidiano do CAPS em relação a essa temática. Os temas abordados de saúde mental, gênero e sexualidade localizam-se a partir de construções históricas e sociais carregadas de sentidos e afetos que estão em constante mudança e em disputa no campo político.

A área pesquisada apresenta-se enquanto um terreno fértil para a realização de outras pesquisas que somem-se a esta, para ser possível amenizar a carência de estudos e contribuir para a ampliação dos olhares sobre a sexualidade e sobre os serviços de saúde mental. Como toda pesquisa, esses escritos apresentam algumas limitações, algumas em relação ao não aprofundamento em questões específicas como as de classe e raça. Esse não aprofundamento foi decorrente da dificuldade das usuárias e profissionais se reconhecerem enquanto pessoas negras. Uma segunda limitação refere-se ao número de entrevistas realizadas, visto que foi realizado um número menor do que o esperado devido as particularidades do campo de pesquisa.

Por fim, anseio que esta pesquisa auxilie a planejar intervenções no campo e que indiretamente contribua para (re)pensarmos estratégias de fortalecimento e cuidado das usuárias contribuindo para a redução dos comportamentos discriminatórios, bem como de reforçar a necessidade de políticas mais direcionadas para esse público.

Tomando como bases o campo dos DS/DR e o da saúde mental após a RP, podemos afirmar que esta pesquisa se enraíza em problemas sociais, como o processo de estigmatização social persistente na sociedade que articulado com o tabu social – que circunscreve os temas relacionados a sexualidade, apresenta-se enquanto um obstáculo na promoção de saúde sexual nos serviços de saúde mental. Se faz necessário enxergar a pessoa em sofrimento psíquico enquanto um sujeito portador de direitos que precisam ser garantidos para que seja possível um exercício da sexualidade e da reprodução saudável, responsável e livre.

Esta dissertação teve como objetivo compreender as experiências relacionadas com sexualidade de mulheres usuárias de um serviço de saúde mental,

localizado na região metropolitana da cidade de Recife, Pernambuco. E através dos objetivos específicos pretendeu descrever como o tema da sexualidade se apresenta no serviço, juntamente a atuação profissional. Em seguida, identificar e analisar as categorias sociais que articulam-se com a sexualidade, analisar o curso de vida sexual das usuárias e as implicações do sofrimento psíquico nele, e do contexto de cuidado dos/as profissionais no exercício da sexualidade.

Para tal, nos guiamos por uma base metodológica de natureza qualitativa, a escrita e a prática foram inspiradas pela epistemologia crítica do feminismo descolonial e pela etnografia. Para a construção do delineamento da pesquisa foi optado utilizar duas estratégias metodológicas: (a) observação participante e (b) realização de entrevistas com profissionais e usuárias;

Nesta pesquisa não houve a ambição de comprovar a veracidade das histórias contadas e dos diálogos presenciados em contexto de pesquisa. Algumas usuárias devido ao seu quadro clínico podem apresentar conteúdos delirantes, mas ao nos guiarmos ao pensar as experiências dessas mulheres, acreditamos que essas também acontece no plano subjetivo e que o conteúdo que molda o repertório sexual também é fértil para pensarmos questões sociais e políticas. Também, ao pesquisarmos dentro do campo teórico da sexualidade passamos a valorizar conteúdos como os desejos, fantasias, práticas como sendo importantes dimensões da sexualidade. A realidade psíquica também é uma expressão da realidade objetiva que cria fantasias a partir de repertórios e *scripts* sociais.

Abordar a temática da sexualidade em um serviço de saúde mental foi desafiante em decorrência da pluralidade de ramificações que o assunto possui. Sendo por si só um conteúdo duplamente silenciado e estigmatizado, devido ao encontro dos tabus que circundam os conteúdos da sexualidade com os estigmas em relação ao sofrimento psíquico ainda presentes no imaginário social. Esse campo das práticas afetivas-sexuais ainda é pouco explorado no serviço de saúde mental e no cotidiano dessas mulheres para além do olhar biomédico, da prevenção e dos cuidados clínicos.

REFERÊNCIAS

ALCOFF, L.M. **An epistemology for the next revolution**. Transmodernity: Journal of Peripheral Cultural Production of the Luso-Hispanic World, v. 1, n. 2, 2011, p. 67-78.

ALMEIDA, M. V. **Antropologia e sexualidade. Consensos e conflitos teóricos em perspectiva histórica**. In: Fonseca, L.; Soares, C.; Vaz, J. M. (Org.). A sexologia, perspectiva multidisciplinar. v. 2, Coimbra: Quarteto, 2003. p. 53-72.

ALMEIDA-FILHO, N; COELHO, M.T.A; PERES, M.F.T. **O conceito de saúde mental**. REVISTA USP, São Paulo, n.43, p. 100-125, 1999

ALMEIDA-FILHO, N; PAIM, J. Conceitos de saúde: atualização do debate teórico-metodológico. In: PAIM, J; ALMEIDA-FILHO, N (orgs) Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Medbook, 2014.

AMADO, J.S. **A técnica de Análise de Conteúdo**. Revista Referência, n. 5, Novembro, 2000.

AMARANTE, P. **Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado**. In: GIOVANELLA, L. et al (orgs) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 3 ed. 2007

_____. **Teoria e crítica em saúde mental: Textos selecionados**.- 1 ed. São Paulo: Zagodoni, 2015.

ANDRADE, C.D. **Fala, amendoeira**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012

AYRES, J.R. **Uma concepção hermenêutica de saúde**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1), 2007.

BARATA, R.B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde?** . Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BARBOSA, J. A. G ; FREITAS, M. I.F . **Vulnerabilidade em face das infecções sexualmente transmissíveis e Hiv/Aids nos roteiros sexuais de mulheres com transtornos mentais**. remE – Rev. Min. Enferm.;15(2): 217-224, abr./jun., 2011.

BARBOSA, J. A. G.; GUIMARÃES M. D. C.; FREITAS, M. I. F. **Violência sexual: narrativas de mulheres com transtornos mentais no Brasil.** Rev Panam Salud Publica vol.37 n.4-5. 2015

BARBOSA, J. A. G.; SOUZA, M. C. M. R.; FREITAS, M. I. F. **A abordagem da sexualidade como aspecto essencial da atenção integral de pessoas com transtornos mentais.** Ciência & Saúde Coletiva, 20(7), 2165-2172. 2015

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa, Portugal. Edições 70, 1977

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Garamond Universitária. 2005

BASTITELLA, C. **Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica.** In: FONSECA, A.F. (org). O território e o processo saúde-doença. (Coleção Educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde) Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BERER, M. **Dupla proteção: mais necessária do que praticada e compreendida.** Questões de saúde reprodutiva, Rio de Janeiro, n 2 , julho. 2007. p 23 - 33

BERNARDINO-COSTA , J. GROSGOUEL, R. **Decolonialidade e perspectiva negra.**Revista Sociedade e Estado – Volume 31 Número 1, 2016

BONETTI, A. FLEISCHER, S. **Diário de campo. (Sempre) um experimento etnográfico-literário?** In: ENTRE SAIAS JUSTAS E JOGOS DE CINTURA: Gênero e etnografia na antropologia brasileira recente. Org: BONETTI, A. FLEISCHER, S. Porto Alegre, 2006 p 6 -30

BRAH, A. **Difference, Diversity, Differentiation.** In: BRAH, Avtar. Cartographies of Diaspora: Contesting Identities. Longon/New York, Routledge, 1996, capítulo 5, pp.95-127.

BRÁS, M.A.M. **Masturbação, uma expressão normal da sexualidade na adolescência, a óptica dos enfermeiros dos CSP.**Revista de Psicologia: International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD, Badajoz, v. 1, n. 1, p.591-598, jan. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 06 abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Brasília, DF, 2001.

_____.Ministério da Saúde. **NOTA TÉCNICA No 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS.** Brasília, DF, 2019.

_____.Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral a População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis.** Brasília, DF, 2011.

_____. .Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília, DF, 12 dez. 2012.

BRAUN, V. ; CLARKE, V. **Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3** (2). 2006 . pp. 77-101

BREAKWELL, G. M. **Métodos de Entrevistas.** In: BREAKWELL, G. M. et al. Métodos de pesquisa em psicologia. 3. ed. Porto Alegre: Artmed. 2010. p 238-257

BREAKWELL; G.M; ROSE, D. **Teoria, Método e Delineamento de pesquisa.** In: BREAKWELL, G. M. et al. Métodos de pesquisa em psicologia. 3. ed. Porto Alegre: Artmed. 2010. p 22-41

BRITO, P. F; OLIVEIRA, C. C. **A sexualidade negada do doente mental: percepções da sexualidade do portador de doença mental por profissionais de saúde.**Ciências & Cognição 2009; Vol 14 (1): 246-2542009

CAMPOS. I ;ZANELLO, V. **Sofrimento psíquico, gênero e violência: narrativas de mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial (Caps II) .** In: Mulheres e violências: interseccionalidades / Org. Cristina Stevens, Susane Oliveira, Valeska Zanello, Edlene Silva, Cristiane Portela,.Brasília, DF : Technopolitik, 2017. p 505 - 522

CARVALHO, J.J. **O OLHAR ETNOGRÁFICO E A VOZ SUBALTERNA.** Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 4, n. 8, 1998. p. 182 – 198

GEERTZ,C.**A interpretação das culturas.** - l.ed., IS.reimpr. - Rio de Janeiro: LTC, 2008.

COHEN, S.; KUHN, K. U.; BENDER, S.; ERFURTH, A.; GASTPAR, M.; MURAFI, A; HUBER, T. J. **Sexual impairment in psychiatric inpatients: Focus on depression. Pharmacopsychiatry, 40**(2), 2007 . 58-63.

CORRÊA, S; PETCHESKY, R. **Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma Perspectiva Feminista.** Saúde Coletiva: PHYSIS, Rio de Janeiro, v. 1/2, n. 6, 1996. p.147-177

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa.** In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Orgs.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. P.15-41

DIAS, M. **A pesquisa tem “mironga”: Notas etnográficas sobre o fazer etnográfico.** In: ENTRE SAIAS JUSTAS E JOGOS DE CINTURA: Gênero e

etnografia na antropologia brasileira recente. Org: BONETTI, A. FLEISCHER, S. Porto Alegre, 2006 p 54 - 68

DILLON, G; HUSSAIN, R.; LOXTON, D.; RAHMAN, S. **Mental and physical health and intimate partner violence against women: a review of literature**. International Journal of Family Medicine, 2013, 1-15.

DIMENSTEIN, M. **A psicologia no campo da saúde mental**. In: OLIVEIRA, I. F; YAMAMOTO, O.H. Psicologia e políticas sociais: temas em debate. Belém: Editora UFPA, 2014.

DRUMMOND DE ANDRADE, C. **Fala, amendoeira**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

ELDER, G. **The life course as developmental theory**. Child development, 1998. v. 69, n.1, p. 1-12.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. **Espaço, território e saúde: CONTRIBUIÇÕES DE MILTON SANTOS PARA O TEMA DA GEOGRAFIA DA SAÚDE NO BRASIL**. 32 R. RAÍE GA, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. Editora UFPR

FINE, M., WEIS, L. WEESEN; S, WONG, L. Para quem? Pesquisa qualitativa, representação e responsabilidade social. In: N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.). **O planejamento da pesquisa qualitativa teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, p. 115-139, 2006.

FONSECA, C. **Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares** - 2.ed. - Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1**. Ed. Graal – Rio de Janeiro, 1999.

_____. **História da loucura**. Ed. Perspectiva - São Paulo, 2017.

FRANCISCO, EL HOMBRE. **Triste, louca ou má**. São Paulo. Soltasbruxas. 2016 (4:25)

FURTADO, J.P; ODA, W.Y; BORYSOW, I.G; KAPP, S. **A concepção de território na Saúde Mental**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(9):e00059116, set, 2016

GARCIA, C. C. **Ovelhas na névoa: um estudo sobre as mulheres e a loucura**. Rio de Janeiro: Record; Rosa dos Tempos, 1995.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes (Trad.). Rio de Janeiro: LTC, 1975.

_____. **Manicômios, prisões e conventos**. 2 ed. São Paulo: Perspectiva, 2008

GRAUPEN, A. **Práticas discursivas sobre sexualidade e religião de mulheres e homens com diagnóstico de esquizofrenia**. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 111 f 2011.

GUEDES, T.G MOURA, E.R.F; ALMEIDA, P.C. **Particularidades do planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental**. Rev Latino Am Enferm. 2009;17(5):639-44.

GUIMARÃES, M.D.C; CAMPOS, L.N; MELO, A.P.S; CARMO, R.A; MACHADO, C.J; ACURCIO, F.A. **Prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and C among adults with mental illness: a multicenter study in Brazil**. Rev Bras Psiquiatr. 2009;31(1):43–7.

HARAWAY, D. **Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial**. Cadernos Pagu, n.5, 1995. p. 07-41

CERQUEIRA, D.; FERREIRA, H.;LIMA, S.;BUENO, S.;HANASHIRO, O.;BATISTA, F. NICOLATO, P. **Atlas da Violência 2016**. IPEA – Instituto de Pesquisa Economica Aplicada , Brasília, 2016.

KALCKMANN, S. **Preservativo Feminino e Dupla Proteção: Desafios para os Serviços Especializados às DSTs e Aids**. Temas em Psicologia – 2013, Vol. 21, nº 3, 1145-1157

KAUR, R. **Outros jeitos de usar a boca**. tradução: Ana. Guadalupe. 1. ed. – São Paulo: Planeta, 2017.

LOURO, G. L. **Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer**. Belo Horizonte; Autêntica, 2015.

LUGONES, M. **Rumo a um feminismo descolonial**. Estudos Feministas. Florianopolis. Set/ Dez. 2014. p 935-952

MACHADO, M.H. **Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico**. In: Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995, pp. 13-33.

MÃE, V. H. **O paraíso são os outros**. 2 ed, Rio de Janeiro: Biblioteca Azul, 2018

MATTOS, CLG. **A abordagem etnográfica na investigação científica**. In MATTOS, CLG., and CASTRO, PA., orgs. Etnografia e educação: conceitos e usos. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 49-83.

MELO, A. P. S.; ACURCIO, F. A.; CHERCHIGLIA, M. L.; VELOSO, C. C. G., ; GUIMARÃES, M. D. C. **Projeto PESSOAS – avaliação de serviços de saúde mental na assistência e prevenção às infecções sexualmente transmissíveis**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional

de DST e AIDS, Prevenção e atenção às IST/AIDS na saúde mental no Brasil: análises, desafios e perspectivas (pp. 71-83). 2008. Brasília: Ministério da Saúde.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G; NJAINE, K. **Amor e violência: um paradoxo das relações de namoro e do ‘ficar’ entre jovens brasileiros**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2011. 236 p.

MIRANDA, F.A.N; FUREGATO A.R.F, AZEVEDO D. M. **Práticas discursivas e o silenciamento do doente mental**. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 mar; 12 (1): 136 – 42.

MIRANDA, F.A.N; FUREGATO A.R.F. **Percepções da sexualidade do doente mental pelo enfermeiro**. Rev Latino-am Enfermagem; 10(2):207-13. 2002

MOLL, M.F; SAEKI, T. **A vida social de pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia, usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial**. Rev Latino-am de Enfermagem , Ribeirão Preto, v. 17, p 95-100, nov/dez 2009

MOURA, E.; GUEDES, T.; FREIRE, S.; BESSA, A.; BRAGA, V.; SILVA, R. **Planejamento familiar de mulheres com transtorno mental: o que profissionais do CAPS têm a dizer**. Revista Da Escola De Enfermagem Da USP, 2012.46(4), 935-943

NARVAZ, M. G. ; KOLLER, S. H. **Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa clínica e política**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 3, p. 647-654, dez 2006.

NEVES, A. S. A. **As mulheres e os discursos *genderizados* sobre o amor: a caminho do “amor confluyente” ou o retorno ao mito do “amor romântico”?**. Estudos Feministas, Florianópolis, 15(3): 609-627, 2007

OLIVEIRA, N.E; JORGE, M,S,B. **Violência contra a mulher : Sofrimento psíquico e adoecimento mental**. Rev. RENE. Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 93-100, maio./ago.2007

PAIVA, V. **A psicologia redescobrirá a sexualidade?**. Psicol. estud.[online]. 2008, vol.13, n.4, pp.641-651

PARKER, R. **Intersecções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública Mundial**. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. Estigma e Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p.25-46. 2013.

PAULA, C. **Perfil Epidemiológico dos Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na Cidade de Recife**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, V. 2, n.4-5, p.94 - 105 95, 2010

PEDROSA, M; ZANELLO, V. **(In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental**. Psicologia: Teoria e Pesquisa Vol. 32 n..2016. esp., pp. 1-8

PERNAMBUCO. Secretária de Saúde. **Política Estadual de Saúde Mental de Pernambuco**. Recife, PE, 2018

PERREIRA, M.O; PASSOS, R.G. **Luta antimanicomial, feminismos e interseccionalidade: Notas para o debate**. In: Luta Antimanicomial e Feminismos: Discussões de Gênero, Raça e Classe. Org. Melissa de Oliveira Perreira, Rachel Gouveia Passos. -1 ed. Rio de Janeiro, Autografia, 2017 p 25 – 51

PRECIADO, B. **Manifesto contrassexual**. 1. Ed. São Paulo: n-1 edições, 2015.

QUIJANO, A. **Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina**. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires, 2005.

RÉGIS, H.C.B. **Mulheres com deficiência intelectual e a esterilização involuntária: De quem é esse corpo?**. Dissertação (mestrado) – UFSC; Programa de Pós Graduação em Psicologia, 2013.

RICH, A. **Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence**. In: GELP, Barbara C. & GELP, Albert (editores). Adrienne Rich's Poetry and Prose. New York/London: W.W. Norton & Company, 1993.

RIOS, L. F. **O FEITIÇO DE EXU : Um estudo comparativo sobre parcerias e práticas homossexuais entre jovens candomblesustas e/ou integrantes da comunidade entendida do Rio de Janeiro**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004.

RUBIN, G. **Thinking Sex: Notes for a Radical Theory of the Politics of Sexuality**. In: Deviations: A Gayle Rubin reader. Duke University Presse. Durham & London, 2011

SANTOS, B. S. **O futuro do Fórum Social Mundial: O trabalho da tradução**. OSAL, Ano V nº 15 . Setembro – Dezembro, 2004.

_____. **Para além do Pensamento Abissal: Das linhas globais a uma ecologia de saberes**. Revista Crítica de Ciências Sociais, 78, Outubro 2007: 3-46

SARDENBERG, C. M. B. **Da Crítica Feminista à Ciência a uma Ciência Feminista?**. In: COSTA, A.A.A. e SARDENBERG, C.M.B. (Orgs.) Feminismo, Ciência e Tecnologia. Coleção Bahianas, V.8. Salvador: REDOR/NEIM-FFCH/UFBA, 2002.

SCOTT, J. **Experiência**. In: SILVA, A. L.; LAGO, M. C. S.; RAMOS, T. R. O. (Orgs.). Falas de Gênero. Santa Catarina: Editora Mulheres, 1999. Disponível em: <http://historiacultural.mpbnet.com.br/feminismo/Joan_Scott-Experiencia.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2019. p. 1-23.

_____. **Gender: a useful category of historical analyses.** Gender and the politics of history. New York, Columbia University Press. 1989.

SENA-LEAL, M, D. **Para não deixar a casa cair!: curso de vida, experiência e implicação nas práticas de cuidado profissional com usuários/as de drogas de um Centro de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana do Recife.** Tese de doutorado, Programa de Pós Graduação em Psicologia, UFPE – Recife, 2016. 225 f. : il. ; 30 cm.

SZASZ, I. **El discurso de las ciencias sociales sobre las sexualidades.** In: CÁCERES, Carlos F.; FRASCA, Timothy; PECHENY, Mario; TERTO JUNIOR, Veriano (Orgs.). Ciudadania sexual en América Latina: abriendo el debate. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2004. p. 65-75.

SILVEIRA, N. **Imagens do inconsciente**, 3 ed. editora Alhambra, Rio de Janeiro, 1981.

SÍVERES, L. SANTOS, J.R.S. O conhecimento como princípio da colonialidade e da solidariedade. Conjectura: Filos. Educ., Caxias do Sul, v. 18, n. 3, p. 124-137, set./dez. 2013

SPIVAK, G. C. **Pode o subalterno falar?** Belo Horizonte, Editora da UFMG, 2010.

VANCE, C. **Placer y peligro.** Explorando la sexualidad femenina. 2ª. ed. Madrid: Talasa Ediciones, 1989.

YAMAMOTO, O.H. **50 Anos de profissão: responsabilidade social ou projeto ético-político?** Psicologia: ciência e profissão, 32 (num. esp.), 2012.

ZANELLO, V. **Saúde Mental, Gênero e Dispositivos. Cultura e Processos de Subjetivação, Brasília,** Appris; Edição: 1ª 2018

ZANELLO, V; COSTA E SILVA, R.M. **Saúde mental, gênero e violência estrutural.** Revista Bioética. v .20. 2012 , p. 267 – 269

ZANELLO, V; FIUZA. G; COSTA, H.S .**Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico.** Revista de Psicologia, v. 27, n. 3, set.-dez. 2015 p. 238-24

ZILIOOTTO, G. C. ; MARCOLAN, J. F. **Representações sociais da enfermagem: a sexualidade de portadores de transtornos mentais.** Revista Mineira de Enfermagem, 2014 . 18(4), 966-972.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIAS

ROTEIRO DE ENTREVISTA BIOGRÁFICA Dados de Identificação

Nome:	
Idade:	
Sexo:	
Raça (pessoa):	
Estado Civil:	
Escolaridade:	
Renda:	
Profissão:	
Religião:	
Endereço:	
Fone:	
E-mail:	

OBSERVAÇÃO GERAL:

1. Tentar o máximo possível relançar, na hora da entrevista, as questões vividas com a entrevistada durante a observação. Sobretudo quando achar que a prática e o discurso estão incongruentes; ou quando a entrevistada tiver dificuldade em discursar sobre alguma das questões, como uma espécie de por exemplo do que estamos querendo que ela fale. Entretanto, tentar fazer a coisa de modo que o confronto não fique aparente – ser sutil.
2. O vocabulário deve ser o mais próximo da linguagem presenciada e aprendida durante as observações.

A entrevista contará com três blocos temáticos: a) contexto familiar; b) sofrimento psíquico/chegada ao serviço e c) trajetória afetiva-sexual.

PRIMEIRA PARTE: CONTEXTO FAMILIAR

1. Contexto familiar (com quem mora, como é morar nesse lugar, perfis de cada um dos integrantes da família e tipo de relação que estabelecem).
2. Como a família lida com questões de sexualidade? Essas pessoas têm Religião? Qual/quais?

SEGUNDA PARTE: O ADOECIMENTO E A CHEGADA AO SERVIÇO

1. Informações clínicas sobre o adoecimento (quando se iniciou o adoecimento psíquico, queixas, diagnóstico, histórico do adoecimento)
2. Chegada ao serviço (quando foi, como se sentiu, e hoje como se sente? O que acha do serviço? O que mais gosta e o que menos gosta? Tem alguma atividade preferida? Conheceu pessoas/fez amizades no serviço?

TERCEIRA PARTE: TRAJETÓRIA AFETIVA-SEXUAL

1. *Sugestão para introduzir a discussão em torno da trajetória propriamente dita:* Eu gostaria de tentar recuperar contigo a tua história de vida focando no fato de você sentir-se sexualmente atraída por outras pessoas, digamos, a tua história de namoros, paqueras, transas, desde o primeiro momento.. Para facilitar a gente pode ir conversando a partir da ideia de fases da vida:

1. na infância
2. na adolescência
3. na juventude
4. na adultez
5. na maturidade
6. hoje

Para cada fase, pedir cenas (acontecimentos importantes, que guarda na lembrança).

Observações gerais

Em cada Cena investigar (pode sugerir a metáfora da novela/roteirista)

- Onde aconteceu – tentar conseguir uma descrição o mais detalhada possível do local: decoração, tipos de pessoas que frequentam, horário, dia da semana, familiaridade ou não com o local;
- O que acontecia no lugar (havia mais pessoas, quem, que tipo de interação se estabelecia entre as pessoas no momento);
- Como se deu;

- Quem participou e como eram (tipo físico, sexo-gênero, idade, altura, peso, etc.);
- Tentar captar os valores para os acontecimentos
- Para cada cena: passar por todos os pontos do roteiro. Tentar recuperar o máximo de cenas;
- Permitir pequenas fugas (talvez até estimular) no sentido de localizar a cena em relação ao que mais acontecia na vida da entrevistada naquele momento;
- Tentar conservar uma perspectiva temporal;
- Tentar apreender a lógica dos acontecimentos.

Tentar explorar quando tiver oportunidade:

1. Papel dos/das parceiros/as
2. Sexualidade no serviço de saúde mental
3. Prazer e desejo
4. Primeira transa/ virgindade
5. Acesso a informações e Prevenção sexual
6. Noções do próprio corpo

TERCEIRA PARTE: FINALIZAÇÃO

1. Agradecer. Perguntar se quer dizer mais alguma coisa. Perguntar se, caso necessite de mais algumas conversas, se a entrevistada poderia. Depois da resposta, desligar o gravador. Caso o interlocutor fale mais alguma coisa, não ligar o gravador, mas as informações devem ser anotadas logo que a entrevistadora esteja sozinha, e devem ir junto à transcrição da entrevista.
2. Junto à transcrição deve seguir um pequeno relato sobre as condições da entrevista (onde, quando, quem mais estava presente etc) e o clima em que transcorreu.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS

ROTEIRO DE ENTREVISTA PROFISSIONAL

Dados de Identificação

Nome:	
Idade:	
Sexo:	
Gênero:	
Raça (pessoa):	
Estado Civil:	
Escolaridade:	
Renda:	
Profissão:	
Religião:	
Endereço:	
Fone:	
E-mail:	

OBSERVAÇÃO GERAL:

1. Tentar o máximo possível relançar, na hora da entrevista, as questões vividas com a/o entrevistada/o durante a observação. Sobretudo quando achar que a prática e o discurso estão incongruentes; ou quando o/a entrevistado/a tiver dificuldade em discursar sobre alguma das questões, como uma espécie de por exemplo do que estamos querendo que ele/a fale. Entretanto, tentar fazer a coisa de modo que o confronto não fique aparente – ser sutil.
2. O vocabulário deve ser o mais próximo da linguagem presenciada e aprendida durante as observações.

A entrevista contará com dois blocos temáticos: a) trajetória profissional e b) sexualidade no serviço e perfil de usuárias.

PRIMEIRA PARTE: Trajetória profissional

1. Qual função você exerce aqui no serviço?
2. Quais são os/as profissionais que atuam aqui?
3. Qual é a sua formação?
4. Em que instituição e em que ano concluiu essa formação?
5. Você já trabalhou em outro espaço de saúde mental? Qual a sua experiência na área?
6. Durante a sua formação foram abordados temas relacionados a sexualidade?

SEGUNDA PARTE: Sexualidade no serviço e perfil de usuárias

1. Há maioria de mulheres ou homens aqui no serviço? Porque você acha que esse público é maioria? Qual o diagnóstico/ queixa mais presente nas mulheres usuárias?
2. Se possível, gostaria que você falasse um pouco sobre a sua relação com as usuárias..Você presenciou algumas práticas afetivas-sexuais protagonizadas por elas aqui no serviço? Namoros, paqueras? Se sim, o que os/as profissionais fazem? Qual a sua reação? O que você acha delas vivenciarem a sexualidade aqui no serviço?
3. Você já presenciou algum episódio de prática masturbatória aqui no serviço? Se sim, como reagiu?
4. Existem mulheres lésbicas e bissexuais no serviço? E mulheres trans?
5. Atualmente, tem alguma atividade específica para as mulheres? E sobre sexualidade?
6. Alguma usuária te procurou para conversar sobre sexualidade ou prevenção sexual? Você se sentiu preparada/o para falar sobre esse tema? Se não, porque?
7. Vocês já tiveram casos de mulheres com HIV aqui no serviço? Como vocês reagem? E de mulheres que sofreram abuso sexual?
8. Você sabe de alguma campanha atualmente para esse público? Você conhece alguma política que trate dos direitos sexuais e direitos reprodutivos dessas usuárias?

TERCEIRA PARTE: FINALIZAÇÃO

1. Agradecer. Perguntar se quer dizer mais alguma coisa. Perguntar se, caso necessite de mais algumas conversas, se o entrevistado/a poderia. Depois da resposta, desligar o gravador. Caso o interlocutor fale mais alguma coisa, não ligar o gravador, mas as informações devem ser anotadas logo que o entrevistador esteja sozinho, e devem ir junto à transcrição da entrevista.

2. Junto à transcrição deve seguir um pequeno relato sobre as condições da entrevista (onde, quando, quem mais estava presente etc) e o clima em que transcorreu.

APÊNDICE C - TCLE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS - CFCH
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada “Produções de sentidos sobre sexualidade com mulheres usuárias de um serviço de saúde mental”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Jucinara Rodrigues Bezerra, residente na Avenida Governador Carlos de Lima Cavalcante, 3045, apt. 402, Olinda e CEP 53040-000, que pode ser contatada a através do telefone (81) 98495-2106/90909849521-06 e pelo e-mail jucinara.brodrigues@gmail.com. e está sob a orientação do Prof. Dr. Luís Felipe Rios, com telefone (81) 2126.8270 e e-mail lfelipe.rios@gmail.com.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com a responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concordar com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com a pesquisadora responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O objetivo desta pesquisa é compreender os sentidos produzidos sobre sexualidade pelas mulheres usuárias de um serviço de saúde mental localizado na região metropolitana do Recife. Para tanto, caso deseje, você participará de uma entrevista semiestruturada (para as usuárias) ou estruturada (para profissionais) que será realizada em apenas um encontro em uma sala do serviço, local tranquilo e silencioso, sendo realizadas de acordo com sua disponibilidade. O conteúdo da entrevista será gravado com um gravador de voz para garantir que a transcrição desta seja fidedigna às falas das pessoas entrevistadas. As informações desta pesquisa serão confidências e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos/as voluntários/as, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos/das voluntários/as, a não ser entre os/as responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nas gravações e, posterior transcrições, ficarão armazenados em pastas e armários com chave sob a responsabilidade da pesquisadora em Avenida Governador Carlos de Lima Cavalcante, 3045, apt. 402 no Bairro de Casa Caiada no município de Olinda, pelo período de mínimo 5 anos.

É importante ressaltar que enquanto benefícios de participar desta pesquisa, é que a mesma possibilitará a discussão de um tema relevante como é o da sexualidade das mulheres usuárias de um serviço de saúde mental. A pesquisa permitirá a você e a outros/as voluntários/as a refletirem sobre temas importantes e de forma indireta auxiliarem a pensar novas propostas de intervenções. A pesquisa apresenta riscos no sentido que as/os participantes podem vir a se sentir constrangidas/os diante do gravador ou de se emocionar durante a realização das entrevistas. Caso se sinta constrangido/a com as perguntas da entrevista poderá desistir a qualquer momento sem que isso cause nenhum dano para você. Neste caso, ainda, a fim de minimizar o possível mal-estar provocado pela entrevista, a pesquisadora compromete-se a encaminhá-lo(a) para o atendimento com alguma psicóloga presente no serviço ou em caso de profissionais para o Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), localizado na R. Acdo. Hélio Ramos - Várzea, Recife - PE, 50740-467 CEP e Tele fone (81) 2126-8731.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

(assinatura da pesquisadora)