

## Sexualidade e transtornos psiquiátricos: narrativas de mulheres hospitalizadas no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina

*Sexuality and psychiatric disorders: narratives of women hospitalized at the Santa Catarina Institute of Psychiatry*

*Sexualidad y trastornos psiquiátricos: narrativas de mujeres hospitalizadas en el Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina*

Luisa Côrte Real  [ORCID](#) - [Lattes](#)

Roger Flores Ceccon - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Luiza Lemos Ramos - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Jade Zarichta Costa - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Eduardo Mylius Pimentel - [ORCID](#) - [Lattes](#)

### RESUMO:

**Introdução:** Os transtornos psiquiátricos são síndromes multifatoriais com elevada prevalência, fazendo parte das 5 entre as 10 principais causas de incapacidade no mundo. Nas mulheres os transtornos mais comuns são os de humor e os ansiosos. Analisando o fator de gênero, já se sabe que as mulheres possuem mais fatores de vulnerabilidade para ocorrência desses transtornos, sendo a sexualidade um desses. **Objetivo:** Compreender como se constituíram as experiências sexuais de mulheres com transtornos psiquiátricos graves internadas no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina. **Método:** Estudo com abordagem qualitativa cuja coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com 22 mulheres hospitalizadas no ano de 2021. As narrativas foram interpretadas por meio da Análise de Conteúdo do tipo temática com base na hermenêutica dialética, cujo foco foram as determinações sociais, culturais e históricas vivenciadas pelas mulheres. **Resultados:** A maioria das mulheres entrevistadas era branca, heterossexual e com ensino médio completo. As experiências sexuais relatadas envolvem práticas abusivas, especialmente violência sexual na infância e/ou na vida adulta. Ainda, falta de autoestima com o corpo e a sexualidade e ausência de cuidado dos profissionais de saúde em relação à sexualidade das mulheres internadas

emergiram das narrativas. A maioria das participantes se sentiu à vontade para abordar o tema durante as entrevistas, mas não falavam sobre o assunto com os profissionais. **Conclusão:** A sexualidade de mulheres com transtornos psiquiátricos é resultado da vulnerabilidade social vivenciada por elas ao longo da vida, devendo ser abordada como parte do cuidado integral em saúde.

**Palavras-chave:** sexualidade, transtornos mentais, mulheres, abuso sexual, violência contra a mulher

---

### **ABSTRACT:**

**Introduction:** Psychiatric disorders are multifactorial syndromes with high prevalence, being part of the 5 among the 10 main causes of disability in the world. In women, the most common disorders are mood disorders and anxiety disorders. Analyzing the gender factor, it is already known that women have more vulnerability factors for the occurrence of these disorders, sexuality being one of these. **Purpose:** The purpose of this research was to understand how the sexual experiences of women with severe psychiatric disorders hospitalized at the Santa Catarina Institute of Psychiatry (IPq/SC) are constitute. **Method:** The research was carried out through a qualitative method based on semi-structured interviews and with an analysis through dialectical hermeneutics, which interprets narratives based on social, cultural and historical determinations. **Results:** Interviews were collected from 22 women, most of them white, heterosexual and with complete high school. The most prevalent themes brought up by the participants concerned sexual abuse in childhood and / or adult life; lack of self-esteem presented and enhanced during hospitalization; and the carelessness of health professionals in relation to the sexuality of hospitalized women. The research showed that participants felt comfortable approaching the topic of sexuality, but did not talk about it with professionals. In addition, more than half of the sample reported having been sexually abused at some stage in their lives. **Conclusion:** The final understanding of the research is that the sexuality of women with psychiatric disorders involves several issues of social vulnerability, and should be further studied and addressed during comprehensive care.

**Keywords:** sexuality, mental disorders, women, sex offenses, violence against women

---

## RESUMEN:

**Introducción:** Los trastornos psiquiátricos son síndromes multifactoriales con alta prevalencia, formando parte de las 5 de las 10 principales causas de discapacidad en el mundo. En las mujeres, los trastornos más comunes son los del estado de ánimo y la ansiedad. Analizando el factor género, ya se sabe que las mujeres tienen más factores de vulnerabilidad para la ocurrencia de estos trastornos, siendo la sexualidad uno de ellos.

**Objetivo:** Comprender cómo se constituyeron las experiencias sexuales de mujeres con trastornos psiquiátricos graves internadas en el Instituto de Psiquiatría de Santa Catarina. **Método:** Estudio con enfoque cualitativo cuya recolección de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas a 22 mujeres hospitalizadas en el año 2021. Las narrativas fueron interpretadas a través del Análisis de Contenido del tipo temático basado en la hermenéutica dialéctica, cuyo foco fueron las determinaciones sociales, experiencias culturales e históricas vividas por las mujeres. **Resultados:** La mayoría de las mujeres entrevistadas eran blancas, heterosexuales y con estudios secundarios completos. Las experiencias sexuales reportadas involucran prácticas abusivas, especialmente violencia sexual en la niñez y/o en la vida adulta. Aún así, la falta de autoestima con el cuerpo y la sexualidad y la falta de atención por parte de los profesionales de la salud en relación a la sexualidad de las mujeres hospitalizadas emergieron de las narrativas. La mayoría de los participantes se sintieron libres de abordar el tema durante las entrevistas, pero no lo hablaron con los profesionales. **Conclusión:** La sexualidad de las mujeres con trastornos psiquiátricos es resultado de la vulnerabilidad social vivida por ellas a lo largo de su vida, y debe ser abordada como parte de la atención integral en salud.

**Palabras clave:** sexualidad, desordenes mentales, mujer, agresión sexual, violencia contra la mujer

---

**Como citar:** Real LC, Ceccon RF, Ramos LL, Costa JZ, Pimentel EM. Sexualidade e transtornos psiquiátricos: narrativas de mulheres hospitalizadas no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina. Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro. 2023;13:1-21. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2023.v13.924>

---

**Conflicto de intereses:** declaram não haver

**Fonte de financiamento:** declaram não haver

---



**Parecer CEP:** Universidade Federal de Santa Catarina – CAAE n. 52262321.9.0000.0121

**Recebido em:** 14/09/2022

**Aprovado em:** 30/12/2023

**Publicado em:** 31/12/2023

**Editor Chefe responsável pelo artigo:** Lisieux Elaine de Borba Telles

**Contribuição dos autores:** Real LC [1,2,3,5,6,7,8,10,11,12,13,14], Ceccon RF [1,2,3,6,11,12,14], Ramos LL, Costa JZ [5,13], Pimentel EM [10,14]

### **Abreviaturas e siglas:**

**CAPS** Centro de Atenção Psicossocial

**CEP** Comitê de Ética em Pesquisa

**CEPSH-UFSC** Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina

**CID** Classificação Internacional de Doenças

**DSM** Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

**IPq/SC** Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina

**OMS** Organização Mundial da Saúde

**TCLE** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TMG** Transtorno Mental Grave

---

## **Introdução**

Os transtornos mentais são caracterizados como síndromes, cujas manifestações estão relacionadas às alterações cognitivas, emocionais ou comportamentais, que refletem no comprometimento das funções psicológicas, biológicas e/ou mentais das pessoas afetadas [1]. Atualmente, o diagnóstico é realizado por meio de sistemas classificatórios feitos por especialistas que se utilizam da prática médica para reunir sinais e sintomas e caracterizar um desvio do que é considerado “normal” [2].

Os primeiros termos usados para denotar alterações do estado mental datam do século V por Hipócrates, caracterizados como “mania” e “histeria” [2]. A conformação da nosologia psiquiátrica moderna começou por volta do século XIX, especialmente com o alemão Emil Kraepelin, e apenas na metade do século XX, através do American Psychiatric Association, foi elaborado o primeiro Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) [3]. No Brasil, o regime classificatório usado é a Classificação Internacional de Doenças (CID), que está atualmente na décima primeira versão [4].

Os transtornos mentais são responsáveis por mais de 12% das causas de incapacidade no mundo, tratando-se, portanto, de um importante problema de saúde pública. Esse número cresce para 23% em países desenvolvidos. Ainda, das dez principais causas de incapacidade, cinco são transtornos psiquiátricos, e cerca de 30 a 35% da população mundial adulta não institucionalizada apresentará algum transtorno mental ao longo da vida [5, 6].

Dentre os diagnósticos neuropsiquiátricos, ansiedade, depressão e transtornos somáticos compõem os “transtornos mentais comuns”. Estes representam um grupo de doenças com elevada prevalência, que varia de 30 a 50% no Brasil. Os fatores de risco incluem pobreza, baixa escolaridade, classe social vulnerável e sexo feminino [7]. No ambiente hospitalar a população mais prevalente tende a ser distinta, com predomínio de doenças mais críticas, conhecidas como “Transtornos Mentais Graves” (TMG). Conforme a OMS, os TMG são compostos pelo transtorno de humor bipolar, depressão moderada a grave, esquizofrenia e outros distúrbios psicóticos [8].

Em homens, os transtornos mentais de maior prevalência são em decorrência do uso de substâncias psicoativas, pela personalidade antissocial e esquizotípica, pelo descontrole de impulsos, déficit de atenção e hiperatividade. Entre as mulheres, é mais comum os transtornos de ansiedade e do humor [5]. Ainda, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão é a principal causa de incapacidade no mundo, com maior prevalência no sexo feminino (razão de sexos 2:1) [9]. Assim, as mulheres se constituem como um grupo social vulnerável às doenças psiquiátricas, que necessita de ações específicas pelos serviços de saúde e pesquisas científicas no âmbito da saúde mental [8].

Com relação à prevalência de doenças mentais nas mulheres, duas perspectivas complementares podem ser adotadas: a visão biológica e patogênica do papel de esteroides sexuais femininos atuando na modulação do humor; e os fatores socioculturais que atuam como determinantes sociais [10]. Esta segunda hipótese se origina da perspectiva da integralidade do cuidado em saúde e, nesse sentido, quando o indivíduo passa a ser compreendido em todos os aspectos da vida, a sexualidade adquire importância para compreender o processo de adoecimento. A sexualidade, quando prejudicada, pode servir tanto como fator de risco para o surgimento de certas patologias psiquiátricas [11, 12] quanto para debilitar a remissão do paciente em tratamento [13].

A sexualidade contempla sexo, identidade de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Pode ser vivenciada através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos [14].

A sexualidade como experiência que vai além da reprodução foi historicamente negada às mulheres na maioria dos países do mundo, cujas desigualdades de gênero alicerçam as relações sociais e denotam privilégios aos homens, inclusive à sexualidade. Ainda, a marginalização feminina dessa dimensão da vida possui raízes culturais pelas quais sempre foi ensinado um papel de mãe ou de filha e nunca de mulher como ser independente e com desejos próprios [15]. Assim, ainda hoje a mulher que se liberta desses estereótipos sofre com heranças históricas do que, no passado, foi considerado como sinônimo de "histeria", termo que faz referência à patologização da sexualidade feminina [16].

Estudar a sexualidade das mulheres com transtornos psiquiátricos provoca uma intersecção de vulnerabilidades, mas proporciona uma análise científica aprimorada, posto que as mulheres, em sociedades patriarcais, sofrem um conjunto de adversidades simplesmente por serem do sexo feminino.

Logo, este estudo se justifica pela escassez de investigações que analisem o exercício da sexualidade das mulheres com doença psiquiátrica sob a ótica de gênero. Ainda, a sexualidade permanece um assunto censurado para algumas minorias sociais (como as mulheres com transtorno psiquiátrico), embora se constitua como um direito humano. Trata-se de uma temática que carece de investigações científicas para melhor compreensão, no sentido de produzir conhecimento e subsídios para a elaboração de políticas públicas e atenção integral a esse grupo de mulheres. Assim, esse estudo tem o objetivo de compreender como se constituem as experiências sexuais de mulheres com transtornos psiquiátricos graves internadas no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq/SC).

## **Método**

Este foi um estudo qualitativo que se baseou no marco teórico-metodológico da hermenêutica dialética, o qual compreende uma análise interpretativa de falas e depoimentos através da perspectiva das determinações sociais, históricas e culturais [17]. Assim, o objeto dessa pesquisa foram as experiências narradas sobre a sexualidade de mulheres

hospitalizadas em um instituto de psiquiatria. Como o problema de pesquisa centrou-se nas experiências de sexualidade de mulheres com transtornos psiquiátricos, considerou-se "experiência" toda vivência passada ou manifestações comportamentais que as mulheres julgaram que fizesse sentido a elas, especialmente no que concerne a relação com sua sexualidade [18].

A pesquisa foi conduzida nas alas femininas das enfermarias hospitalares do IPq/SC, localizado na cidade de São José. O IPq/SC é um hospital inaugurado em 1941 com gestão estadual e que conta com 180 leitos hospitalares destinados ao serviço de psiquiatria do Sistema Único de Saúde, enquadrando-se na classificação nível I de estabelecimento de saúde com leitos psiquiátricos. O tempo de permanência médio é de 15 dias e os principais pacientes atendidos são aqueles com Transtornos Psiquiátricos Graves.

Participaram do estudo mulheres com idade igual ou superior a 18 anos que estiveram internadas no hospital durante o mês de janeiro de 2022. A seleção das participantes se deu através de um método não probabilístico de amostragem por conveniência, na qual foram convidadas a participar mulheres indicadas pelos médicos do local, os quais tiveram conhecimento prévio dos objetivos da pesquisa e dos critérios de inclusão e exclusão. Da mesma maneira, levou-se em consideração a facilidade de comunicação, acesso às pacientes e controle do quadro clínico agudo, excluindo-se mulheres com rebaixamento do nível de consciência; que estivessem sob contenção física; com suspeita ou confirmação de covid-19; com quadros demenciais avançados; com autismo; em surto psicótico ainda não estabilizado; incapazes de assinar o TCLE; e mulheres em tutela legal. Logo, resultou-se em uma amostra de 27 mulheres, em que quatro negaram participar e uma teve a entrevista interrompida por dificuldade de comunicação, resultando, portanto, em 22 entrevistas analisadas.

A coleta dos dados se deu por meio de entrevistas semiestruturadas através de um instrumento criado pelos próprios pesquisadores com base nos objetivos da pesquisa. A primeira parte da entrevista foi direcionada para coleta dos dados sociodemográficos das participantes, incluindo nome; idade; escolaridade; área de atuação; renda; número de filhos; com quem mora; cor da pele autodeclarada; e orientação sexual. Posteriormente, foram realizadas 9 perguntas abertas sobre o tema da pesquisa, as quais incluíram questionamentos sobre o que a participante entende por sexualidade, como foram suas experiências nos últimos anos,

experiências ruins, histórico de violências sexuais, se ela pensa que sua doença psiquiátrica influencia na sexualidade e como os profissionais do serviço abordam esse tema.

As entrevistas foram gravadas em áudio e tiveram duração média de 20 a 30 minutos. Após o período de coleta, as mesmas foram transcritas integralmente e analisadas com base na técnica de "Análise de conteúdo do tipo temática" [17]. Com as entrevistas transcritas, foi feita uma leitura dinâmica para posterior agrupamento de narrativas conforme áreas temáticas. Por fim, foram separados os excertos mais relevantes dentro de cada subtema e realizada exploração do material com codificação dos relatos, sintetizando as ideias mais relevantes e comuns. Ainda, esses foram analisados e interpretados criticamente.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número 52262321.9.0000.0121. Todas as participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi lido na íntegra e as dúvidas sanadas. Todas as mulheres tiveram sua participação aprovada por um médico responsável técnico, o qual também assinou um "termo de consentimento médico".

## **Resultados e discussão**

Entre as mulheres entrevistadas, 82% tinham como diagnóstico prévio algum transtorno de humor (depressão ou bipolaridade), 9% tinham esquizofrenia e 9% eram dependentes químicas. A maioria delas era branca (59%), heterossexual (86%), com ensino médio completo ou escolaridade superior a essa (53%). A faixa etária das entrevistadas era em sua maioria entre 20 e 45 anos (82%), havendo apenas uma participante idosa (69 anos).

Com relação à sexualidade, 91% das entrevistadas disseram se sentir à vontade para falar sobre o assunto. Além disso, apenas 41% delas relataram pensar que o seu transtorno psiquiátrico influência direta ou indiretamente a sua sexualidade. Por fim, 59% têm a percepção de que ser mulher às torna vulneráveis a problemas em sua sexualidade.

As temáticas que emergiram das narrativas foram a violência sexual durante todas as fases da vida; auto estima feminina e empoderamento da mulher; e cuidado fragmentado no sistema de saúde, com omissão do tema da sexualidade durante a abordagem do profissional.

## **Violência sexual: um problema de todas as idades**

Narrativas de abuso sexual foram frequentes entre mulheres com transtornos psiquiátricos, perpetradas principalmente por pessoas próximas da vítima, com uso de chantagens e barganhas, como presentes em troca do silêncio. Além disso, foi visível um sentimento de culpa por parte das mulheres, como se sentissem coniventes com a violência que sofreram ou “menos vítimas” por sentirem “prazeres sexuais” durante um abuso. Ainda, foi evidente o impacto psicológico que o abuso causa, podendo desencadear ou agravar transtornos psiquiátricos, conforme o excerto:

“Sofri abuso sexual da parte do meu pai biológico mesmo. Hoje, eu consigo ter relação sexual normalmente, mas eu tinha muito medo antes” – 23 anos, L.A.

Nesse fragmento, observa-se os impactos psicológicos e sexuais ocasionados pelo abuso sexual por parte da vítima. A entrevistada sofreu com essa violência paterna até seus 15 anos, desenvolvendo, posteriormente, uma apreensão durante as relações sexuais, pois a fazia reviver sentimentos ruins do momento do trauma.

“Eu era muito criancinha, então ele dizia assim: eu te dou um chocolate se você deixar eu botar a boca ali. Pra mim era uma coceguinha, para mim não era sexo” – 38 anos, G.R.

Nessa fala, é nítido o método de barganhar presentes em troca de atitudes de violência sexual na tentativa de fazer com que a criança não desconfie das ações a fim de conseguir objetos que ela deseja. Assim, devido a ingenuidade da criança, ela não percebe a atitude como errada até certa idade e ainda pensa ser uma forma de carinho do agressor. Só a partir de mais idade que a vítima começa a desconfiar o motivo de ter que esconder as ações de sua mãe ou familiar.

“Meu irmão mais velho me abusava, ele bebia. Eu coloquei na caixinha do esquecimento, perdoei. Converso com ele normalmente, finjo que não lembro”. – 43 anos, H.O.

Essa participante relata que por muito tempo sofreu de abusos sexuais por parte do irmão mais velho nos momentos de alcoolismo deste. Esse excerto reforça a questão da prevalência de violências sexuais que ocorrem dentro do ambiente familiar, com a maioria dos casos tendo os agressores contato diário com a vítima. Além disso, traz a dificuldade que é para algumas mulheres encararem esse trauma de forma direta.

“Eu tava numa crise psicótica e ele se aproveitou disso, me levou no mato e abusou sexualmente de mim. Só tive coragem de contar 3 dias depois num CAPS... que é onde eu me tratava. Falou que conhecia pessoas boas e pessoas ruins e que era pra eu fazer isso – 32 anos, E.C.

Nessa fala, percebe-se a questão de violência na fase adulta, na qual não impede de que haja chantagem emocional para coagir a vítima a “render-se” durante o abuso. Além disso, mulheres com transtornos psiquiátricos encontram-se em situação de extrema vulnerabilidade, reforçando um padrão de escolha das vítimas de abuso sexual, as quais geralmente são pessoas “desprotegidas”.

“Eu que até hoje sou traumatizada, não tem como, até um toque e um carinho já me dá vontade de se matar automaticamente” – 32 anos, J.S.

Aqui novamente percebe-se como o abuso sexual é um fator que põe em risco a sanidade mental da mulher. Além de ter contribuído para a patologia de base da jovem, pensamentos suicidas são despertados em momentos que deveriam ser de prazer na relação sexual.

Em sua definição, a violência sexual consiste em todo ato ou jogo sexual na qual uma pessoa se vale da sua relação de poder por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica para realização de intercurso sexual (com ou sem penetração), voyeurismo, exibicionismo, exposição a pornografia ou prostituição [19]. Ao longo da vida, estima-se uma prevalência de 20% de mulheres vítimas de abuso na população em geral [20], sendo obtido nessa pesquisa uma prevalência de aproximadamente 64% (36,4% na infância, 36,4% na vida adulta e 9% em ambas fases).

Quando essa violência acontece na infância ou adolescência, a maior parte dos agressores concentram-se no ambiente intrafamiliar, sendo o pai o principal sujeito. Mesmo nos casos extrafamiliares, aproximadamente 80% eram conhecidos das vítimas [21]. Para Furniss [22], o abuso intrafamiliar ocorre principalmente através de um segredo que se mantém através de ameaças, promessas e recompensas introduzidas pelo abusador, em uma crescente de intensidade do abuso, o qual se inicia com carícias e costuma findar com intercurso completo. Um estudo evidenciou prevalência de 30,6% de violência sexual entre 2010 e 2017 em Petrolina/ Pernambuco, sendo a maioria das crianças do sexo feminino (95,8%) e com faixa etária entre 10 e 19 anos (80,4%) [23].

Como consequência das violências, exames de neuroimagem apontam alteração do volume do hipocampo, amígdala, giro cingulado anterior e córtex pré frontal de adultos que foram vítimas de abuso sexual na infância [24]. Ainda, é consolidado na literatura científica que a exposição a abuso sexual serve como fator de risco para o desenvolvimento de patologias psiquiátricas, incluindo depressão, transtorno de estresse pós traumático, distúrbios alimentares, abuso de álcool e drogas, transtorno de pânico e transtorno de personalidade limítrofe [25].

Na idade adulta, o perfil do abuso sexual, diferentemente do que ocorre em crianças e adolescentes, costuma ser de violência com penetração e, com maior frequência ocorrem estupros em mulheres com patologia psiquiátrica prévia. Além disso, costuma ocorrer em populações de baixa escolaridade, com os agressores sendo parceiros ou ex-parceiros das vítimas [26]. Em contraponto, estudo realizado com 687 mulheres em um hospital universitário de São Paulo identificou que a maior parte das vítimas que procuraram o serviço sofreram violência sexual por um agressor desconhecido, na rua e durante a noite [20]. Por último, apesar de transtorno mental prévio ser um fator de vulnerabilidade para abuso sexual, a violência sexual também pode ser um determinante para o desenvolvimento de patologia psíquica, aumentando a probabilidade de estresse pós traumático, abuso de substâncias, ideação suicida, sintomas depressivos e/ou ansiosos [27].

### **Empoderamento feminino e auto-estima**

A baixa autoestima foi outro tema prevalente durante as entrevistas, especialmente relacionado ao empoderamento feminino e seu papel na sociedade. Dessa forma, muitas mulheres relataram uma visão distorcida sobre si mesmas, com discursos de baixo apreço pessoal e tristeza por não poderem cuidar de sua aparência em um ambiente de internação, contribuindo para problemas no âmbito da sexualidade. Além disso, as participantes mostraram sentimento de culpa em relação a tudo de ruim que acontecia em suas vidas. Por fim, o papel feminino entrava em embate em diversos momentos nos seus discursos, contrapondo sempre a versão de mãe e esposa com a de mulher autossuficiente, conforme trechos a seguir:

“Tudo na minha vida eu sempre acho que é minha culpa”. - 38 anos, G.R

Nessa frase, observa-se uma sobrecarga de responsabilidade, provavelmente acentuada pelo humor deprimido, mas que advém de um histórico de traumas sofridos desde a infância em que a mulher se sentia conivente com os abusos sexuais sofridos.

“Geralmente quando o cara brocha, eu me sinto muito mal, porque eu acho que eu não consegui... foi minha culpa” – 25 anos, C.T

Esse pensamento apresentado se repete com frequência entre muitas mulheres, reforçando um estigma de que o corpo feminino precisa estar perfeito para que possa ser “usado” e desejado pelo homem.

“Quando eu ganhei nenê eu fui costurada, ai eu acho que estourou um ponto e ficou lá dentro, porque eu sinto uma coisinha durinha lá. O meu marido diz que sente nele também, então já fico meio pra baixo, porque sei que aquela coisa pode ta incomodando ele”. – 23 anos, L.K.

Aqui, novamente, a exemplo do excerto anterior, a mulher está mais preocupada com o prazer do seu parceiro e os pensamentos negativos que este pode apresentar sobre ela do que com o seu próprio prazer ou saúde. Inclusive, essa e muitas outras mulheres confirmavam que se mantinham em relacionamentos muitas vezes abusivos por conta de uma dependência emocional que possuíam por seus parceiros.

“...mas eu me sentia insegura do meu corpo com ele, porque pra ele tinha que ser tudo perfeito né... durinha, não podia ter estria e celulite”. [...] “Eu não tinha vontade de colocar um lingerie, dançar e tal pra ele... não! Porque ele me julgaria... nossa! Tenho certeza!” – 28 anos, D.S

Essa citação reforça um estereótipo feminino concretizado na sociedade acerca de um corpo infantilizado e livre de marcas ou gorduras criado para satisfazer idealizações masculinas. A entrevistada reiterava que tinha medo de perder seus parceiros no relacionamento por conta da sua estética e que muitas vezes deixava de aflorar sua sexualidade em benefício do homem.

“Ai, to muito revoltada por não estar fazendo meu skin care, cheia de melasma. Minha unha, olha...” – 43 anos, H.O

Essa passagem diz respeito à defasagem quanto a possibilidade de autocuidado dentro do sistema de internação psiquiátrica. Muitas mulheres

relataram piora da autoestima depois de serem hospitalizadas por não possuírem ferramentas de embelezamento.

“Eu não gosto de me olhar no espelho. Ai não, eu acho muito feio... o rosto... eu envelheci muito” – 69 anos, A.F

A entrevistada mais velha entre as participantes continuou reforçando estereótipos de beleza, demonstrando que um “rosto bonito” seria aquele livre de marcas, um rosto jovem. A mesma relatou ainda que tinha dificuldade de se olhar no espelho por não se sentir bem com sua aparência atual.

“...um pouco acabada né (autoestima) ... Muito filho... A gente cuida mais deles do que da gente.” – 30 anos, J.M

Essa citação exemplifica a dicotomia entre mulher e mãe. A entrevistada relata não estar feliz com sua aparência e auto cuidado por conta de não ter tempo para cuidar de si mesma, doando-se inteiramente para seus filhos. Isso muitas vezes não ocorre com o pai, o qual, na maioria das vezes, não precisa abdicar de sua sexualidade para exercer esse papel. Sendo assim, a autoestima corresponde a perspectiva que um indivíduo tem de si próprio, o que, por sua vez, contribui para construir a sua identidade pessoal e influencia em como ele se exterioriza e, portanto, exerce sua sexualidade [28]. Como sugere Mruk [29], abordar esse tema cientificamente diz respeito a estudar saúde mental e fatores relacionados a fenômenos psíquicos negativos, como depressão e suicídio.

O contexto observado nessa pesquisa é bem explicado pela teoria da rotulagem modificada, a qual postula que indivíduos com transtornos psiquiátricos sofrem estigmatizações sociais, contribuindo para falta de empoderamento e levando a um sentimento de rejeição [30]. Isso é reforçado sob a perspectiva de gênero, posto que mulheres tendem a ser mais desvalorizadas socialmente e sofrem com maiores medicalizações dentro dos centros psiquiátricos, justamente por uma concepção histórica enraizada de fragilidade e histeria feminina [31]. A exemplo dessa pesquisa, um estudo qualitativo realizado com 55 mulheres de hospitais psiquiátricos nos Estados Unidos constatou que mulheres que sofreram traumas, como abuso sexual, físico ou emocional tinham maiores chances de eventos adversos futuros, mais baixa autoestima e isolamento sexual. Dessa maneira, as experiências traumáticas prejudicavam o senso de valor

próprio e a sensação de segurança das mulheres, dificultando o tratamento [32].

No cenário das patologias psiquiátricas, um estudo multicêntrico analisou pacientes com transtorno de humor bipolar, constatando que estes possuíam autoestima significativamente menor que o grupo controle [33]. Por outro lado, Karidi et al. [34] compararam pacientes com transtorno bipolar e com esquizofrenia, observando que, apesar de ambos possuírem estigmas, estes adotavam atitudes mais intensas de auto depreciação, levando a exclusão social e menor nível de funcionamento geral.

### **Abordagem da sexualidade pelos profissionais de saúde**

Outra temática que emergiu durante as entrevistas foi a abordagem dos profissionais de saúde quanto à sexualidade das mulheres internadas. Grande parte das entrevistadas negou ter conversado com os profissionais acerca da sua sexualidade, sem nunca terem sido sequer questionadas sobre essa questão. Dessa forma, os relatos convergiram para o ponto de que a maioria se sentiria bem para abordar o assunto e pensava ser importante para o cuidado integral da sua saúde, conforme mostrado abaixo:

“Não, foi a primeira vez que falo de sexualidade com alguém”. Aqui no IPq? (pergunta da pesquisadora). “É... Para te falar a verdade acho que na vida inteira”. E tu acha que seria necessário falar sobre? (pergunta da pesquisadora). “É, eu acho que seria bom. É sempre bom falar né, bem válido” – 43 anos, H.O

Nesse fragmento a paciente refere não ter falado sobre sexualidade com nenhum profissional em nenhum momento do seu tratamento ao longo dos anos, causando estranheza tocar nesse assunto com a pesquisadora. Com isso, nota-se como a sexualidade ainda é tabu até mesmo para trabalhadores da saúde, os quais aprendem sobre a importância do cuidado integral.

“Não, eles não puxam muito esse assunto. Não sei porque. Mas também nem dá tempo né. Eles tão sempre de correria. Não tem um tempo específico para sentar”. – 57 anos, S.M

“Os profissionais daqui abordam sexualidade com vocês?” (pergunta da pesquisadora) “Não...” “E tu acha que seria importante?” (pergunta da pesquisadora) “Claro que sim! Super importante!” “E quando vocês trazem isso, por conta própria, tu achas que eles

sabem de alguma forma lidar com isso?” (pergunta da pesquisadora)  
“Não... só brigar com a gente”. – 28 anos, D.S

Na conversa com ambas entrevistadas, há consenso de que a sexualidade não é um tema questionado pelos profissionais, passando a impressão de que não é um assunto relevante. Em contraponto, a maioria das participantes gostaria que isso fosse trazido nas consultas.

“E tu conseguiu relatar os abusos pro teu médico?” (pergunta da pesquisadora) “Alguns sim...” “E tu acha que seria importante falar sobre isso?” (pergunta da pesquisadora) “Eu acho que é... porque 99% das meninas que estão aqui sofreram abuso sexual. Eu acho muito importante!”. – 32 anos, E.C

Nota-se nesse excerto a importância de abordar o tema de sexualidade. A participante reitera que grande parte das mulheres hospitalizadas na instituição sofreram algum tipo de abuso sexual, o que, claramente, influencia no tratamento psiquiátrico. Porém, a mesma reforça que não foi um assunto que conseguiu tratar com todos os profissionais que a atenderam.

A realidade acerca da abordagem da sexualidade no sistema de saúde é que os profissionais costumam negar essa parte da vida dos pacientes. Além disso, costumam acreditar que a expressão sexual de pessoas com transtornos mentais advém sempre da própria doença e, portanto, deveria ser reprimida [35]. Assim, há uma redução da sexualidade a nível biológico, tratando as ações sob uma ótica de estereótipos sociais e com viés moralista, considerando grande parte dos pacientes como “promíscuos” [36].

O problema dessa atitude repreensiva é que esses pacientes constituem uma população de vulnerabilidade com comportamentos sexuais de risco, apresentando maiores chances de ter relações desprotegidas, seguirem com prostituição, serem vítimas de violência sexual ou se infectarem com doenças sexualmente transmissíveis. Sendo assim, um tabu enraizado na equipe de saúde impede que esses temas sejam abordados e prevenidos, não colaborando com um cuidado integral [36]. Ademais, os próprios pacientes não se sentem à vontade para abordar sobre sexualidade nesse contexto, o que acaba aumentando as chances de omitirem fatos importantes da história clínica. Um estudo comprovou isso ao observar que a maioria das mulheres entrevistadas não contou sobre suas experiências

de violência (sexual, física e emocional) aos profissionais da clínica psiquiátrica [37].

Na tentativa de mudar essa realidade, Pacagnella [38] propõe que os profissionais não devem comportar-se como transmissores verticais do saber quando o assunto é sexualidade, mas proporcionar discussões reflexivas em grupos de conversação a fim de que a conduta ou resposta para alguma dúvida ou problema seja construída em conjunto. Ainda, sugere que o profissional adote três posturas complementares: (1) a de não saber, saindo de uma atitude hierárquica e colocando-se a disposição para construir novos saberes; (2) a de curiosidade, demonstrando interesse genuíno pelas histórias do paciente; (3) a de ênfase no processo comunicacional, retirando o valor do conteúdo e valorizando a interação e comunicação com o indivíduo.

Essa pesquisa possui limitações, relativas ao tempo curto de entrevista, o que impossibilitou a criação de vínculo da pesquisadora com as participantes, correndo risco de que algumas não tivessem compartilhado experiências que colaborariam com a pesquisa; o próprio fato de ser uma população com patologias psiquiátricas e ainda em uso de medicações, o que pode influenciar nas narrativas; e, por fim, o formato do estudo em artigo, o que excluiu a possibilidade de incluir maior aporte dos dados empíricos coletados. No entanto, essas limitações não inviabilizam os achados da pesquisa. Por fim, espera-se que, com base nos achados comprobatórios, mais profissionais da saúde passem a abordar sobre a sexualidade de seus pacientes a fim de otimizar um tratamento psicossocial e fortalecer o vínculo existente entre ambos.

## **Conclusão**

Este estudo compreendeu que as experiências de sexualidade de mulheres com transtornos psiquiátricos se dão através de vivências traumáticas, como abusos sexuais, dependência emocional e baixa autoestima. No entanto, foi observado que a maioria delas se sente à vontade para falar sobre o tema, cujas narrativas podem servir como uma forma de cuidado, de construção de vínculo e de ressignificação experiências sofridas. Diante disso, é essencial que mais pesquisas sejam realizadas sobre o tema, no sentido de dar visibilidade a ele, além da criação de políticas públicas específicas que incutam essa questão no âmbito dos serviços, nos quais os profissionais de saúde sejam sensibilizados para trabalhar sobre sexualidade com mulheres com transtornos psiquiátricos.

## Agradecimentos

Agradecimentos a toda a banca do trabalho de conclusão de curso que deu origem a esse artigo. Especialmente, um agradecimento ao Dr. Henrique Fogaça pelo auxílio durante a construção dos dados e aperfeiçoamento do artigo, sem ele esse trabalho não teria sido feito. Agradecimento também a Dra. Ritele Silva, grande professora e exemplo de médica, que auxiliou a lapidá-lo ainda mais.

## Referências

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed; 2016.
3. Shorter E. The history of nosology and the rise of the diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(1):59-67. <https://doi.org/10.31887/dcns.2015.17.1/eshorter> PMID:25987864 PMCID:PMC4421901
4. Laurenti R, Nubila HB, Quadros AA, Conde MT, Oliveira AS. A classificação internacional de doenças, a família de classificações internacionais, a CID-11 e a síndrome pós-poliomielite. *Arq Neuropsiquiatr*. 2013;71(9A):3-10. <https://doi.org/10.1590/0004-282x20130111> PMID:24141431
5. Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiquiatr Clín*. 2006;33(2):43-54. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000200003>
6. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, Silove D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol*. 2014;43(2):476-93. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038> PMID:24648481 - PMCID:PMC3997379
7. Nunes MA, Pinheiro AP, Bessel M, Brunoni AR, Kemp AH, Bensenor IM, Chor D, Barreto S, Schmidt MI. Common mental



disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings of the Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). *Braz J Psychiatry*. 2016;38(2):91-7. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1714> PMID:27304755 - PMCID:PMC7111374

- 8. World Health Organization. Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. Geneva: World Health Organization; 2018.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275718/9789241550383-eng.pdf?ua=1>
- 9. Organização Pan-Americana da Saúde. Depressão. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde; [data desconhecida]  
<https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>
- 10. Zanello V. Mulheres e loucura: questões de gênero para a psicologia clínica. In: Stevens C, Brasil KCT, Almeida TMC, Zanello V, editores. Gênero e feminismos: convergências (in)disciplinares. São Paulo: ExLibris; 2010. p. 307-20.
- 11. Burgic Radmanovic M. Mental disorders in sexually abused children. *Psychiatr Danub*. 2020;32(Suppl 3):349-52. PMID:33030451
- 12. Rosen NO, Dube JP, Corsini-Munt S, Muise A. Partners experience consequences, too: a comparison of the sexual, relational, and psychological adjustment of women with sexual interest/arousal disorder and their partners to control couples. *J Sex Med*. 2019;16(1):83-95.  
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.10.018> PMID:30509505
- 13. Basson R, Gilks T. Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Womens Health (Lond)*. 2018;14:1-16. <https://doi.org/10.1177/1745506518762664> PMID:29649948 - PMCID:PMC5900810
- 14. World Health Organization. Defining sexual health. Geneva: World Health Organization; c2024.  
<https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>

- 15. Góis MMS. Aspectos históricos e sociais da anticoncepção. *Reproduo*. 1991;6(3):119-24.
- 16. Muribeca MMM. Das origens da sexualidade feminina ao feminino nas origens da psicosexualidade humana. *Estud Psicanal*. 2010;(33):101-8.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-34372010000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372010000100010)
- 17. Minayo MCS. Apresentação. In: Gomes R. *Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2014. p. 5-7.
- 18. Ceccon RF, Garcia Junior CAS, Dallmann JMA, Portes VM. *Narrativas em saúde coletiva: memória, método e discurso*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2022. <https://doi.org/10.7476/9786557081617>
- 19. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Cadernos de atenção básica; nº 8); (Normas e manuais técnicos; nº 131).  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_19.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf)
- 20. Facuri CO, Fernandes AM, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RC. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2013;29(5):889-98. PMID:23702995
- 21. Loinaz I, Bigas N, Sousa AM. Comparing intra and extra-familial child sexual abuse in a forensic context. *Psicothema*. 2019;31(3):271-6. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.351> PMID:31292041
- 22. Furniss T. *Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar, manejo, terapia e intervenção legal*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- 23. Miranda MHH, Fernandes FECV, Melo RA, Meireles RC. Sexual violence against children and adolescents: an analysis of prevalence and associated factors. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03633.  
<https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019013303633> PMID:33175021

- 24. Bremner JD, Randall P, Vermetten E, Staib L, Bronen RA, Mazure C, Capelli S, McCarthy G, Innis RB, Charney DS. Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse: a preliminary report. *Biol Psychiatry*. 1997;41(1):23-32. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(96\)00162-x](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(96)00162-x)  
PMID:8988792 - PMCID:PMC3229101
- 25. O'Brien BS, Sher L. Child sexual abuse and the pathophysiology of suicide in adolescents and adults. *Int J Adolesc Med Health*. 2013;25(3):201-5. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2013-0053>  
PMID:23843572
- 26. Blake MT, Drezett J, Vertamatti MA, Adami F, Valenti VE, Paiva AC, Viana JM, Pedroso D, Abreu LC. Characteristics of sexual violence against adolescent girls and adult women. *BMC Womens Health*. 2014;14:15. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-15>  
PMID:24450307 - PMCID:PMC3910688
- 27. Tarzia L, Maxwell S, Valpied J, Novy K, Quake R, Hegarty K. Sexual violence associated with poor mental health in women attending Australian general practices. *Aust N Z J Public Health*. 2017;41(5):518-23. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12685>  
PMID:28712124
- 28. Brohan E, Gauci D, Sartorius N, Thornicroft G; GAMIAN-Europe Study Group. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: the GAMIAN-Europe study. *J Affect Disord*. 2011;129(1-3):56-63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.001>  
PMID:20888050
- 29. Mruk C. Auto-estima: investigación, teoría y práctica. 2. ed. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1998.
- 30. Link BG, Cullen FT, Struening EL, Shrout PE, Dohrenwend BP. A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment. *Am Sociol Rev*. 1989;54(3):400-23. <https://doi.org/10.2307/2095613>
- 31. Conrad P, Barker KK. The social construction of illness: key insights and policy implications. *J Health Soc Behav*. 2010;51(1

Suppl):S67-79. <https://doi.org/10.1177/0022146510383495>  
PMID:20943584

- 32. Frieh EC. Stigma, trauma and sexuality: the experiences of women hospitalised with serious mental illness. *Sociol Health Illn.* 2020;42(3):526-43. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13034>  
PMID:31758579
- 33. Blairy S, Linotte S, Souery D, Papadimitriou GN, Dikeos D, Lerer B, Kaneva R, Milanova V, Serretti A, Macciardi F, Mendlewicz J. Social adjustment and self-esteem of bipolar patients: a multicentric study. *J Affect Disord.* 2004;79(1-3):97-103.  
[https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00347-6](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00347-6) PMID:15023484
- 34. Karidi MV, Vassilopoulou D, Savvidou E, Vitoratou S, Maillis A, Rabavilas A, Stefanis CN. Bipolar disorder and self-stigma: a comparison with schizophrenia. *J Affect Disord.* 2015;184:209-15.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.038> PMID:26112330
- 35. Ziliotto GC, Marcolan JF. Representações sociais da enfermagem: a sexualidade de portadores de transtornos mentais. *REME Rev Min Enferm.* 2014;18(4):966-72.  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-754364>
- 36. Barbosa JA, Souza MC, Freitas MI. A abordagem da sexualidade como aspecto essencial da atenção integral de pessoas com transtornos mentais. *Cien Saude Colet.* 2015;20(7):2165-72.  
<https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.01792014>  
PMID:26132256
- 37. Ormon K, Sunnqvist C, Bahtsevani C, Levander MT. Disclosure of abuse among female patients within general psychiatric care - a cross sectional study. *BMC Psychiatry.* 2016;16:79.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-016-0789-6> PMID:27009054  
PMCID:PMC4806428
- 38. Pacagnella RC. Abordagem da sexualidade no contexto da atenção primária à saúde. *Rev Bras Sex Hum.* 2009;20(1).  
<https://doi.org/10.35919/rbsh.v20i1.350>