

VULNERABILIDADE EM FACE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E HIV/AIDS NOS ROTEIROS SEXUAIS DE MULHERES COM TRANSTORNOS MENTAIS*

VULNERABILITY OF WOMEN WITH MENTAL DISORDERS TO SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS (STIS) AND HIV/AIDS

VULNERABILIDAD DE LAS MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL A INFECCIONES (STI) DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y AL VIH/SIDA

Jaqueline Almeida Guimarães Barbosa¹
Maria Imaculada de Fátima Freitas²

RESUMO

O propósito com este estudo é contribuir para avanços nas ações de promoção da saúde sexual de mulheres com transtornos mentais severos e persistentes, tendo em vista taxas elevadas de infecções sexualmente transmissíveis detectadas nessa população no Brasil. O objetivo foi analisar os roteiros sexuais vividos por essas mulheres a fim de compreender a influência da cultura sexual nas formas de pensar e viver sua sexualidade, bem como seus reflexos na vulnerabilidade em face dos agravos sexualmente transmissíveis. Foram realizadas entrevistas em profundidade com 17 mulheres com transtornos mentais severos e persistentes, analisadas por meio da análise estrutural de narração. A vivência da sexualidade se mostrou fortemente influenciada pelos cenários culturais, tendo sido observadas situações de vulnerabilidade decorrentes, principalmente, dos papéis atribuídos ao gênero. A vulnerabilidade mostrou-se agravada pelo contexto de exclusão social em que vive esse grupo populacional. Os achados mostram, também, a necessidade de considerar os aspectos socioculturais nas ações de promoção da saúde sexual e de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis para essa população, contribuindo para assegurar o princípio da integralidade e o direito de todos a uma assistência qualificada, que fundamentam o Sistema Único de Saúde do Brasil.

Palavras-chave: Sexualidade; Vulnerabilidade Social; Pessoas Mentalmente Doentes; Doenças Sexualmente Transmissíveis; Educação em Saúde; Enfermagem de Saúde Pública.

ABSTRACT

This study aims to make a contribution to actions of sexual health promotion in women with severe and persistent mental disorders considering the high rates of sexually transmitted infections in this population group. Its objective was to analyze these women's sexual habits in order to understand the influence of sexual culture in the way they live and think their sexuality as well as their vulnerability to sexually transmitted infections. In depth interviews were conducted with 17 women with severe and persistent mental illnesses. The interviews were later analyzed according to the structural analysis of narrative. The results demonstrated that the sexual experience was strongly influenced by cultural scenarios. Situations of vulnerability arose from an ascribed sexual role that was aggravated by the context of social exclusion experienced by the group. The study's findings demonstrate that social and cultural aspects should be considered in sexual health promotions as well as in preventive actions for that specific population group. Such actions would help to ensure the principle of integrity and totality and the right to a qualified care to all that are basic concepts of the Public Health System in Brazil.

Key words: Sexuality; Social Vulnerability; People Mentally Ill; Sexually Transmitted Diseases; Health Education; Public Health Nursing.

RESUMEN

Este estudio tiene la intención de contribuir a los avances en las acciones de promoción de la salud sexual de mujeres que sufren trastornos mentales severos y persistes considerando los altos índices de infecciones de transmisión sexual detectados en esta población. Su objetivo era analizar las costumbres sexuales de estas mujeres para entender la influencia de la cultura sexual en las formas de pensar y vivir la sexualidad y, asimismo, sus impactos en la vulnerabilidad debido a las infecciones de transmisión sexual. Fueron realizadas entrevistas en profundidad a 17 mujeres que sufren trastornos mentales severos y persistentes, analizadas por medio del análisis estructural de la narración. La experiencia de la sexualidad demostró tener mucha influencia de los ambientes culturales, habiéndose visto situaciones de vulnerabilidad resultantes, principalmente, de los roles atribuidos al género. La vulnerabilidad se mostró agravada por el contexto de exclusión social en el que vive este grupo de la población. Los resultados señalan también la necesidad de considerar los aspectos socioculturales en las acciones de promoción de la salud y prevención de las infecciones de transmisión sexual de esta población para contribuir a garantizar el principio de integralidad y el derecho de toda persona a la atención cualificada, bases del sistema de salud de Brasil.

Palabras clave: Sexualidad; Vulnerabilidad Social; Enfermos mentales; Enfermedades de transmisión sexual; Educación en Salud; Enfermería de Salud Pública.

* Este estudo faz parte do projeto "Pessoas" – Pesquisa de Soroprevalência da Infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em Instituições Públicas de Atenção em Saúde Mental: um estudo multicêntrico nacional –, que recebeu apoio do Programa Nacional de DST, aids e hepatites virais do Ministério da Saúde, financiado com recursos provenientes da UNESCO, nº 91BRA3014, além de apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Programa de Pesquisador Mineiro da Fundação Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

¹ Enfermeira. Aluna do Programa de Doutorado da Escola de Enfermagem da UFMG. Membro de Grupo de Pesquisa em Epidemiologia e Avaliação em Saúde (GPEAS).

² Enfermeira. Doutora em Ciências da Educação. Professora associada da Escola de Enfermagem da UFMG. Membro de grupo GPEAS. Coordenadora do eixo qualitativo do projeto "Pessoas".

Endereço para correspondência – Rua Antônio de Albuquerque, 1313/601 Bairro de Lourdes, Belo Horizonte-MG – CEP: 30112011. Email: jaqueline@task.com.br.

INTRODUÇÃO

A saúde sexual de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes não se mostra uma temática de grande investimento dos profissionais de saúde no Brasil, sendo essas pessoas vistas como “assexuadas” ou como se possuíssem uma sexualidade fora de controle que deva ser coibida.¹ Raros são os estudos realizados com essa população, essencialmente de cunho quantitativo.

No entanto, recente investigação realizada com mais de 2 mil pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, em 26 serviços de saúde mental em todo o território nacional,² apontou, de forma alarmante, comportamentos sexuais de risco, bem como altas taxas de IST e HIV/aids entre essas pessoas superiores àquelas da população em geral. O estudo mostrou, também, que apenas uma minoria dos serviços realiza ações de promoção da saúde sexual e disponibiliza preservativos para as pessoas sob seus cuidados.

Além disso, sabe-se que as ações de promoção da saúde sexual e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e HIV/aids, quando realizadas, consideram os comportamentos dos sujeitos como baseados puramente na racionalidade^{3,4}, desconsiderando o complexo e lento processo de aprendizagem sociocultural que modela as formas de pensar e agir no campo da sexualidade.^{5,7} A dimensão psicossocial das formas de se viver a sexualidade, componente da vulnerabilidade social⁸, não é incluída na elaboração de estratégias de promoção da saúde sexual, ficando essas ações com eficácia limitada.

Essa problemática é ainda mais complexa considerando o contexto em que vive essa população, caracterizado pela exclusão social, fruto do estigma e preconceitos persistentes na sociedade para com “os loucos”, o que dificulta ainda mais o autocuidado dessas pessoas. Assim, esse grupo não tem conseguido se proteger, estando exposto à contração de IST e HIV/AIDS, à gravidez não planejada, e a abuso e violência sexuais.

Desde 1970, a vivência da sexualidade tem sido entendida como se seguisse roteiros que ensinam como homens e mulheres devem se comportar sexualmente em determinados momentos. Aos roteiros é atribuída, inclusive, a escolha de quem serão os parceiros e a forma se relacionar com estes, o que se dá conforme as bases psicológicas e convenções sociais e sexuais partilhadas.⁷

Nesse sentido, mulheres sempre foram consideradas no imaginário social como menos expostas do que os homens às infecções sexualmente transmissíveis, porque menos afeitas a relações com multiparceiros, enquanto os homens se arriscam mais e são mais permissivos em sua sexualidade. Com o advento da aids e dados epidemiológicos mostrando taxas em elevação entre as mulheres brasileiras em geral, vale interrogar como elas vivem sua sexualidade e como se protegem das IST e HIV/AIDS. Com base no eixo quantitativo do Projeto “Pessoas” – Pesquisa de Soroprevalência da Infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em Instituições Públicas

de Atenção em Saúde Mental: um estudo multicêntrico nacional, realizado pelo grupo de pesquisa em epidemiologia e avaliação em serviços de saúde (GPEAS) –, que apresentou resultados de taxas mais elevadas desses agravos entre pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, acompanhadas em serviços públicos ambulatoriais e hospitalares, do que as taxas encontradas da população em geral, a interrogação anterior se explicitou como relevante, paralelamente àquelas relacionadas às formas de viver a sexualidade e os riscos entre as pessoas do sexo masculino. Neste estudo, o enfoque está, portanto, na análise sociológica das formas de viver a sexualidade e de se prevenir das ISTs e HIV/aids entre as mulheres com transtornos mentais.

O objetivo com este estudo foi analisar roteiros sexuais vividos por mulheres com transtornos mentais, a fim de compreender de que forma a cultura sexual orienta-lhes a forma de pensar e de agir na vivência da sexualidade, e seus reflexos na vulnerabilidade em face dos agravos sexualmente transmissíveis. O propósito é contribuir para a compreensão de aspectos socioculturais envolvidos nas atitudes dessas mulheres no que tange ao comportamento sexual delas, a fim de propiciar avanços nas ações de promoção da saúde sexual e em específico de prevenção das ISTs e HIV/aids nessa população, dada a gravidade dos danos que esses agravos podem ocasionar.

A análise de roteiros sexuais tem fornecido importantes contribuições para a compreensão do comportamento sexual em determinado contexto. Nesse referencial, parte-se do pressuposto de que a vivência da sexualidade não é um fenômeno universal e não resulta de um instinto; trata-se de uma atividade produzida pelas circunstâncias sociais e culturais, devendo as formas de pensar e agir dos sujeitos serem entendidas como fenômenos locais e com propósitos específicos de acordo com o contexto cultural e histórico particular.

A formação dos roteiros sexuais se dá em três níveis. O primeiro nível diz respeito aos *cenários culturais*, atrelados aos significados coletivos atribuídos à sexualidade. Aqui se encontram os valores sexuais dos sujeitos. O segundo nível, denominado *roteiros interpessoais*, funciona no nível da interação social e apresenta uma interface entre os cenários culturais e a vida psíquica; possibilitam que os sujeitos respondam diante de um comportamento de outros e a regras de conduta determinadas. A aceitação e a utilização de tais roteiros constituem a base de padrões contínuos de comportamento social estruturado, ou seja, o indivíduo é um “ator” que atende às expectativas de outras pessoas e norteia sua conduta levando em consideração a conduta alheia. O terceiro nível relaciona a constituição das características individuais do desejo das pessoas com suas experiências de vida e é denominado *roteiros intrapsíquicos*. Representam o conteúdo da vida mental, em parte, resultante do conteúdo dos cenários culturais e das demandas de interação e, em parte, independente desses. Ligar o significado (cultural) à ação (interação social) é algo do campo intrapsíquico⁷. É importante assinalar que não há um roteiro único

orientando as formas de agir, sendo possível a existência de diferentes roteiros dentro de um mesmo grupo, estando as variações relacionadas a fatores específicos do contexto. Neste estudo, foram focalizados os cenários culturais constituintes desses roteiros.

METODOLOGIA

Foram realizadas entrevistas abertas e em profundidade com 17 mulheres com transtornos mentais severos e persistentes, atendidas em serviços públicos de saúde mental. Solicitou-se às entrevistadas que falassem sobre sua vida sexual (início das atividades sexuais com parceiros, sobre eles, violência sexual, afeto, satisfação) e sobre as representações de IST e HIV/aids e maneiras de se proteger.

O número de participantes foi definido pela saturação dos dados, com análise inicial durante a coleta. As entrevistas foram coletadas em dois serviços ambulatoriais e dois hospitais psiquiátricos, situados nos Estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro, Brasil, participantes do Projeto "Pessoas".

O critério para participação no estudo foi estar fora de crise e em condições de participar da entrevista, com avaliação anterior dos profissionais do serviço. A seleção das participantes entre todas as que atendiam aos critérios deu-se de forma aleatória. As participantes eram encaminhadas para uma sala reservada para proteger a privacidade e, após os esclarecimentos acerca dos objetivos do estudo, da confidencialidade das informações, do direito de desistir da participação a qualquer momento sem nenhum prejuízo em seu tratamento, assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido.

A realização da pesquisa obteve aprovação em todas as instâncias exigidas, iniciando pelos centros participantes e em seguida, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) – Parecer ETIC 125/03 –, e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) – Parecer nº 592/2006.

A análise dos conteúdos das entrevistas fundamentou-se na proposta de análise estrutural de narração,⁹ com a técnica proposta por Blanchet.¹⁰ Essa foi realizada em três etapas. Na primeira etapa, fez-se leitura vertical, quando se buscou o sentido global de cada discurso. Em seguida, numa segunda etapa, realizou-se leitura horizontal, quando cada objeto da fala foi numerado em sequências, que em seguida foram reagrupados por temas tratados. Nesse momento, fez-se a reconstrução de cada entrevista considerando-se a cronologia das vivências sexuais e seus desdobramentos, o que resultou na elaboração da trajetória sexual de cada participante. Por meio da análise das trajetórias, foi possível identificar os roteiros seguidos pelas entrevistadas.

Posteriormente, na terceira etapa da análise, buscou-se encontrar o que foi comum e o que foi discordante no conjunto dos dados, numa leitura denominada transversal, o que corresponde, portanto, à análise comparativa das entrevistas, construindo-se as categorias correspondentes às trajetórias vividas pelas mulheres

tendo com centro a sexualidade. Em seguida, os resultados foram interpretados à luz da literatura e reflexão dos pesquisadores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pela análise dos resultados foram construídas três categorias que englobam as trajetórias de vida as participantes, com foco na sexualidade nos contextos culturais e históricos particulares: 1/ Contexto social; 2/ Entrada na vida sexual; 3/ A vivência sexual ao longo da vida, com destaque para situações de uso do sexo como negócio.

Contexto social das participantes

A faixa etária das 17 participantes variou entre 18 e 68 anos. Duas entrevistadas tinham entre 18 e 20 anos, três entre 21 e 30 anos, cinco entre 31 e 40 anos, quatro entre 41 e 50 anos e três, entre 50 e 68 anos. Nove delas estavam hospitalizadas e oito em atendimento ambulatorial. Três eram analfabetas, doze tinham ensino fundamental incompleto e somente duas tinham ensino fundamental completo. Seis delas afirmaram que nunca tinham trabalhado, cinco que eram do lar e seis relataram que tinham trabalhado como empregada doméstica, operária ou vendedora. Nenhuma delas trabalhava à época da entrevista. Somente seis relataram algum tipo de renda própria, proveniente de benefício ou aposentadoria, sendo as demais sustentadas por familiares ou dependentes de caridade alheia. A baixa escolaridade e a pobreza identificadas no grupo pesquisado corroboram os achados do eixo quantitativo do projeto "Pessoas". O estudo mostrou que 70% tinham menos de oito anos de escolaridade e somente 625 relataram algum tipo de renda individual, em sua maioria igual ou abaixo de um salário mínimo.

Apesar de 14 delas já terem vivido relações afetivo-sexuais estáveis, somente três se tinham união estável no momento da realização das entrevistas, sendo que duas eram viúvas. Treze mulheres tinham filhos (entre um e sete), e todas relataram dificuldades na convivência com eles. Cinco mulheres informaram que faziam uso de bebida alcoólica e três, o uso de drogas ilícitas, o que foi justificado como uma forma de aliviar ansiedades e tristezas. Sete relataram que tinham sido vítimas de violência física da família, sobretudo de parceiros.

Treze mulheres tinham diagnóstico de agravos psiquiátricos (esquizofrenia, transtorno bipolar, transtornos delirantes, depressões) e quatro tinham transtornos orgânicos (intoxicação, demência, retardo mental). Esses diagnósticos estão citados apenas para fins de esclarecimento, pois não houve nenhum propósito de relacionar quaisquer questões relativas ao diagnóstico clínico dos sujeitos, considerando-se que, independentemente da especificidade do transtorno mental, todas essas pessoas estão vulneráveis aos agravos sexualmente transmissíveis e necessitam de cuidados para sua saúde sexual.

O grupo se caracterizou, ainda, por baixa autoestima, fundamentada no sentimento e vivências de situações de preconceito, sendo interpretadas como pessoas “problemáticas”, “loucas” ou “doentes mentais”, como se verifica nos seguintes relatos:

Ninguém se interessa por mim, pensam que sou louca; Eles me veem como uma pessoa que só traz problemas para a família.

A entrada na vida sexual

A iniciação das práticas sexuais das entrevistadas se deu, em sua maioria, na adolescência, com parceiros com quem tinham seja algum tipo de vínculo afetivo ou relacionamento estável, exceção àquelas que sofreram violência sexual, algumas ainda na infância, o que indica que a base da experiência sexual da maioria dessas mulheres incluiu afetividade ou conjugalidade. O “casamento”, mesmo que não oficializado, foi percebido como o maior projeto de vida dessas mulheres, o que pode ser compreendido num contexto onde não há perspectivas de continuidade dos estudos, tampouco de trabalho, e ainda pela maior valorização atribuída às mulheres casadas na sociedade.

Os parceiros foram referidos, de maneira geral, como pessoas da mesma região de moradia, e de idade mais avançada que a delas. Não foram raros os relatos de gravidez logo no início da vivência sexual, o que dá indícios de a iniciação ter se dado de forma inesperada, e evidencia, também, o não uso de preservativo nessas circunstâncias. Os parceiros foram citados como pessoas com prévia experiência sexual, o que se observou aceito pelas mulheres: *Mas ele já era experiente. Homem faz assim, né?*, e sinaliza a crença na sexualidade masculina como “instintiva”.

Na maioria dos relatos, observou-se quase não haver protagonismo por parte das mulheres quando da sua iniciação sexual, o que se percebeu relacionado tanto com o desconhecimento delas sobre questões sexuais quanto com os papéis sociais preconizados para a mulher na sociedade, marcados por valores como passividade, tolerância, submissão.¹¹ Observou-se desconhecimento sobre o próprio corpo, como sintetizado na afirmação a seguir: *Eu pensava que ia continuar virgem, não sabia que moça era uma coisa e virgem era outra, não.*

Somente uma entrevistada demonstrou maior preparação para a iniciação das práticas sexuais. Tratava-se da participante mais jovem do grupo, que teve sua primeira relação sexual aos 16 anos. Ela foi a única mulher que disse ter feito uso de anticoncepcional desde a primeira relação e que o parceiro fizera uso de preservativo para prevenção de IST e HIV/aids, naquele momento. A maior preparação dessa depoente para o sexo seguro decorreu de orientações recebidas dos irmãos. Faz-se necessário pontuar que nenhuma delas relatou ter recebido orientações sobre IST e HIV/aids nos serviços de saúde mental. Uma iniciação das práticas sexuais marcada pela passividade, imprevisibilidade e

despreparo para o momento, ocorrida com parceiros com vínculo afetivo, foi demonstrada também em estudos realizados com mulheres de baixa renda, da população em geral.¹²⁻¹⁴

Os relatos feitos por cinco entrevistadas sobre as primeiras aproximações com as práticas sexuais mostram situações de violência sofrida, que as marcaram profundamente. Duas delas foram violentadas pelo pai. Em uma dessas situações, a entrevistada disse ter denunciado a mãe pela violência sexual sofrida. No entanto, a mãe não acreditou nela e insistiu que ela era mentirosa e “louca”. A depoente relatou que a violência sexual se repetiu várias vezes, até que ela deixou sua casa: *Eu tive que sair. Eu era ainda de menor e fui morar na rua, sozinha. Eu lavava minhas roupas no rio. [...] Eu nem fui criança, nem tive infância.*

Na outra situação relatada, a depoente disse ter passado, aos seus 13 anos, por uma tentativa de estupro pelo pai, que não se efetivou porque ela disse ter “gritado muito”, apesar de ninguém a ter socorrido. Cabe ressaltar que a tentativa de violência sexual é considerada uma violência sexual.¹⁵ “De medo do pai”, relatou que buscou refúgio na casa de um homem de idade bem mais avançada que a dela, o qual, pouco tempo depois, coagiu-a a manter relações sexuais com ele.

Nos dois relatos, observa-se que elas não dispuseram de apoio. O desamparo em face da violência sexual sofrida no seio familiar tem sido atribuído ao fato de essa violência se dar em estruturas familiares doentes, com dificuldades oriundas do histórico familiar de cada membro, inclusive do agressor.¹⁶ Esse histórico parece contribuir para uma permissividade ao ato e para a cegueira e surdez relativas aos apelos das vítimas. As dificuldades de algumas mães para reagir nessas situações são atribuídas ao fato de se sentirem fracassadas em seu papel de mãe e de esposa.¹⁶

Três entrevistadas relataram que foram violentadas por pessoas de fora da família. Uma delas contou que a relação sexual se deu na juventude, com um homem de 60 anos:

Eu fui na casa do homem, o homem pegou e ficou comigo. Aí sucedeu a gravidez. [...] Eu fui na casa dele passear... Eu fui sem pensar em... [ter relação sexual]. Se eu sáísse correndo, ele ia abusar de mim.

Essa depoente relatou que morava na rua quando isso aconteceu. Ela afirmou não ter tido mais envolvimento com esse homem e ter dado o filho para adoção. Outra relatou ter sido estuprada aos 17 anos pelo filho da patroa, na casa em que ela trabalhava como empregada doméstica. Essa depoente disse que denunciou o ocorrido para a patroa, que manifestou temor de uma gravidez e a demitiu, no mesmo dia. A terceira entrevistada desse grupo relatou ter sido violentada na rua:

Foi com um rapazinho. Eu estava numa festa. Ele me enfiou dentro do ônibus. Foi à força, numa casa abandonada. Ele quase me bateu. Foi horrível!

Nenhuma dessas mulheres denunciou a violência sofrida a uma autoridade policial, o que foi atribuído por elas à inexistência dessa possibilidade, como se observa na seguinte fala: *Naquela época, não tinha esse negócio de denúncia*. No entanto, há que se pensar, ainda, que o silenciamento possa ter se dado por medo de represália, vergonha, sentimentos de humilhação ou culpa, e ainda por não saber como fazê-lo, tendo em vista que em alguns casos a violência se deu ainda na infância. Em estudo realizado, também, com mulheres com transtornos mentais, 35% das participantes relataram situações de violência sexual quando da iniciação sexual.¹⁷

Tais fatos apontam para a fragilidade e um contexto social adverso, sobre os quais essas mulheres não tiveram nenhuma autonomia. Nesse contexto, vários fatores favorecem a vulnerabilidade aos agravos sexualmente transmissíveis.

A vivência sexual ao longo da vida

Ao longo da vida da maioria das entrevistadas, as relações sexuais foram mantidas predominantemente atreladas a relacionamentos estáveis. Foram relatadas apenas relações heterossexuais, tendo sido a homossexualidade percebida quase como inconcebível para elas. Nas relações estáveis, foi relatado apenas o sexo vaginal. Somente uma mulher afirmou que praticava de masturbação, tanto no parceiro quanto em si própria, referindo-se ao fato de que o parceiro não conseguia ter relações com penetração e não agia com reciprocidade no ato recebido. No entanto, essa depoente manifestou descontentamento por se limitar a essa prática e desejo pelo coito.

De forma geral, a automasturbação é vista por elas como uma prática vergonhosa e imprópria, o que mostra que, apesar de poder ser vivida de forma solitária, configura-se como moldada socialmente. Estudos feitos com outros grupos sociais também mostram a masturbação como uma prática sexual pouco utilizada entre as mulheres, o que é atribuído à maior repressão sexual em relação a elas.¹⁸

A realização das práticas sexuais mostrou-se desejada e valorizada pelas entrevistadas quando o afeto está presente: *Sexo bem feito é quando o parceiro dava amor, carinho, dormia do lado, me abraçava, fazia esta parte*. No entanto, prevaleceram, nos relatos, referências de vivências sexuais com descaso afetivo por parte dos parceiros. Além disso, foram frequentes os relatos sobre parceiros que as agrediam fisicamente, que mantinham relações extraconjugais e que negligenciavam os cuidados com a família. Em alguns casos, a infidelidade sofrida resultou em IST contraída, o que foi relatado por três entrevistadas. Esses fatores mostraram reflexos negativos em sua vivência sexual:

Era ruim [...]. Eu não sentia prazer sexual [...]. Eu fazia [sexo] por fazer mesmo [...]. Ele era ruim para mim, batia em mim e nos meninos e não dava nada para nós. Eu tinha que virar de todos os jeitos pra não deixar meus filhos passar fome.

No entanto, apesar de prevalecerem vivências conjugais e sexuais insatisfatórias, os relacionamentos e as práticas sexuais foram mantidos por muitos anos; em alguns casos, por toda a vida. Constatou-se que tal fato associava-se à crença de ser um dever da esposa tolerar e atender o parceiro sexualmente: *Eu entendia que era meu dever satisfazê-lo*. Decorre, ainda, das dificuldades para deixar o parceiro em razão de dependência financeira e da falta de apoio social para se separarem:

No começo foi tranquilo. Aí, depois do segundo filho, ele já começou a pular a cerca, fora. [...] Eu ficava com raiva, mas ele era muito machista. Quando queria, tinha que ter [relação sexual]. Mas, depois de certo tempo pra cá, o relacionamento começou, assim, a ficar muito frio, por causa que eu sofria muito. Ele era uma pessoa muito responsável [...], mas, de certo tempo pra cá, ele judiou muito de mim. E naquela época, a mãe da gente era muito rígida, tinha que viver [juntos]. Eu não tinha uma renda. [...] eu tinha os filhos, tinha que cuidar, fui obrigada a ficar, a ajeitar com ele até o dia de hoje. [...] Quando ele me trata bem, eu não lembro de nada do passado, nada ruim, mas quando ele me trata mal, aí volta o que ele já me fez, então eu começo a sentir ódio e tristeza, e aí só faço pra satisfazer ele, mas eu mesma, não.

Como se observa também neste relato, a manutenção de sexo apenas para satisfazer o parceiro mostrou-se um motivo de grande sofrimento para essas mulheres. Algumas delas disseram que se sentiam usadas:

Ele só queria me usar [...] e achar que eu tinha que dar tudo pra ele. Sabe, assim, chega, te usa, e depois te joga fora feito papel higiênico.

A tolerância em face dessas situações como fruto de um aprendizado social esteve evidenciada na fala de uma participante:

Eu não sou desse tipo que fica fazendo muita pergunta. É o tipo de criação, de formação; [...] suportar o insuportável. Procuo suportar o máximo que der, a bem da paz.

No entanto, há que se pensar que a manutenção do sexo possa ter se dado até mesmo pelo temor de agressividade por parte dos parceiros. Algumas mulheres afirmaram que foram forçadas a ter relações sexuais com o parceiro, situação esta não citada como de violência sexual sofrida, o que dá indícios de sua representação como uma conduta “normal”.

Evidenciou-se, ainda, no discurso das entrevistadas, uma preocupação em proporcionar prazer aos parceiros, o que parece decorrer da representação deles como seres focados no sexo: *Homem não quer só ficar nos beijos e abraços; o negócio dele era esse* [referindo-se ao sexo], e evidencia a submissão das mulheres. Ressalte-se que os relatos permitiram identificar não haver preocupação dos homens com o prazer sexual de suas parceiras, expressas, em sua maioria, como pouco prazerosas.

Após longo período de tolerância dos relacionamentos insatisfatórios, muitas mulheres deixaram os parceiros.

Para uma depoente, a separação significou ter de ir morar na rua, pois os amparos legais, como receber pensão do parceiro, são inexistentes na trajetória dessas mulheres. Essa situação contribui para compreender as dificuldades que elas encontram para deixar os parceiros, lembrando que poucas delas dispunham de apoio familiar e manifestaram grandes dificuldades para encontrar emprego.

Nenhuma entrevistada relatou que se separou unicamente pela inexistência de prazer na atividade sexual do casal, bem como ter buscado relações extraconjugais quando em relações estáveis, nem mesmo quando o parceiro não conseguia ter relações sexuais. Cometer infidelidade foi representado como algo danoso para a pessoa traída, como observado na fala de uma entrevistada que foi convidada por um homem casado a ter relações sexuais: *Eu não vou estragar a vida da mulher dele. A menor procura pelo sexo extraconjugal por parte das mulheres também tem sido associada ao controle rígido sobre a sexualidade delas na sociedade, para as quais manifestações sexuais fora do casamento são vistas como "absolutamente" imperdoáveis.*¹¹ No entanto, as infidelidades sexuais dos parceiros estão presentes nas narrativas da maioria das mulheres como algo a ser tolerado.

Entre as entrevistadas que romperam suas relações conjugais, algumas partiram para novos relacionamentos, o que foi motivado pela expectativa de estabelecer uma convivência conjugal satisfatória, como se observa a seguir:

Ele falou que queria um compromisso sério, que queria uma coisa certa, que as meninas só querem namorar, não querem morar junto. Aí eu gostei dele e juntamos. Ele alugou uma casa, botou meu menino no colégio. Já tem quatro anos. Ele é muito bom pra mim. Quando eu estou doente, ele faz tudo dentro de casa.

Entretanto, condutas de agressividade e infidelidade por parte dos parceiros se repetiram nos novos relacionamentos conjugais, o que fez com que muitas mulheres novamente deixassem os parceiros. Por causa das experiências infelizes, muitas manifestaram não mais desejarem se relacionar sexualmente novamente, como se observa nas falas que se seguem:

Sexo presta não. Não presta não. Quis mais não. Não quero ter [relações sexuais]. [...] Eu já sofri demais com homem. [...] Não tenho vontade. Só no futuro, e se o meu filho deixar. Às vezes eu ficava dentro de casa lavando, passando e cozinhando, pra eles me traírem... Eu não quero, não. Estou feliz assim!

No relato da entrevistada acima, verifica-se, ainda, que esta só visualiza a possibilidade de viver novas relações sexuais se tiver a aprovação do filho, o que evidencia a dependência de aprovação social nas formas de viver a sexualidade. A opção de não mais se relacionar sexualmente foi observada ainda pelo temor de engravidar novamente, como ilustrado na fala de uma depoente de 42 anos: *Não quero mais saber de homem comigo. Homem é só pra botar filho na barriga da gente, reafirmando a inabilidade para o controle da fecundidade presente entre as entrevistas.*

De forma geral, a interrupção das vivências sexuais não se mostrou um incômodo para as mulheres, como expresso por outra participante, 41 anos: *Estou bem assim, não sinto falta de sexo*, o que é compreensível em face das conturbadas vivências afetivo-sexuais relatadas e do descontrole sobre as gestações. Somente uma minoria manifestou sentir falta de se relacionar sexualmente, tendo uma delas se expressado: *Não está dando para aguentar*. Uma delas disse que se relaciona sexualmente com vários parceiros, na tentativa de encontrar um que queira ficar com ela: *Eu ia com os homens porque queria me casar*. Elas afirmaram que é difícil conseguir um parceiro, o que atribuíram ao fato de estarem "descuidadas", referindo-se à aparência física. Uma delas relatou: *Nunca tive sorte com marido. O último está preso por tentativa de assassinato*. O relato de outra mulher, de 42 anos, aponta, ainda, que, na tentativa de encontrar um companheiro, acaba sendo abusada sexualmente:

Quando eu acordo, acordo com um pé acima de mim... Eu sinto assim abusada. De repente acordo com a calça suja, com a cama suja. É muito ridículo, é muita 'rebaixeza'. [Neste momento ela ficou em silêncio e abaixou a cabeça].

Outra situação de violência sexual sofrida por estranhos ao longo da vida foi relatada por uma entrevistada casada, o que se deu durante o dia: *Foi horrível. Não dá pra gritar, não. Ele não deixa gritar, não*. Foi a única vítima que relatou ter feito queixa do crime à polícia. No eixo quantitativo do projeto "Pessoas",² 18,6% do total de entrevistados relataram ter sofrido violência sexual alguma vez na vida, o que mostra a gravidade dessa situação.

A violência sexual contra mulheres, considerada moral e eticamente uma situação absurda e vergonhosa, tem sido entendida como decorrente das normas hierárquicas de gênero presentes nos cenários culturais, onde os homens se veem no direito ao controle e uso sobre o corpo feminino, configurando uma situação de abuso de poder.¹⁹ Nesse sentido, populações mais pobres e desamparadas têm estado entre as maiores vítimas, o que ajuda a compreender a alta prevalência de violência sexual sofrida nessa população.¹⁹

Divergindo do depoimento da maioria, uma única entrevistada relatou uma vivência sexual prazerosa, o que foi justificado por ela como decorrente do cuidado e do afeto recebidos do parceiro. Tratava-se de uma jovem de 18 anos, em relacionamento recente, há menos de dois anos. Sobre sua vivência afetivo-sexual, relatou: *Ele sempre foi uma pessoa cuidadosa, ele cuidava de mim direitinho. Eu o amo*. Entretanto, seu parceiro encontrava-se encarcerado quando da realização da entrevista, o que ela demonstrou não visualizar como uma situação de risco para a transmissão de IST e HIV/aids.

Essa foi a única depoente que relatou ter iniciado as relações sexuais com o parceiro com o uso de preservativo, o que, contudo, foi interrompido quando o casal começou a coabitar, o que se acredita decorrer do temor em afetar a conjugalidade. Nas demais situações, o uso de preservativo masculino não foi relatado, apesar

de a maioria das participantes tê-lo citado como um recurso de proteção. De forma geral, o uso não foi visto como necessário pela maioria das entrevistadas, pelo fato de se relacionarem somente com seus parceiros "fixos", tidos como saudáveis e, portanto, sem risco de transmitir IST e HIV/aids. O uso de preservativo só foi visto como necessário quando IST foi contraída. No entanto, mesmo nesses casos, as mulheres encontraram resistência dos parceiros para o uso e acabaram por ceder ao sexo desprotegido. Ressalte-se que nenhuma entrevistada conhecia o preservativo feminino e, apesar de saberem da existência do preservativo masculino como um recurso de proteção em face do risco de IST e HIV/aids, a maioria nunca teve ou manuseou um. Além disso, apesar de a maioria já ter ouvido falar sobre as ISTs e HIV/aids, não souberam falar quase nada a respeito dessas doenças, tendo sido verificada a existência de informações equivocadas, como da transmissão pelo do beijo e do contato com vaso sanitário.

Apesar das trajetórias identificadas caracterizarem-se por poucos parceiros sexuais na vida, as posturas interpretadas como passiva, tolerante e subserviente, mantidas ao longo de toda a vida, mostraram-se importantes fatores favorecedores da vulnerabilidade dessas mulheres, ressaltando-se os comportamentos de risco dos parceiros observados nos relatos.

Pelas narrativas, verificou-se haver "paqueras" nos serviços de saúde mental. Apesar de nenhuma entrevistada ter relatado a manutenção de relações sexuais nesses locais, afirmaram que relações sexuais se dão às escondidas, o que está registrado no eixo quantitativo do projeto "Pessoas"² e se mostra mais um fator de vulnerabilidade, tendo em vista que preservativos não são disponibilizados na maioria desses serviços.²

Cabe destacar que as entrevistadas afirmaram que não conversavam sobre sexualidade com ninguém, nem mesmo com os parceiros, o que é decorrente do tabu que envolve a temática e constitui mais um fator favorecedor da vulnerabilidade aos agravos sexualmente transmissíveis.

Faz-se necessário ressaltar, também, que somente uma entrevistada relatou ter recebido algum tipo de orientação para a prevenção das ISTs e HIV/aids nos serviços de saúde mental, tendo as informações de que dispõem afirmadas como aprendidas "na rua" ou "na televisão".

O uso do sexo como negócio

Apesar de ter sido uma minoria, trajetórias nas quais o sexo foi usado como moeda de troca são necessárias de ser enfocadas, dada a grande vulnerabilidade presente nessas situações. A venda de sexo foi relatada por duas jovens que, apesar das especificidades de suas trajetórias, se deram em contextos semelhantes.

Uma delas relatou ter sido abandonada pelos pais e levada por uma tia profissional do sexo para se prostituir, a fim de obter dinheiro para o próprio sustento. Mesmo

tendo deixado o prostíbulo, a prática da venda de sexo nunca mais foi abandonada, tendo sido justificada na atualidade como forma de obter dinheiro, também, para a compra de drogas e álcool. Essa entrevistada relatou que se prostitui agora na rua, dentro de carros, realizando todo o tipo de prática sexual. Disse que tinha aids e revelou o diagnóstico a seus parceiros, o que pode decorrer do receio de perdê-los. Essa entrevistada afirmou que faz uso de preservativo para se proteger de novas infecções, não engravidar e para não transmitir o HIV, mas isto é questionável, considerando sua fragilidade. Declarou, por exemplo, que não usa preservativo quando está alcoolizada.

A outra depoente que vende sexo ocasionalmente relatou ter sido casada, tendo seu relacionamento conjugal se rompido por causa do uso das drogas, não aceito pelo companheiro. Ela relatou que perdeu a guarda da filha por esse motivo. Desde então, o sexo passou a ser utilizado como uma moeda de troca, no intuito de conseguir mais drogas, mesmo tendo um parceiro atual estável, também usuário de drogas. Essa entrevistada relatou que começou a fazer uso de drogas pelo contexto de drogadição da região onde mora: *Eu queria ficar louca como eles*. Cabe pontuar que a entrevistada tinha histórico de violência sexual sofrida e, também, não dispunha de amparo familiar. Afirmou que nunca tinha feito uso de preservativo e nunca o manuseou, seja o masculino, seja o feminino.

Essas depoentes manifestaram insatisfação com a prática da venda de sexo, mas afirmam que não conseguiam abandoná-la pelas dificuldades de deixar o vício das drogas. Seus relatos são ilustrativos do círculo vicioso de vulnerabilidades formado por pobreza, desamparo, violência sexual sofrida, prostituição e drogadição, estando a associação desses fatores demonstrada em diversos estudos.

Em alguns trabalhos, a pobreza e a violência sexual sofrida são mostradas como um preditivo para a prostituição.^{19,20} No entanto, a hegemonia masculina em relação à mulher é um fator que tem se mostrado também de grande influência nesse comportamento. Há estudos que mostram o uso de drogas feito pelas profissionais do sexo como um modo de suportarem a vida de rua, as humilhações a que são submetidas, os danos emocionais e físicos decorrentes desse processo. O uso de sexo como negócio foi relatado por 30% das pessoas com transtornos mentais severos e persistentes entrevistadas em todo o território nacional,² o que mostra a gravidade dessa situação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados neste estudo mostram a sexualidade viva dessas mulheres, a despeito de essa dimensão tão importante da vida de qualquer ser humano ser tão negligenciada na atenção dispensada a tais pessoas. Eles mostram que a sexualidade não é vivida como um ato físico destinado à reprodução da espécie, e não deriva de um impulso, estando sua vivência ligada

à socialização e à aprendizagem de determinadas regras que lhe dão significado.

A vivência da sexualidade, neste estudo, ocorre num universo social controlador que tem origem na herança de uma organização relacional e hierárquica da vida social, em que o papel esperado para o gênero é delimitado, havendo pouco diálogo nessa vivência e sentido na própria realização pessoal. No papel atribuído ao gênero, identificou-se a origem de comportamentos que favorecem a vulnerabilidade aos agravos sexualmente transmissíveis, o que foi identificado, também, em outros grupos sociais.

No entanto, observou-se que a vulnerabilidade dessas mulheres é agravada pelo contexto em que se encontram inseridas, marcado pela exclusão e desamparo social,

com inúmeros reflexos que dificultam-lhes ainda mais a capacidade para uma vivência sexual sadia e as colocam em situações de ainda maior vulnerabilidade, como o uso de sexo por dinheiro.

Os resultados indicam a necessidade de promover saúde sexual para essas pessoas com ações que considerem os aspectos socioculturais envolvidos na vivência da sexualidade, para que essas ações alcancem maior eficácia. Eles apontam, também, para a necessidade de políticas pensadas em uma perspectiva intersetorial para que a atenção integral e equitativa aconteça para essas pessoas. Os resultados evidenciam, sobretudo, a urgência em enfrentar as desigualdades de gênero, que tantas implicações têm ocasionado à saúde das mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Brito PF, Oliveira CC. A sexualidade negada do doente mental: percepções da sexualidade do portador de doença mental por profissionais de saúde. *Ciênc Cognição*. 2009; 14(1): 246-54.
2. 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. Brasília: Ministério da saúde; 2008. 252 p.
3. Paiva V, Pupo LR, Barboza R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40 (supl): 109-19.
4. Parker R, Terto Júnior V, organizadores. Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS: limites e possibilidades na terceira década. Rio de Janeiro: ABIA; 2002. 40 p.
5. Foucault M. História da Sexualidade I: a vontade de saber. 19ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1988. 152p.
6. Bajos N, Bozon M, Giami A, organizadores. *Sexualité et Sida. Recherches en sciences sociales*. Paris: Agence Nationale de Recherches sur de Sida; 1995. 380p.
7. Gagnon J. Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade. Rio de Janeiro: Garamound; 2003. 448 p.
8. Mann J, Tarantolla DJM, Netter TW, editores. *Aids in the world*. Cambridge: Havard University Press; 1992.
9. Demazière D, Dubar C. *Analysier les entretiens biographiques. L'exemple de récits d'insertions*. Paris: Nathan, Coll. Essais & recherches ; 1997. 287 p.
10. Blanchet AG. *L'Enquête et ses méthodes: l'entretien*. Paris: Nathan; 1992. 112p.
11. Parker R. *Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Bestseller; 1991.
12. Gozzo TO, Fustinoni SM, Barbieri M, Roher WM, Freitas IA. Sexualidade feminina: Compreendendo seu significado. *Rev Latinoam Enferm*. 2000 ; 8(3) :84-90.
13. Monteiro S. Sexualidade e gênero: A lógica da proteção entre jovens de um bairro popular carioca. Tese de doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999. 186 p.
14. Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sexuais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz; 2006. 536 p.
15. World Health Organization. *Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority*. Geneva: WHO; 1996.
16. Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *J Pediatr (Rio J)*. 2005; 81(5 Supl):S197-S204.
17. Oliveira SB. Loucos por sexo: um estudo sobre a vulnerabilidade dos USM para o HIV. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1998.
18. Bozon M. Observer l'inobservable: la description et l'analyse de l'activité sexuelle. In : Bajos N, Bozon M, Giami A, organizadores. *Sexualité et Sida. Recherches en sciences sociales*. Paris : Agence Nationale de Recherches sur de Sida ; 1995. p. 39-56.
19. Marciani JA. *Reseña de la prostitución a través de la historia*. Peru: Cedro; 2002. *Prostitución adolescente, consumo y microcomercialización de drogas*; p.173-196
20. Ribeiro MO, Dias AF. Prostituição infanto-juvenil. Revisão sistemática da literatura. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(2):465-71.

Data de submissão: 12/12/2010

Data de aprovação: 4/4/2011