

ANA PAULA BORGES CARRIJO

A COMUNICAÇÃO CLÍNICA DA SEXUALIDADE DAS MULHERES NO ÂMBITO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

BRASÍLIA

2023



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ANA PAULA BORGES CARRIJO

A COMUNICAÇÃO CLÍNICA DA SEXUALIDADE DAS MULHERES NO ÂMBITO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Tese apresentada como requisito parcial para a
obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva
pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Ximena Pamela Claudia
Díaz Bermúdez

Coorientadora: Profa. Dra. Valéria Ferreira Romano

BRASÍLIA

2023

ANA PAULA BORGES CARRIJO

A COMUNICAÇÃO CLÍNICA DA SEXUALIDADE DAS MULHERES NO ÂMBITO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Tese apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Doutora em Saúde Coletiva
pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em [dia] de [mês] de 2023

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ximena Pamela Claudia Díaz Bermúdez – (presidente)
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Miguel Ângelo Montagner
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Patricia Sampaio Chueiri
Faculdade Israelita Albert Einstein

Profa. Dra. Marcele Bocater Paulo de Paiva
Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Luiz Fernando Chazan
Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Ao gozo das mulheres.

AGRADECIMENTOS

Há muito por agradecer, em especial ao que nos parece invisível aos olhos. Agradeço, antes de tudo, à arquitetura afetiva de Brasília, às suas linhas e dobras, em cujas intersecções me descobri uma outra mulher. Aqui, experimentei a docência em sua plenitude; aqui, tornei-me mãe; aqui, eu me perdi e me encontrei, sob outros ângulos, com mais poesia e mais movimento, em uma (des)construção perene para novas formas. Neste cerrado, colorido e aromático, embora muitas vezes seco, construí um lar de amizades, tecido a várias mãos, com cheirinho de café e muitas conversações. Aqui fiz família, no sentido que a palavra se apresenta a mim: “sentir-se em casa, porque casa são as pessoas”. Obrigada, amigas/os queridas/os, de grandes corações e sonhos fartos. Amizade é mesmo o amor que deu certo.

Agora, sinto-me também em casa neste texto que se abre. Entro pela porta da frente, com uma sensação de conforto e coerência existencial, com profunda gratidão à vida e sua capacidade para se transmutar e reinventar-se. Viver são atos de coragem em doses homeopáticas.

No longo itinerário de uma tese, eu nada seria sem minhas bússolas. Um abraço alegre e apertado nas minhas orientadoras, Ximena Pamela e Valéria Romano, por respeitarem meu espaço-tempo, muitas vezes alargado. Ximena, que me aproximou da filosofia e das humanidades, gratidão imensa por ter acreditado e investido em mim desde o nosso primeiro encontro na Faculdade de Saúde da UnB, pela condução paciente, reflexiva e acolhedora. Val, querida, minha orientadora do mestrado e doutorado, minha amiga e parceira de aulas e projetos: quanta inspiração você é na minha estrada! Obrigada por subverter minhas certezas.

Agradeço ao olhar atento e cuidadoso das/os professoras/es e pesquisadoras/es que leram estas páginas, sugerindo aprofundamentos e deslocamentos que em muito contribuíram às elaborações teóricas, a partir da banca de qualificação, com Elisabeth Meloni, Valéria Mendonça e Miguel Montagner e do trabalho de revisão, sutil e perspicaz, de Rodrigo Carrijo, Vivian Perón, Evelin Esperandio, Carolina Lobato, Tchella Maso, Carolina Reigada e Lucas Nonato.

Vocês, que me acompanharam nesta jornada, assim como Bruno Stelet, com nossas ricas conversas, foram essenciais para a materialidade desta pesquisa, em especial, por me motivarem quando eu já estava exausta. Hoje entendo que a tese jamais estará pronta. Ela termina assim mesmo, “não pronta”. Um inacabado que já diz muito. Aproveito para expressar a minha satisfação pela disponibilidade das/os pesquisadoras/es Patrícia Chueiri, Marcele Bocater de Paiva, Miguel Montagner e Luiz Chazan para compor a banca examinadora, marco do fechamento deste ciclo.

Agradeço à Área de Medicina Social e à Universidade de Brasília pela aprovação do meu afastamento para que eu pudesse me dedicar à escrita por 1,5 ano. Gratidão à Lígia Villela, cujo trabalho e apoio foram essenciais para esta tese acontecer. Às/aos estudantes, residentes, preceptoras/es, professoras/es, pesquisadoras/es, técnicas/os e equipes, alegro-me por nossas trocas e por me inspirarem no cotidiano do trabalho vivo. Fui muito feliz na UnB, desenhando, junto às minhas parceiras de criação, Jana Oliveira, Débora Dornelas e Lígia Villela, novos sentidos para a sala de aula, a partir da pedagogia de afetos e da produção de novos despertares. Fomos sóis umas para as outras, que possamos propagar tal potência. Amplio esse agradecimento para todas as instituições onde trabalhei, para as equipes de saúde da família e relações de parcerias que tive a sorte de construir.

Mais amplamente, sobre as outras dimensões da vida, para além da produção acadêmica, agradeço ao meu filho Francisco, que nasceu e se nutriu do meu corpo em meio ao turbilhão de doutorado, pandemia e tantas mudanças. Uma nova vida - tão nova - repleta de desafios. Seguimos fortes, nos conhecendo e nos amando na relação mais profunda que nossa existência produziu. A maternagem tem sido o terreno de revoluções aqui dentro, muitas vezes me aterrando para o que realmente importa. Um caminho também coletivo, vivenciado ao lado de um grupo de mulheres que nome algum traduziria: Reydilla Maia, Isabella Freire, Tatiana Freire, Tatiane Lacerda, Helga Yamaki, Ivy Dantas, Andrea Bachião e Vivian Perón. Mulheres selvagens, lobas, amigas, confidentes, amadas... juntas desde o nascimento das nossas crias, em uma rede de apoio, amor a transformações que superou pandemia e crises existenciais de toda e qualquer natureza. Um encontro cuja potência nos desloca para o conforto, às vezes desconcertante, de podermos ser quem somos

verdadeiramente. Um lugar seguro, um palco sem máscaras, onde nossos corpos se (re)inauguram na nudez das nossas vulnerabilidades e belezas. Um lugar reflexivo, seja pela leitura de contos ou pelas nossas próprias histórias. Um lugar-poema, em cujos versos nos transcrevemos e em cujas linhas quero permanecer.

No âmbito do cuidado que me embala, para que eu tivesse força e saúde para este trabalho reflexivo, também não ando só. Agradeço profundamente aos anos de mergulho na psicanálise, pela condução do analista Emmanuel Mello, cuja percepção aguçada me provoca a olhar os pontos cegos com consciência e coragem. Um grande abraço à Priscila Pirâmides, a personal que me fez alongar-me para dentro e exercitar a minha força em meio ao caos, trazendo-me a consciência de um corpo que quer bancar os seus próprios desejos, sejam eles quais forem, mutantes e grandes. Inesquecível a frase: “Segura seus B.O.s, Ana”. Um treino para o “dar-se conta”, e é aí que a psicanálise conversa com a musculação.

Muito obrigada a todas as mulheres que cuidaram de mim, de casa e do Francisco, para que eu pudesse me dedicar à docência, à pesquisa e/ou à clínica: Elisângela Santarém, Claudinéia Sales, Maria Severina e Tamires Santos. As mulheres seguem mesmo juntas para se apoiarem, serem e sonharem. Gratidão à professora Cristiane da Costa e à escola Mafagafo, em cujos jardins Chico segue brincante. Queridos Gustavo Campello, Rita Campello e Paulo Augusto, abraço apertado pelo amor e parceria destinados aos cuidados do nosso amado "Kikiko".

Agradeço à minha mãe, Dulce Mara Borges, por me encorajar: “Filha, estou aqui para que você se torne o que e quem desejar”. Esse estado de presença é a minha maior herança. Quando pareceu tudo virar do avesso, ela me aninhou, nutrindo-me com amor, segurança e zelo. Ao meu pai, Reinaldo Carrijo, agradeço as vindas à Brasília para me alegrar e me lembrar que um dia isso iria passar. Feliz brinde e vida longa aos meus irmãos, Rodrigo e Fabrício Carrijo, meus melhores e mais queridos amigos-confidentes. Em nome da minha madrinha Lucinéia Borges, agradeço o apoio de toda a família. Enfim, o doutorado floresceu e eu também.

A todos desejo vistas às pequenas belezas cotidianas

Nas frestas há luz e respiro

E sempre será tempo de ser um novo começo.

Colocar uma porta na boca das mulheres tem sido um projeto importante da cultura patriarcal da antiguidade aos dias de hoje. Sua maior tática é uma associação ideológica do som feminino à monstruosidade, à desordem e à morte.

(Anne Carson, tradução nossa)

*porque nós mulheres não escrevemos
para convencer ninguém.*

(Tamara Kamenszain)

A fala é metade o que fala e metade o que escuta.

(Michel de Montaigne)

RESUMO

Introdução: a despeito dos extensos debates e produções científicas em torno da sexualidade no presente, ela ainda ocupa um terreno de disputas atravessado por diversos discursos normativos e hegemônicos, marcados pela regulação dos corpos – e, conseqüentemente, das expressões da sexualidade – sob o exercício de poderes de ordem política, econômica, religiosa, jurídica, cultural e moral. É nesse cenário que a medicina, diante da crescente demanda relacionada a questões sexuais na prática clínica, tem sido convocada a se posicionar sobre a comunicação e o ensino da sexualidade na formação de seus profissionais; convocação a que esta pesquisa busca responder ao investigar, como ponto de partida, a percepção de professoras/es, preceptoras/es e residentes em medicina de família e comunidade sobre a comunicação da sexualidade em consultas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). **Objetivo geral:** analisar a comunicação clínica da sexualidade, com enfoque na sexualidade das mulheres, em sua abordagem por profissionais atuantes em Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC) da rede de APS do Distrito Federal (DF). **Objetivos específicos:** mapear e analisar casos e narrativas sobre a abordagem da sexualidade, relacionando-as à prática da comunicação clínica em consultas de mulheres; caracterizar concepções de médicas/os de família sobre a abordagem da sexualidade das mulheres; identificar dificuldades e estratégias de profissionais de saúde quanto à comunicação clínica da sexualidade no contexto da pesquisa. **Método:** trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada sob a triangulação de métodos de análise e coleta de dados, incluindo a abordagem compreensiva segundo a hermenêutica-dialética de Hans-Georg Gadamer e Jürgen Habermas, a entrevista narrativa e o grupo focal. As/os participantes da pesquisa são profissionais de medicina de família e comunidade vinculados a PRM-MFC do DF de três instituições: Universidade de Brasília (UnB), Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). A coleta de dados envolveu 04 grupos focais e 09 entrevistas, totalizando 50 participantes. **Resultados:** foram identificados desafios e lacunas formativas nas habilidades de comunicação, bem como inseguranças e sensação de despreparo no atendimento clínico de médicas/os quanto à abordagem da sexualidade das mulheres. As inúmeras barreiras à comunicação clínica da sexualidade identificadas e analisadas na pesquisa foram classificadas em categorias: barreiras relacionadas às/aos pacientes; barreiras estruturais dos serviços de saúde da APS; barreiras técnicas e formativas; barreiras relacionadas à relação médica/o-paciente; barreiras relacionadas à população LGBTQIA+; barreiras relacionadas à população idosa; barreiras relacionadas à abordagem da violência; barreiras interculturais; e barreiras na intersecção entre sexualidade e religião. Em contrapartida, observou-se grande interesse pelo aprimoramento da comunicação clínica em sexualidade entre as/os profissionais participantes. **Conclusão:** a sexualidade revela-se como uma demanda prevalente no cotidiano assistencial da APS e um componente central da saúde integral, mas há um distanciamento acentuado entre as propostas da Organização Mundial da Saúde à sua abordagem e as práticas observadas na clínica médica. O estudo sugere que a identificação das barreiras à comunicação da sexualidade no contexto da APS representa um processo indispensável ao avanço teórico, prático e pedagógico no campo, permitindo a elaboração e aplicação dos recursos necessários para superá-las na formação médica.

Palavras-chave: Sexualidade; Saúde Sexual; Saúde da Mulher; Equidade de Gênero; Comunicação em Saúde; Relações Médico-Paciente; Residência Médica; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Despite extensive debates and scientific productions surrounding sexuality today, it still occupies a terrain of disputes crossed by various normative and hegemonic discourses, marked by the regulation of bodies – and consequently, expressions of sexuality – under the exercise of powers of political, economic, religious, legal, cultural, and moral orders. It is in this scenario that medicine, faced with the growing demand related to sexual issues in clinical practice, has been called upon to take a position on the communication and teaching of sexuality in the education of its professionals; a call that this research seeks to address by investigating, as a starting point, the perception of female and male teachers, preceptors, and residents in family and community medicine regarding the communication of sexuality in consultations within the scope of Primary Health Care.

General Objective: To analyze clinical communication of sexuality, with a focus on women's sexuality, in its approach by professionals engaged in Family and Community Medicine Residency Programs within the Primary Health Care network of the Federal District (DF). **Specific Objectives:** To map and analyze cases and narratives about the approach to sexuality, relating them to the practice of clinical communication in consultations with women; to characterize the conceptions of family physicians regarding the approach to female sexuality; to identify challenges and strategies of healthcare professionals regarding clinical communication of sexuality in the context of the research. **Method:** This is a qualitative research conducted under the triangulation of analysis and data collection methods, including the comprehensive approach according to the hermeneutic-dialectic perspectives of Hans-Georg Gadamer and Jürgen Habermas, narrative interviews, and focus groups. The research participants are family and community medicine professionals linked to Family and Community Medicine Residency Programs in the DF from three institutions: Universidade de Brasília (UnB), Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Data collection involved 04 focus groups and 09 interviews, totaling 50 participants. **Results:** Challenges and formative gaps in communication skills were identified, as well as insecurities and a sense of unpreparedness in the clinical care of physicians regarding the approach to female sexuality. The numerous barriers to clinical communication of sexuality identified and analyzed in the research were classified into categories: barriers related to patients; structural barriers of Primary Health Care services; technical and formative barriers; barriers related to the doctor-patient relationship; barriers related to the LGBTQIA+ population; barriers related to the elderly population; barriers related to the approach to violence; intercultural barriers; and barriers at the intersection of sexuality and religion. Conversely, a great interest in enhancing clinical communication in sexuality was observed among the participating professionals. **Conclusion:** Sexuality reveals itself as a prevalent demand in the everyday care of Primary Health Care and a central component of comprehensive health, but there is a significant gap between the proposals of the World Health Organization for its approach and the practices observed in medical clinics. The study suggests that identifying barriers to communication of sexuality in the context of Primary Health Care is an essential process for theoretical, practical, and pedagogical advancement in the field, allowing for the development and application of necessary resources to overcome them in medical education.

Keywords: Sexuality; Sexual Health; Women's Health; Gender Equity; Health Communication; Doctor-Patient Relationship; Medical Residency; Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura metodológica da pesquisa	40
Figura 2 - Perguntas da ficha de cadastro individual do e-SUS APS relacionadas à sexualidade (versão CI/e-SUS AB v.3.2).....	87
Figura 3 - Médica de família e sua paciente: ilustração de formato de consulta	95

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Composição dos programas de residência médica em medicina de família e comunidade do Distrito Federal no primeiro semestre de 2022.....	56
Quadro 2 - Descrição da coleta de dados e distribuição de participantes.....	58
Quadro 3 - Roteiro de perguntas para a entrevista narrativa.....	69
Quadro 4 - Procedimentos realizados para a coleta da entrevista narrativa.....	70
Quadro 5 - Distribuição das entrevistas narrativas.....	71
Quadro 6 - Componentes do grupo focal.....	72
Quadro 7 - Roteiro de perguntas para o grupo focal.....	74
Quadro 8 - Roteiro estrutural do grupo focal.....	76
Quadro 9 - Descrição dos grupos focais e distribuição de participantes.....	78
Quadro 10 - Etapas de análise do método de interpretação de sentidos.....	81
Quadro 11 - Atributos essenciais da APS.....	85
Quadro 12 - Prontuário SOAP.....	92
Quadro 13 - Ações facilitadoras para uma abordagem centrada nas mulheres.....	96
Quadro 14 - Como a sexualidade aparece na consulta das mulheres na APS? Oportunidades para abordagem da sexualidade na APS.....	121
Quadro 15 - Ações facilitadoras da abordagem da sexualidade na consulta da APS	123
Quadro 16 - Possíveis perguntas sobre aspectos da saúde sexual.....	126
Quadro 17 - Barreiras à comunicação da sexualidade na consulta da APS associadas às/aos pacientes.....	140
Quadro 18 - Barreiras estruturais dos serviços de saúde da APS à comunicação da sexualidade.....	144
Quadro 19 - Barreiras técnicas e formativas à comunicação da sexualidade em consultas da APS.....	148
Quadro 20 - Barreiras relacionadas à relação médica/o-paciente.....	154
Quadro 21 - Barreiras relacionadas à população LGBTQIA +.....	169
Quadro 22 - Barreiras relacionadas à população idosa.....	178
Quadro 23 - Barreiras relacionadas à abordagem da violência.....	181
Quadro 24 - Barreiras interculturais à abordagem da sexualidade.....	196

Quadro 25 - Distribuição das etapas da consulta em uma consulta intercultural de difícil comunicação	198
Quadro 26 - Barreiras na intersecção entre sexualidade e religião	206
Quadro 27 - Aspectos importantes do caso relatado na narrativa "Sexo e religião: um dilema obscuro"	218
Quadro 28 - Proposta de Currículo médico baseado em competências com foco em sexualidade e saúde sexual	239
Quadro 29 - Competências associadas à sexualidade propostas pelo Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	243
Quadro 30 - Atitudes que podem facilitar a interação com pacientes	245
Quadro 31 - Métodos educacionais e de avaliação em saúde sexual.....	252
Quadro 32 - Recursos técnicos, pedagógicos e vivenciais sobre saúde sexual das/os MFCs estudadas/os	258
Quadro 33 - Conhecimentos, habilidades e atitudes de um educador modelo e eficaz	266
Quadro 34 - Ações de investimento em docência e preceptoria no ensino da sexualidade	271

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ACS	Agente(s) Comunitária(s)/o(s) de Saúde
AIDS	Sigla em inglês para Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
AMSS	Associação Mundial de Saúde Sexual
APS	Atenção Primária à Saúde
BDSM	Bondage, Disciplina, Dominação, Submissão, Sadismo e Masoquismo
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CBC	Currículo Baseado em Competências
CEP	Comitê de Ética
CF	Clínica da Família
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COBEM	Congresso Brasileiro de Educação Médica
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CSE	Centro de Saúde Escola
covid-19	Acrônimo em inglês para Corona Virus Disease 2019. Em português, admite-se tanto a grafia com todas as letras maiúsculas, referindo-se ao acrônimo, quanto a grafia com a inicial minúscula, que diz respeito ao nome comum da doença: covid-19.
CTCC	Canal Teórico de Comunicação Clínica
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
e-SUS AB	Sistema e-SUS Atenção Básica
e-SUS APS	e-SUS Atenção Primária à Saúde

ESCS	Escola Superior de Ciências da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe(s) de Saúde da Família
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GF	Grupo Focal
GSSAB	Sigla em inglês para Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors (Estudo Global de Atitudes e Comportamentos Sexuais)
GT	Grupo de Trabalho
HIV	Sigla em inglês para Human Immunodeficiency Virus (vírus da imunodeficiência humana)
HUB	Hospital Universitário de Brasília
IML	Instituto de Medicina Legal
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBTQIA+	Sigla para lésbicas, gays, bissexuais, transexuais ou transgêneros, queer, intersexo, assexuais. O símbolo “+” representa as demais possibilidades de orientação sexual e identidade de gênero.
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
MFC	Medicina de Família e Comunidade (especialidade)
MFCs	Médicas/os de Família e Comunidade (profissionais)
NASF	Núcleo(s) de Apoio à Saúde da Família
OMS/WHO	Organização Mundial da Saúde (OMS)/ World Health Organization (WHO)
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão

PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNSI-LGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PRM-MFC	Programa(s) de Residência Médica em Medicina de família e comunidade
PSE	Programa Saúde na Escola
R1	Residente(s) do primeiro ano da residência médica
R2	Residente(s) do segundo ano da residência médica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCOP	Registro Clínico Orientado por Problemas
RMP	Relação Médica/o-Paciente
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SBRASH	Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana
SES-DF	Secretaria de Saúde do Distrito Federal
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Teoria da Ação Comunicativa (Habermas)
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UnB	Universidade de Brasília
WAS	Sigla em inglês para World Association for Sexual Health (Associação Mundial para a Saúde Sexual)
WONCA	Sigla em inglês para World Organization of Family Doctors (Organização Mundial de Médicos de Família)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 APRESENTAÇÃO	21
1.1.1 Nota inicial: premissas de linguagem e gramática de gênero	21
1.1.2 Onde é que essa história começa: o silêncio que ecoa.....	24
1.1.3 "O movimento de uma mente livre quando brinca": um gesto exploratório	28
1.2 CONTEXTO E PROBLEMA DE PESQUISA	33
1.2.1 Mulher: um conceito no gerúndio	33
1.2.2 Definição da sexualidade na saúde.....	34
1.2.3 Por que estudar a comunicação da sexualidade no âmbito da APS?.....	36
1.3 OBJETIVOS	39
1.3.1 Objetivo geral	39
1.3.2 Objetivos específicos.....	39
1.4 DESENHO METODOLÓGICO DO ESTUDO	40
2 POLÍTICAS PÚBLICAS, DIREITOS E SEXUALIDADE	42
2.1 A CONQUISTA DE DIREITOS À SAÚDE SEXUAL: PERSPECTIVAS GLOBAIS	42
2.2 O SUS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE DA MULHER: O CONTEXTO BRASILEIRO.....	46
2.3 INIQUIDADES EM SAÚDE, SEXUALIDADE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	51
3 PARÂMETROS METODOLÓGICOS E PROCESSO DE ANÁLISE	55
3.1 UNIVERSO DA PESQUISA	55
3.1.1 Onde e quem investigar?	55
3.1.2 Quando e como investigar?.....	57
3.2 O CAMINHO HERMENÊUTICO-DIALÉTICO.....	58
3.3 MEDICINA NARRATIVA	64
3.3.1 Como ocorreu na prática?	68
3.4 GRUPO FOCAL	72
3.4.1 A dinâmica do GF: roteiro, tempo, duração e local	73
3.4.2 Limitações e desafios do método grupal	77
3.5 O PROCESSO DE ANÁLISE: PARÂMETROS E ETAPAS.....	79
4 A ESTRUTURA DA CONSULTA NA APS: CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO	83

4.1 O SISTEMA e-SUS ATENÇÃO PRIMÁRIA E O REGISTRO CLÍNICO ORIENTADO POR PROBLEMAS	83
4.1.1 Base de dados	86
4.1.2 Lista de problemas	90
4.1.3 Evolução SOAP.....	92
4.1.4 Folha de acompanhamento.....	93
4.2 MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA: O CUIDADO CENTRADO NA MULHER	93
4.3 AS MULHERES PARA AS QUAIS ESTE ESTUDO SE DESTINA.....	97
5 COMUNICAÇÃO CLÍNICA E RELAÇÃO MÉDICA/O-PACIENTE: PROCESSOS E DINÂMICAS	103
5.1 COMPREENSÕES DA SEXUALIDADE POR MÉDICAS E MÉDICOS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	103
5.2 COMO E QUANDO A SEXUALIDADE APARECE NA CONSULTA DA APS? .	110
5.3 COMO MÉDICAS/OS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE PERGUNTAM SOBRE ASPECTOS DA SEXUALIDADE NA CONSULTA?	122
5.4 VETORES QUE INTERFEREM NA COMUNICAÇÃO DA SEXUALIDADE	128
5.4.1 Tempo de consulta	129
5.4.2 Vínculo e longitudinalidade.....	134
6 SEXUALIDADE E COMUNICAÇÃO CLÍNICA: BARREIRAS E DESAFIOS	138
6.1 BARREIRAS RELACIONADAS ÀS/AOS PACIENTES	140
6.2 BARREIRAS ESTRUTURAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA APS.....	144
6.3 BARREIRAS TÉCNICAS E FORMATIVAS	147
6.4 BARREIRAS RELACIONADAS À RELAÇÃO MÉDICA/O-PACIENTE	154
6.4.1 (Des)encontros de expectativas entre profissionais e pacientes no encontro clínico	159
6.4.2 Processos transferenciais associados ao gênero: médicas e pacientes mulheres.....	165
6.5 BARREIRAS RELACIONADAS À POPULAÇÃO LGBTQIA+	168
6.6 BARREIRAS RELACIONADAS À POPULAÇÃO IDOSA	177
6.7 BARREIRAS RELACIONADAS À ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA	180
6.8 BARREIRAS INTERCULTURAIS.....	195
6.9 BARREIRAS NA INTERSECÇÃO ENTRE SEXUALIDADE E RELIGIÃO.....	206
7. O ENSINO DA SEXUALIDADE NA MEDICINA: UMA ABORDAGEM PROPOSITIVA.....	223

7.1 O APRENDIZADO DA SEXUALIDADE NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CENÁRIOS POSSÍVEIS.....	223
7.1.1 Currículo formal da medicina.....	228
7.1.2 Violências e preconceitos na graduação médica	231
7.1.3 Currículo oculto da medicina	233
7.2 CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS E A NECESSIDADE DE MUDANÇA CURRICULAR: UMA PROPOSTA COM FOCO EM SEXUALIDADE E SAÚDE SEXUAL.....	236
7.2.1 Habilidades de comunicação e atitudes na clínica da sexualidade	244
7.2.2 Comunicação descomplicada e linguagem acessível	247
7.3 MÉTODOS EDUCACIONAIS E POSSIBILIDADES PEDAGÓGICAS NO ENSINO DA SAÚDE SEXUAL.....	250
7.3.1 OSCE	253
7.3.2 Videogravação de consultas	254
7.3.3 Grupos Balint.....	255
7.4 ELEMENTOS DE ENSINO DA SEXUALIDADE NA APS: CENÁRIOS E FORMAS DE APRENDIZAGEM.....	257
7.4.1 Canal teórico de comunicação clínica	260
7.4.2 Ambulatório TRANS	262
7.4.3 Educação permanente: capacitação na abordagem de saúde sexual	263
7.4.4 Desenvolvimento do corpo docente e da preceptoria.....	265
8. CONCLUSÃO E SÍNTESE.....	273
REFERÊNCIAS.....	280
ANEXO – FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL E-SUS APS - CI/E-SUS AB V.3.2	307

1 INTRODUÇÃO

A primeira parte do subcapítulo **Apresentação** busca, por um lado, esclarecer as estratégias de abordagem e flexão de gênero adotadas ao longo da tese, e, por outro, localizar os sentidos a partir dos quais certas noções ou palavras são empregadas no texto, tais como "sujeito", "paciente" e "usuária". Em seguida, na segunda parte, o problema da pesquisa é contextualizado desde a perspectiva prática e assistencial na APS – o que leva à terceira parte da apresentação, onde são abordadas as motivações, entre a vida pessoal e a trajetória profissional, que conduziram ao tema da comunicação em sexualidade. O próximo subcapítulo, intitulado **Contexto e problema de pesquisa**, inicia-se com uma discussão em torno da definição de mulher enquanto uma espécie de desafio epistemológico. A definição da sexualidade na saúde é brevemente introduzida na segunda parte, ao que se sucede, na terceira parte, uma argumentação sobre a importância do estudo e da abordagem da sexualidade no contexto da APS. No subcapítulo **Objetivos**, são descritos os objetivos gerais e específicos da pesquisa. Por fim, o subcapítulo **Desenho metodológico do estudo** oferece um panorama geral da metodologia aplicada, atravessando elementos como a pesquisa compreensiva, a hermenêutica-dialética de Habermas, as entrevistas narrativas e os grupos focais.

1.1 APRESENTAÇÃO

1.1.1 Nota inicial: premissas de linguagem e gramática de gênero

Neste início, esclareço as estratégias com relação às abordagens terminológicas e de flexão de gênero aplicadas à escrita desta tese para fazer referência a diversos indivíduos, como pacientes, profissionais, usuárias e usuários do sistema de saúde.

Sujeito

Por "sujeito", entende-se, aqui, o conceito de sujeito ético-político e de direitos, “pensado como um sujeito das relações intersubjetivas, da ação; um sujeito social, da ação comunicativa, da diferença e da identidade” (SILVEIRA; STRALEN, 2017, p. 949):

[...] o sujeito político é aquele que, reconhecido em sua diferença e singularidade, exerce sua participação cidadã em contextos públicos na defesa de direitos das particularidades das diferenças culturais e de minorias. (SILVEIRA; STRALEN, 2017, p. 945).

A noção de sujeito político está em construção permanente em contextos de interação social, inclusive na produção de subjetividades no contexto de relações de poder. Nesse sentido, este estudo nutriu-se profundamente dos estudos da pesquisadora Hevelyn Rosa Machert da Conceição (2021) em torno da criação do “sujeito mulher” pelas políticas públicas de saúde. A área de saúde da mulher configura-se como um terreno complexo de disputas políticas, sociais, históricas e religiosas, entre outras forças, cujos efeitos nas normativas de saúde tecem mudanças constantes. Assim, as mulheres, a priori portadoras de direitos reprodutivos e sexuais, são sujeitos interferidos continuamente por relações de poder estabelecidas em diversas esferas e com efeitos significativos no âmbito da saúde, de acordo com as tendências da saúde pública em vigor pelo Estado, como veremos ao longo do estudo.

Paciente

Com relação à palavra “paciente”, esta tem sua origem no latim *patiens* (derivado do verbo *patior*), que diz respeito àquele que sofre e não àquele que é passivo à intervenção médica (ISMAEL, 2005, p. 75). Trata-se ainda de um termo que é universalmente utilizado por profissionais de saúde (SAITO et al., 2013). A/o paciente torna-se sujeito de ação quando imprime sua autonomia no cuidado de si, no processo de saúde-doença no qual está inserido, corresponsabilizando-se por suas questões de saúde, e inserido em determinado contexto pessoal, familiar e social (FRANCO; BASTOS; ALVES, 2005).

Usuária e usuário

Os termos “usuária” e “usuário”, por sua vez, descrevem os indivíduos que fazem uso do Sistema Único de Saúde (SUS), exercendo um direito humano e social mediado pelas relações de cidadania (SAITO et al., 2013).

Gramática de gênero

Quanto à gramática de gênero, ao passo que as mulheres recebem um tratamento não equitativo, assimétrico e invisibilizado em relação aos homens nas mais diversas esferas da sociedade, isso também ocorre no uso que fazemos da linguagem (CERVERA; FRANCO, 2006). Se a língua pretende ser universal, ela não é neutra e pode ser sexista em suas expressões oral e escrita, revelando valores e prioridades sociais, culturais e históricas, como se observa na prática do androcentrismo (CERVERA; FRANCO, 2006; BEAUVOIR, 2016). Assim, buscando exercer uma linguagem inclusiva e equitativa na perspectiva de gênero, opto, na escrita desta tese, por uma linguagem não masculinizante e com prioridade pelo gênero feminino – o que também se justifica pelo fato de as mulheres comporem a maioria das pessoas entrevistadas neste estudo. Seguem alguns exemplos:

1. Ao fazer uso de substantivos ou adjetivos que indiquem ou qualifiquem um grupo de indivíduos de gênero misto ou indeterminado, como "participantes" e "pacientes", a designação de gênero começará sempre pelo gênero feminino. Por exemplo: em vez de dizer os participantes/pacientes, direi: *as/os participantes/pacientes*;
2. Exceção: no caso de substantivos masculinos terminados em -r utilizados em contextos onde o indivíduo relacionado é indeterminado, como "mediador" e "professor", a designação do gênero feminino virá ao final. Por exemplo: *o/a mediador/a, o/a professor/a*;
3. Sempre que possível, buscarei usar termos neutros, como "as pessoas".

Sobre as premissas linguísticas do texto, opto, também, pela pesquisa em primeira pessoa do singular inspirada em autoras/es (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000; DUARTE, 2004), que enunciam a importância das vozes se distinguirem e não se calarem ou se esconderem em um/a observador/a impessoal. Não há pesquisa neutra, considerando seus pressupostos éticos, políticos, temporais, territoriais, acadêmicos e outros. Não diferente, o discurso aqui apresentado está impregnado por minhas subjetividades, para além de um investimento acadêmico-científico, pelo meu lugar de fala e pela minha capacidade de ação, movimento e reflexão. Assim, foi de minha autoria a definição de objetivos, métodos, roteiros, entrevistas, grupos,

a interpretação dos dados e a condução da escrita, amparada pelo trajeto analítico-interpretativo. Compreendendo que a autora precisa se responsabilizar pelo próprio discurso e não se obscurecer nas transcrições das falas, esta investigação permitiu que a polifonia das vozes emergisse, constituindo-se um elemento fundamental da tese.

* * *

Neste momento em especial, seguindo-se à barbárie na condução da pandemia de covid-19 no Brasil, que ocupou mais da metade deste doutorado, torna-se cada vez mais clara a necessidade e urgência de nos posicionarmos diante do que vivenciamos enquanto sociedade. Esta tese, enquanto produção na área da Saúde Coletiva, não pode se abster. O corpo está vivo, o corpo da pesquisa, o corpo da pesquisadora e o corpo da ciência. Apesar de tantas adversidades, nós, mulheres – aqui o discurso se torna necessariamente coletivo – produzimos discursos, ideias e mudanças. Estes corpos, mais do que nunca, tornaram-se profundamente necessários como células de resistência, resiliência e transformação na contemporaneidade.

1.1.2 Onde é que essa história começa: o silêncio que ecoa

Falar é existir absolutamente para o outro.¹
(Frantz Fanon)

Onde as mulheres falam sobre sexualidade? Essa pergunta me persegue e eu persigo uma resposta desde que uma história aconteceu. Essa história é apresentada a seguir por meio de um registro ao mesmo tempo narrativo e reflexivo, que descreve um atendimento real e contextualiza o problema da pesquisa sob a perspectiva prática e assistencial da APS.

¹ FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Trad. Renato da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2008, p. 33.

* * *

Estamos em 2017, na cidade do Rio de Janeiro e, mais especificamente, na Clínica da Família Wilma Costa, localizada no Complexo do Dendê. Ainda é de manhã e os pacientes se acumulam nos espaços da clínica. Estou no consultório, quando alguém bate à porta: é Antônio, meu colega, preceptor e médico de família.

– Ana, você poderia me ajudar com o caso de uma paciente? É uma mulher branca, de 55 anos, que vem com frequência às consultas, queixando-se de dor. Mas todo o investimento da equipe² não produziu efeito em seu cuidado. Estou sentindo que há algo que não estamos conseguindo acessar ou que ela não quer dizer para nós. Você poderia atendê-la? Quem sabe ela traz alguma questão nova para você.

Ao seu pedido, respondo que sim, e a recebo em minha sala.

– Olá, Lúcia³. Antônio me passou seu caso e eu gostaria de propor que usássemos uma técnica chamada agulhamento seco⁴, que consiste em aplicar agulhas nos locais de dor, o que acha?

Não era de hábito começar as consultas dessa forma, uma vez que sigo as sugestões do RCOP (Registro Clínico Orientado por Problemas) para facilitar a comunicação clínica⁵. Mas achei que, nesse caso, as agulhas poderiam trazer um pouco de conforto físico, já que se tratava de uma paciente com dor crônica. Como trabalhávamos em um Centro de Saúde Escola (CSE) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), contei com o apoio de residentes e alunos para atender as demandas daquela manhã e, assim, pude dedicar mais tempo àquele encontro.

Ao examiná-la, percebo múltiplos pontos de tensão – há uma ampla contratura muscular em pescoço, ombros, musculatura paravertebral, sacroilíaca e

² O contexto do relato é uma Clínica da Família (CF), ou seja, trata-se de um local de prática da Atenção Primária à Saúde (APS), na qual o trabalho é estruturado em equipe, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). A equipe é composta por uma/um médica/o de família e comunidade, uma/um enfermeira/o, uma/um técnica/o de enfermagem e cinco agentes comunitárias/os de saúde.

³ Os nomes utilizados na narrativa são fictícios.

⁴ O agulhamento seco (ou "dry needling", em inglês) é uma técnica de tratamento para dores de origem musculoesqueléticas, a partir da inserção de agulhas de acupuntura na pele e músculo, com a função de tratar pontos-gatilho miofasciais. Na minha prática clínica, observei que a aplicação dessas agulhas pode ajudar pacientes a trazerem à tona demandas que estavam ocultas.

⁵ O prontuário utilizado na APS é denominado Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP), estruturado pelo método SOAP – acrônimo para Subjetivo (a história colhida do paciente), Objetivo (dados coletados na consulta, como exame físico e resultados de exames), Avaliação (suspeitas diagnósticas) e Plano (plano terapêutico compartilhado), conforme será explicado no decorrer da tese. No caso descrito, a consulta iniciou-se pelo objetivo (exame físico) e, após o agulhamento seco, retornou ao subjetivo, para que a história clínica fosse esclarecida.

pelve. Faço o agulhamento, peço que ela se mantenha deitada e tente relaxar. Permaneço na sala, aguardando o efeito das agulhas. Minutos depois, o silêncio é rompido por um choro vigoroso.

– Lúcia, agora conta pra mim, como posso lhe ajudar?

Por alguma razão, Lúcia deixa escorrer de si as suas dores, como um rio represado que precisa desaguar. É uma mulher casada desde muito jovem com o mesmo esposo, pai de seus filhos e há muitos anos um companheiro agressor, que insiste em manter relações sexuais com ela, mesmo sem o seu desejo ou consentimento.

– Eu não sei mais o que fazer. Finjo que estou dormindo, digo que estou cansada, que tenho dores, que estou doente, que não quero. Não adianta, ele faz isso à força.

Sua fala me toca e contorce por dentro, em um lugar comum a muitas de nós, ecoando uma história coletiva e secular de mulheres que, vítimas de violência, são silenciadas. À fala de Lúcia, segue-se uma espécie de suspensão temporal – em poucos segundos, alargados como se fossem horas, pergunto-me como acolher e fortalecer essa mulher para que ela possa responder ao que precisa por si mesma, retomando e apoderando-se de sua autonomia. Qual seria o meu papel, como médica de família e comunidade, em seu cuidado?

Essas perguntas, na vanguarda dos protocolos médicos de qualquer tempo, tocam no cerne da micropolítica dos cuidados em saúde. A sexualidade dessa mulher está marcada por desigualdades e opressões de gênero, seja no contexto familiar ou fora dele. Talvez esse caso não represente uma exceção, mas uma demanda de rotina que nós, profissionais de saúde, sob o aparato das instituições de saúde (e do Estado, enquanto instituição regulatória, que dita o que é ou não saúde da mulher), muitas vezes falhamos para acessar e oferecer o cuidado necessário.

Embora a fala de Lúcia tenha me desconcertado, estamos em uma consulta, e a prática clínica é indissociável da comunicação, da ação e da tomada de decisões. E se o compromisso ético-político da/o profissional de saúde não permite improvisos, há situações em que o único recurso é acessar primeiro o que sabemos e, então, depois, buscar lidar com o que ainda não se sabe. Foi assim que, juntas, eu e Lúcia, chegamos a um acordo: faríamos um novo encontro naquele mesmo dia à tarde. Mas, dessa vez, com a presença de seu esposo, Cláudio.

Estamos eu e Antônio diante de Lúcia e seu esposo. Todos se apresentam e começamos a conversa com base nos pressupostos da abordagem familiar⁶. Cláudio olha apenas para Antônio desde o primeiro momento, o que já indica quem será seu interlocutor. Conversamos sobre o acompanhamento de Lúcia e seu quadro de dor crônica, quando ela diz:

– Olha, Cláudio, aqui estamos para eu conseguir te falar uma coisa que você não ouve há uns 20 anos: "eu não quero mais transar com você". Já falamos de nos separarmos, mas achamos melhor não. Então eu quero é que você me deixe em paz, quero dormir em outro quarto, eu quero te dizer que não quero mais ter relações com você. E eu pedi ajuda aos profissionais, porque quando digo isso lá em casa, você não me dá atenção.

A fala de Lúcia traz algum alívio e esperança à sala. Até que Cláudio volta-se para Antônio e diz:

– Doutor, você que é meu médico, aqui entre nós, de homem para homem: se a sua mulher não quiser transar com você, você não vai fazer mesmo assim? Porque é papel da mulher satisfazer o homem.

* * *

Esse caso foi particularmente marcante na minha trajetória acadêmica e profissional. Como "uma névoa que se aclara" (BARRENTO, p. 21), talvez tenha sido a partir daquele dia que algumas das questões centrais a esta tese começaram a tomar forma. Questões em torno, por exemplo, dos motivos pelos quais sexualidade e as questões de gênero não são, de modo geral, priorizadas ou tratadas na consulta como condições de saúde. Ao que se somaram algumas primeiras hipóteses: estaria esse cenário mais relacionado à falta de validação social e histórica da sexualidade ou, então, à falta, entre profissionais de saúde, de ferramentas para lidar com a sua complexidade – da micro à macropolítica?

⁶ A APS apresenta a Estratégia Saúde da Família (ESF) como principal componente para a estruturação de uma assistência centrada no indivíduo, na família e na comunidade. O trabalho em saúde com famílias pressupõe o emprego de instrumentos que visam estreitar as relações com a equipe, desde os diagnósticos advindos do núcleo familiar, o planejamento das estratégias de ações em saúde e o acompanhamento das famílias. As ferramentas de abordagem familiar são tecnologias leves ou relacionais, que buscam ampliar a compreensão da pessoa e de suas relações com a família e a comunidade (FERNANDES et al, 2022). O trabalho com a família de Lúcia nos permitiu propor um plano de intervenção individualizado, com mudanças nas relações estabelecidas até então entre ela e seu marido.

No caso de Lúcia, eu poderia supor que sua busca por um atestado de doença em suas repetidas consultas comunicaria algo esperado por ela há anos: um adoecimento que permitiria afastar-se, enfim, do lugar a que foi submetida enquanto mulher e esposa; lugar limitado à sua função reprodutiva e sua capacidade de servir, seja ao prazer sexual do outro ou quaisquer outras demandas alheias aos próprios desejos. Doente, afinal, ela não poderia – e não precisaria – sujeitar-se à prática sexual forçada com o marido. Ao acompanhá-la, percebi, no desdobramento de seu caso, que Lúcia – vítima do machismo, de uma sociedade patriarcal, de um casamento infeliz e de estupros crônicos – mostrava-se cada vez mais consciente de si e de seus sofrimentos. E mostrava, igualmente, sua busca aflitiva por socorro: direcionada não a mim, mas ao Estado e ao sistema de saúde que, a rigor, sustêm a responsabilidade de garantir seus direitos e cuidados básicos.

Após esse atendimento, tornou-se evidente a importância de abordar a sexualidade no consultório e, mais do que isso, de encontrar os caminhos para saber fazê-lo.

1.1.3 "O movimento de uma mente livre quando brinca": um gesto exploratório

[...] é sempre por rizoma que o desejo se move e se produz.⁷

(Gilles Deleuze e Félix Guattari)

Em "Retrato do ensaio como corpo de mulher", Cynthia Ozick (2018) descreve o gênero do ensaio como "o movimento de uma mente livre quando brinca" (p. 225), como "o zunido do perpétuo perceber" (p. 232), associando-o ainda à ação de ruminar: "Ainda que o próprio tema seja a selva de leões e tigres, a questão é ruminar. O lugar do ensaio é junto à lareira, não na rebelião ou no safári" (ibid.). Sobre o mesmo tema, em "A ensaificação de tudo", Christy Wampole (2018) afirma:

⁷ DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs**: Capitalismo e Esquizofrenia, vol. 1. São Paulo: Editora 34, 2007, p. 23.

Esta é, no entanto, a força do ensaio: ele o leva a encarar aquilo sobre o que não se pode ter certeza. Ele exige que você esteja confortável com a ambivalência. [...] não se trata de descobrir, conquistar ou provar alguma coisa, mas simplesmente experimentar. (WAMPOLE, 2018, p. 244-245).

Embora o ensaio enquanto gênero textual não ocupe o lugar de objeto nesta tese, há algo desse "gênero intranquilo" – como o denomina João Barrento (2010) – que é constitutivo dos processos envolvidos na pesquisa, da escolha do tema à abordagem teórico-política em campo e na escrita. Porque se esta tese nasce de perguntas, ela busca menos responder a todas de forma definitiva do que explorar o percurso entre uma pergunta e outra, apresentando então esse percurso: um movimento animado pelo desejo e pelo compromisso com o conhecimento, mas, igualmente, pelas interlocuções (teóricas, afetivas, profissionais), contradições e "bolsas de silêncio, suspensões da significação, bolhas em que o leitor pode respirar, interrogar, espantar-se, adivinhar" (BARRENTO, 2010, p. 35). Assim como no ensaio, aqui "o leitor divide a tarefa de compreensão com o escritor" (HAZLITT, 2018, p. 70).

* * *

Quando a abordagem de mulheres na perspectiva da atenção à saúde sexual e reprodutiva torna-se objeto de um desconforto singular, com ecos no trânsito entre minha vida pessoal e profissional, formulam-se os primeiros questionamentos que, mais tarde, seriam desdobrados e reformulados para, enfim, encontrar nesta tese um de seus destinos. São questionamentos que me capturam com tal força que, a partir de certo ponto, tornou-se inevitável debruçar-me sobre eles; o resultado natural foi, por meio de uma espécie de gesto exploratório, movimentar essas questões em direção a estudos sobre os temas e desafios que elas convocam – desafios como, por exemplo, superar a abordagem míope na formação em medicina da sexualidade e da noção de mulher, assim como da comunicação clínica em torno desses temas.

A escolha por questionar uma verdade biomédica aparentemente inevitável emergiu de uma prática clínica e de ensino na qual conceitos fixos se esbarram na fluidez das problemáticas cotidianas. Assim como o idioma, este mar vivo de palavras e sentidos sobre os quais nós, falantes, operamos transformações

contínuas, os conceitos também se deslocam. No âmbito desta tese, o desconforto mencionado acima intensifica-se à medida que enrijecimentos conceituais parecem barrar ou dificultar a produção de deslocamentos fundamentais, de ordem tanto prática, teórica e conceitual quanto institucional. A existência deste trabalho, portanto, associa-se diretamente a uma decisão: desafiar o que se apresenta como inflexível para explorar deslocamentos, relações e desvios. Assim, o movimento denota um eixo e um mecanismo desta pesquisa.

Entre as motivações que me conduziram ao tema comunicação da sexualidade da mulher, tenho muitas – da história, da clínica, da saúde, dos direitos e da justiça social, da pedagogia, da arte, da criatividade e das múltiplas narrativas sobre o corpo. A sexualidade está em nós e está no mundo, está nas relações, nos olhares, nos gestos e nas ações. A sexualidade é potência em vida, mas como ela é compreendida por profissionais de saúde?

Desde que a pesquisa ainda era um projeto, pergunto-me: qual tom assumir neste estudo? E a partir de quais lugares devo ouvir, pensar e escrever? São questões que me remetem ao aspecto inerentemente subjetivo de determinadas pesquisas: não há texto que não se relacione de algum modo à experiência do sujeito. Aqui, um sujeito mulher em permanente construção e que, inúmeras vezes, buscou apoio em consultórios médicos, mas saiu com a sensação de não ter sido compreendida.

Talvez esse hiato tenha me deixado mais atenta aos estudos e à docência de comunicação clínica. Fazendo uso de minha formação disciplinar de médica de família e comunidade para olhar para dentro e para o outro, certifico-me de que para produzir conhecimentos neste campo é preciso estar em conexão com as subjetividades dos encontros. As transferências⁸, do ponto de vista psicanalítico,

⁸ A transferência é um processo inconsciente por meio do qual a/o paciente imprime, em seu relacionamento com a/o profissional, conflitos e sentimentos primitivos da infância, com uma reativação de emoções passadas, o que pode gerar variadas e intensas interações afetivas. A *transferência positiva* está associada às sensações de cuidado e segurança, o que pode ser benéfico no tratamento. Na *transferência negativa* pode haver atitudes estruturadas em sentimentos como raiva, desprezo e desconfiança, os quais podem se exprimir em distanciamento e dificuldade de cooperar, dentre outros (NOGUEIRA-MARTINS, L. A.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F., 1998; TAHKA, 1988). A contratransferência compreende as reações inconscientes de médicas/os às/aos pacientes, em relação aos seus próprios protótipos infantis ou à transferência destes (LAPLANCHE, 2001). A contratransferência negativa está relacionada a uma resposta hostil ao estado e às emoções de pacientes, por razões diversas, como insatisfação com o trabalho, insegurança, cansaço, pouca escuta, inabilidade em lidar com sofrimentos e pressão. A contratransferência pode ser positiva, negativa ou expressar um misto de elementos coerentes com a complexidade do encontro clínico (NOGUEIRA-MARTINS, L. A.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F., 1998; TAHKA, 1988).

estão no encontro clínico e pedagógico. Destes, me surgiram muitas perguntas, desde a carência de ferramentas sobre a comunicação da sexualidade, bem como dos percursos para descobri-las ou rascunhá-las, em ressonância com os pares. A falta, nesse caso, produz e "cria-atividade".

Percorro, aqui, um movimento como o "de uma mente livre quando brinca" (OZICK, 2018, p. 225) – para retomar a citação que dá título à seção –, definido por idas e vindas, aproximações e afastamentos, e operado diante de reverberações do tema sobre a multiplicidade constitutiva deste sujeito: pesquisadora, professora, médica, mas, sobretudo, mulher e mãe – estes últimos particularmente afetados pela constituição patriarcal da sociedade.

Nos passos que dei, senti na pele o trânsito de possibilidades com camadas de privilégios, desde minha branquitude às relações de poder intrínsecas à medicina, as quais me ilustram vantagens, bem como limites ao meu lugar de fala. Em contrapartida, senti no corpo o peso e a dor de engravidar no início do doutorado, tornar-me mãe e vivenciar o puerpério em tempos de pandemia de covid-19, sem rede de apoio familiar, como se não fosse caos o bastante, passar por uma separação conjugal no ano final da tese. Para além da solidão, do adoecimento coletivo e dos extremos políticos que tocaram a todas/os nesse período histórico, houve de haver esperança.

Apesar do dominó de solavancos, desejo que esta pesquisa comunique também os silenciamentos de gênero – a sobrecarga, a exaustão, as dificuldades da vida profissional e a difícil tarefa de sobreviver a tantas demandas. E se a tese assume seus traços autobiográficos na medida em que se posiciona a partir da multiplicidade do sujeito que escreve e dos diálogos que estabelece, que a leitora ou leitor acolha o convite para que assumo seu lugar na produção de sentidos ao percorrer este texto. Como escreve Roland Barthes,

[...] um texto é feito de escrituras múltiplas, oriundas de várias culturas e que entram umas com as outras em diálogo [...]; mas há um lugar onde essa multiplicidade se reúne, e esse lugar não é o autor, como se disse até o presente, é o leitor. (BARTHES, 2004, p. 64).

Estudar a sexualidade e suas confluências na medicina, nas políticas de saúde, na filosofia, nos estudos feministas, na história e na educação foi um

exercício que resultou, por um lado, no reconhecimento de novas margens e limites ao sujeito pesquisadora, mas também, por outro, na invenção de um modo próprio de povoar os temas e questões a que se dedicam esta tese. E enquanto nas forças que movem todo esse processo há fatores de ordem pessoal e íntima, há também, na mesma medida, ecos e materialidades da vida profissional.

Ao longo dos anos em que a pesquisa se desenvolveu, atuei como professora da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (UnB), lotada na área de Medicina Social, desde abril de 2018. De março de 2019 a junho de 2021, fui supervisora do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade dessa instituição (PRM-MFC UnB-HUB), interrompendo esta atividade para a minha licença maternidade e licença-doutorado de um ano e meio (agosto de 2021 a janeiro de 2023). Em março de 2023, retornei à prática assistencial da APS como preceptora de campo do PRM-MFC UnB-HUB, após ser aprovada no concurso da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

Trabalhei pela integração pedagógica dos PRM-MFC de três instituições do Distrito Federal – Universidade de Brasília (UnB), Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – a partir da idealização e da estruturação pedagógica do Canal Teórico de Comunicação Clínica (CTCC), que se configurou um espaço formativo unificado para residentes e preceptores dos três programas. Nesse sentido, estive ética e pedagogicamente implicada com o campo de pesquisa e diretamente envolvida no seu cotidiano desde 2018.

Em ressonância com as/os colegas nas esferas da gestão do programa da UnB e do aspecto pedagógico-formativo, investiguei as experiências das pessoas para apreender o significado que atribuem à realidade e às suas ações, em razão do meu foco no ensino da comunicação clínica.

1.2 CONTEXTO E PROBLEMA DE PESQUISA

1.2.1 Mulher: um conceito no gerúndio

A definição de mulher, enquanto conceito ou categoria, em particular na perspectiva da saúde, apresenta-se como uma espécie de desafio epistemológico, corroborado pelas tantas singularidades entre aquelas que são e se denominam mulheres, as múltiplas expressões do que é ser mulher e, ainda, as infinitas histórias de como se configura a existência de uma mulher. Parece necessário, portanto, contextualizar esse conceito histórica e politicamente, dando-lhe forma e sustentação para articular o arcabouço de elementos à sua volta – como, por exemplo, as influências da constituição dos sexos e gêneros de acordo com um regime sexual binário (ROHDEN, 2001; VIEIRA, 2002; MARTIN, 2006; BUTLER, 2014) ao modo como a categoria mulher é compreendida no âmbito da saúde.

De uma perspectiva geral, a noção de mulher constitui-se por meio de relações entre em várias áreas – da medicina à literatura, do direito à psicanálise, da história à educação –, criando discursos e delineamentos comportamentais a seu respeito que, quando lidos sob lentes multifocais, não resultam em um conceito único, definitivo ou universal. Na área da saúde pública, no entanto, é desafiador pensar na definição de mulher como não pronta ou, ao menos, uma categoria que se deriva em várias outras – a suposta universalidade na distinção histórica e política do termo mulher (BUTLER, 2014) não parece ser suficiente diante da multiplicidade das experiências de ser mulher. Essa ponderação sobre o termo permite examinar como as políticas, elas próprias, criam definições que acabam por se naturalizar, podendo produzir exclusões (CONCEIÇÃO, 2021).

Considerando que esta pesquisa transita dos âmbitos macro ao micropolítico da saúde pública, interessa à tese um conceito aberto e fora de uma definição última, de forma que a mulher para a qual se destina a política pública possa existir e se personificar enquanto sujeito no processo de cuidado que lhe é destinado. A saúde da mulher se configura de forma dinâmica, está sempre em elaboração junto aos inúmeros fatores que interpelam o modo de se viver em sociedade. As repercussões da pandemia de covid-19 – desemprego, sobrecarga, aumento da

violência doméstica – são um exemplo contemporâneo de uma saúde que não está posta e que precisa ser observada em seus desdobramentos cotidianos.

Este estudo, portanto, se debruça sobre as mulheres diante da urgência em se discutir a sexualidade e seus atravessamentos no campo da saúde para novas possibilidades comunicacionais, que possibilitem a inovação de práticas. A escolha por estudar especificamente a atenção dada à sexualidade das mulheres como uma questão de saúde integral se deve ao meu desejo de compreender como as políticas de saúde da mulher se projetam no campo prático do cuidado.

1.2.2 Definição da sexualidade na saúde

A saúde e o bem-estar sexual e reprodutivo são essenciais para que as pessoas tenham uma vida sexual responsável, segura e satisfatória.⁹

(WHO – World Health Organization)

A sexualidade revela-se como um componente central da saúde integral, está intrínseca à vida cotidiana dos sujeitos, podendo ser, frequentemente, causa de angústia e adoecimento (CIASCA; HERCOWITZ; LOPES JUNIOR, 2021; WHO, 2006, 2011). Em suas dimensões de experiência e acontecimento, ela se traduz em um arranjo vivo e dinâmico, que demanda diálogos transdisciplinares para ser abordado em sua profundidade e espessura (DALL´AGNOL, 2003; HEILBORN, 1997).

A sexualidade é um termo polissêmico, com conotações epistemológicas marcadas por contextos sociais e históricos, relações de poder e outras dimensões da experiência humana (UN, 1995; UN, 1996). Neste estudo, eu me debruço sobre a sua interlocução com o campo da saúde e, portanto, opto por fazer uso da compreensão multidimensional adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), definida na reunião de consulta técnica sobre saúde sexual, em Genebra, Suíça, ocorrida em janeiro de 2002 (WHO, 2006):

⁹ WHO, World Health Organization. **Defining sexual health:** Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002. Geneva: World Health Organization, 2006, p. 1, tradução nossa.

A sexualidade é um aspecto central do ser humano ao longo da vida e abrange sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é vivenciada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem todas são sempre vivenciadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais. (WHO, 2006, p. 5, tradução nossa).

Essa interpretação é demasiada coerente com os sentidos produzidos nesta pesquisa, como será visto nos capítulos subsequentes. Opto por esse conceito ampliado de sexualidade, pensando na convergência de tal percurso teórico na fundamentação da sexualidade como um dos pilares da saúde integral dos sujeitos.

A sexualidade é atravessada por um conjunto de dimensões da experiência humana, associadas a marcadores sociais como gênero, idade, classe, raça e orientação sexual (WHO, 2006). No atendimento integral em saúde, ela exige não apenas uma abordagem positiva, acolhedora e respeitosa, mas também ser compreendida em seus diversos entrelaçamentos, incluindo desde gênero, reprodução, relações seguras, livres de discriminação e violência, até seus aspectos simbólicos, como erotismo, prazer, intimidade e valores atrelados às práticas sexuais (LOYOLA, 2003; UNITED NATIONS, 1995; UNFPA BRASIL, 2007; WHO, 2006, 2010, 2017).

A manifestação da sexualidade, portanto, não se limita ao domínio relacional ou ação específica entre sujeitos, como a relação sexual. A sexualidade implica um movimento contínuo e multifacetado, presente em primeiro lugar no âmbito individual. Pode operar na vida das pessoas em diferentes práticas e sentidos, ainda que regulada por poderes hegemônicos nas esferas política, econômica, religiosa, jurídica, cultural e moral, as quais, por sua vez, podem se materializar como importantes causas de adoecimento. Nesse sentido, uma vez que o imperativo da saúde pública é construir sociedades sexualmente saudáveis para os diferentes ciclos de vida, validando-a em suas múltiplas dimensões, o conhecimento da prevalência dos problemas relacionados à saúde sexual torna-se um componente importante (WHO, 2006) – daí a relevância de se produzir pesquisas e indicadores de saúde sólidos na área. Destaca-se, ainda, que a compreensão do que é ou não saudável constrói-se na conjuntura individual, familiar, comunitária, social, política e

cultural, em determinado tempo, com suas interseccionalidades de gênero, raça, classe, idade e espaços, não sendo homogênea ou estática.

1.2.3 Por que estudar a comunicação da sexualidade no âmbito da APS?

A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada e o principal meio de contato das usuárias com o sistema de saúde no Brasil (BRASIL, 2017a). Trata-se de um nível de atenção em saúde que exerce a coordenação do cuidado, com a responsabilidade intrínseca de resolução dos problemas de saúde da população e da organização de fluxos com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017a, 2020; STARFIELD, 2002).

O trabalho da equipe multiprofissional é voltado à população adscrita, em território definido sob sua responsabilidade sanitária, e busca resolver as demandas em saúde mais prevalentes e relevantes; ele é balizado nos determinantes e condicionantes de saúde, bem como na democratização do acesso para toda e qualquer pessoa, sendo:

[...] proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras. (BRASIL, 2017, n.p.).

Nesse cenário, a Estratégia Saúde da Família (ESF) consolidou-se como uma proposta política de reorientação do modelo assistencial, gerando mudanças importantes nas ações em saúde, junto às/aos usuárias/os. Destas, destaca-se a atenção à pessoa como um todo, com valorização das queixas relacionadas às condições de vida, às famílias e ao território, vislumbrando a comunicação sobre processos de adoecimento, para além de doenças orgânicas (FERNANDES, 1993; FRANCO; BASTOS; ALVES, 2005; STARFIELD, 2002).

A APS constitui-se a base do sistema de saúde e é capaz de produzir melhorias sustentáveis na saúde da população (BRASIL, 2020). Suas ações de saúde visam o seguimento clínico continuado e envolvem um amplo alicerce de cuidado, compondo “promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde” (BRASIL,

2017a, n.p.). Pela amplitude da carteira de serviços a que se propõe, apresenta condições logísticas, estruturais, humanas, bem como conhecimento técnico-assistencial para exercer um cuidado adequado na abordagem da sexualidade e no efetivo exercício da equidade e dos direitos sexuais e reprodutivos das/dos usuárias/os.

Nesse contexto, a consulta parece ser um importante lócus de cuidado e vem sofrendo adequações constantes. A partir da década de 90, estudos sobre a investigação de aspectos subjetivos do cuidado e modelos de consulta na APS se ampliam no Brasil, trazendo possibilidades para além da abordagem de viés biomédico (CAPRARA; RODRIGUES, 2004; ONOCKO CAMPOS, 2005). No que concerne à comunicação da sexualidade, a expansão da ideia de consulta e das formas de estruturá-la e conduzi-la em muito importa, visto que o encontro clínico pode produzir tanto barreiras, como serão vistas extensamente nesta tese, como maior satisfação de pacientes, garantindo melhores desfechos para a saúde individual, familiar e comunitária (CAPRARA; RODRIGUES, 2004; COVERDALE; BALON; ROBERTS, 2011; PRETORIUS; COUPER; MLAMBO, 2021; SARNO et al., 2021; WHO, 2010).

Infelizmente, ainda prevalecem as inúmeras dificuldades em investigar queixas sexuais de pacientes durante os atendimentos de rotina (BAYER et al., 2017; OBEDIN-MALIVER et al., 2011; RUFINO, MADEIRO e GIRÃO, 2013; WAGNER, 2005), o que pode influenciar negativamente a qualidade da assistência prestada (LEIBLUM, 2001; RIFFENBURGH; STRASSMAN, 1967; SHINDEL et al., 2010; SOLURSH et al., 2003; PEDROSA e SPINK, 2011). Diante desse extenso desafio, a tese se propõe a revelar e discutir as lacunas na abordagem da sexualidade, bem como a refletir sobre os elementos que sustentam as raízes desta problemática.

Apresenta, pois, a urgência na implementação de mudanças visando à aquisição de competências na formação de médicas/os e possíveis estratégias comunicacionais capazes de operar em prol da autonomia e do enfrentamento às iniquidades no âmbito da saúde sexual, debate ainda embrionário na educação médica brasileira. O contexto da APS, também da perspectiva pedagógica, se mantém em foco em toda a evolução do estudo, de forma ampliada, abordando a atuação de estudantes, residentes, preceptoras/es, professoras/es e de toda a equipe de Saúde da Família (eSF). No âmbito da residência médica, o currículo

baseado em competências proposto pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC, 2014) também será discutido, em interlocução com outros modelos curriculares.

O ensino, o conhecimento e a aplicação de técnicas comunicacionais que proporcionem uma melhor qualidade na relação, da história sexual ao plano terapêutico na consulta da APS é tão fundamental quanto complexo. Nessa conjuntura, as escolas médicas são convocadas a reconhecer a saúde sexual como domínio curricular, que se mantém historicamente negligenciado, bem como a avançar na construção de competências de forma articulada no conjunto disciplinar (SOLURSH et al., 2003).

Como será descrito ao longo do trabalho, o tema sexualidade delinea uma trajetória histórica de disputas várias – política, programática, econômica, religiosa, de gênero, de classe, de raça – e nos convida a apreciar, na medida do possível, espectros complexos da humanidade. Não por acaso, diante de um tema tão extenso, me senti compelida a contextualizá-lo enquanto um direito à saúde e, mais profundamente, um direito à dignidade humana, compondo, assim, as políticas públicas de saúde. Antes de chegar à reflexão sobre o encontro clínico, percorri um caminho centrípeto sobre elementos que geram implicações na sexualidade das mulheres, afunilando aos poucos minha compreensão. Assim, pude escutar, refletir e escrever sobre o que pensam as/os profissionais de saúde estudadas/os sobre o objeto apresentado, circunscrito nas tensões deste tempo, espaço e profundidade da pesquisa, o que revelou parte de seu percurso de valores, sentidos e posicionamentos acumulados, apresentado pelos relatos de casos narrados (na entrevista narrativa) ou em ressonância com os pares (nos grupos focais). Nestes, podendo sofrer interferências da simbologia grupal, de classe, gênero e raça.

Não hesito que o tema possa ser um incômodo às/aos participantes, leitoras/es e às instâncias médicas. Logo, observo os fenômenos da forma mais sistêmica e exequível possível para os fins pretendidos, sem, no entanto, desconsiderar os limites epistemológicos. É importante esclarecer de antemão, que não se trata aqui de construir um discurso protocolar sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF) ou para a especialidade de medicina de família e comunidade (MFC), mas, sobretudo, de trazer à tona discussões contemporâneas e articular a práxis de profissionais à produção acadêmica, com criticidade. Mais do que buscar soluções, parece-me central, neste trabalho, qualificar as perguntas e sugerir contrapontos

para que as questões sexuais na comunidade passem a ser identificadas e valorizadas.

Assim, naveguei pelas nuances da sexualidade na saúde, investigando-a como uma demanda de âmbito individual, relacional, familiar e comunitário. No caminho de valorizar as subjetividades do trabalho em saúde, na sua interlocução com a educação médica, busquei tatear a abordagem da sexualidade por médicas/os de família e comunidade, escutando sobre suas práticas e auxiliando-as/os a esclarecer e a desmistificar pressupostos arraigados, com expectativas sobre o potencial deste estudo para sensibilizá-las/os e instrumentalizá-las/os para lidarem melhor com questões da sexualidade das mulheres – o que envolve seu acolhimento, sua legitimação e condução.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Analisar os sentidos atribuídos à abordagem da sexualidade das mulheres na comunicação clínica de profissionais da medicina atuantes nos programas de residência em medicina de família e comunidade da rede de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Mapear e explorar casos, histórias e narrativas sobre a abordagem da sexualidade, relacionando-as à prática da comunicação clínica nas consultas às mulheres;
2. Caracterizar as concepções de médicas/os de família e comunidade sobre a abordagem da sexualidade das mulheres;
3. Identificar as dificuldades e estratégias de comunicação clínica de profissionais de saúde sobre a sexualidade das mulheres na consulta médica da Atenção Primária à Saúde.

1.4 DESENHO METODOLÓGICO DO ESTUDO

Método é caminho indireto, é desvio.¹⁰

(Walter Benjamin)

Os parâmetros metodológicos deste trabalho passam pela abordagem da pesquisa compreensiva, ancorando-se nos princípios da hermenêutica-dialética de Habermas (2012), com foco na problematização dos sentidos atribuídos pelos sujeitos aos fenômenos e às relações em que se inserem, em um processo denominado "método de interpretação de sentidos" (GOMES, 2008; GOMES, 2015).

As/os participantes da pesquisa são profissionais médicas/os de família e comunidade atuantes nos programas de residência médica em medicina de família e comunidade do Distrito Federal da Universidade de Brasília (UnB), da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

O estudo apoiou-se na triangulação de métodos, incluindo como procedimentos de coleta de dados a entrevista narrativa e o grupo focal. A coleta dos dados foi aprovada pelos Comitês de Ética¹¹ das três instituições envolvidas e documentada em diário de campo e gravação de áudio e vídeo. A estrutura metodológica está sintetizada na figura 1:

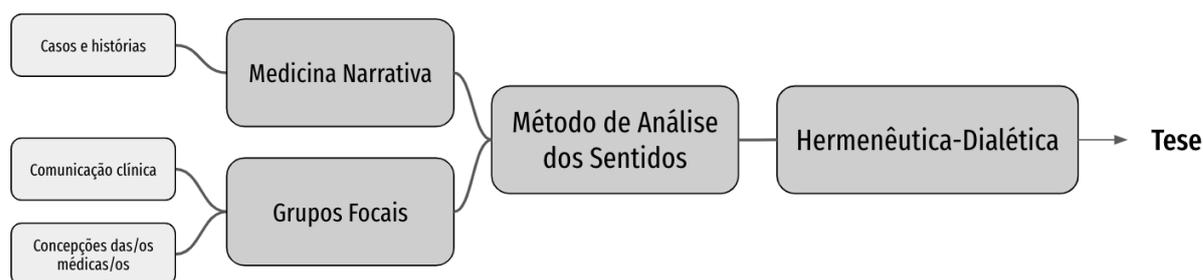


Figura 1 - Estrutura metodológica da pesquisa

Fonte: elaborada pela autora, 2023.

¹⁰ BENJAMIN, Walter. **Origem do drama Barroco Alemão**. São Paulo: Brasiliense, 1984, p. 50.

¹¹ Esta pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética 5558 - Universidade de Brasília (CAAE: 50899521.2.0000.5558); 8027 - Fundação Oswaldo Cruz (CAAE: 50899521.2.3002.8027); e 5553 - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/ FEPECS/ SES/ DF (CAAE: 50899521.2.3001.5553).

Conforme pode ser visto na figura 1, a estrutura metodológica da pesquisa se estabeleceu de forma processual, fazendo uso dos métodos e instrumentos de coleta e de análise escolhidos.

Esta pesquisa se nutriu profundamente de áreas das humanidades, buscando diálogos e caminhos possíveis entre a medicina e a filosofia, a história, a comunicação e políticas públicas. O campo da antropologia, ainda, contribuiu significativamente para o conhecimento de referenciais teóricos e metodológicos capazes de articular elementos oriundos das ciências sociais e ciências da saúde.

A sexualidade é ampla e interseccional e assim deve ser mirada pelo campo da saúde; todavia, ainda são incipientes as publicações brasileiras que tratam questões de gênero e sexualidade que garantam um aporte teórico consistente às/aos profissionais de saúde, em especial àquelas/es que atuam no âmbito clínico-assistencial (AQUINO, 2006; PEREIRA; MONTEIRO, 2015).

2 POLÍTICAS PÚBLICAS, DIREITOS E SEXUALIDADE

Este capítulo apresenta o contexto histórico de importantes movimentos políticos relacionados à saúde da mulher, em âmbito mundial e nacional. Revela a saúde sexual não apenas como um direito à saúde, mas como um direito à dignidade humana, o que baliza a importância deste estudo em termos práticos – este direito precisa ser garantido às/aos pacientes em suas consultas, no uso dos serviços de saúde. Ele mostra como o advento das políticas públicas do Sistema Único de Saúde foram estruturantes para a garantia, mesmo que ainda parcial, dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras. Discute, ainda, como as iniquidades em saúde – em seus aspectos raciais, classistas, etários, religiosos, culturais, educacionais, geográficos, de orientação sexual e de identidade de gênero – podem gerar implicações na sexualidade e na vivência de sofrimento das mulheres, bem como a importância da perspectiva das interseccionalidades por profissionais de saúde para a compreensão de que características contextuais influenciam a saúde, inclusive a sexual e reprodutiva.

2.1 A CONQUISTA DE DIREITOS À SAÚDE SEXUAL: PERSPECTIVAS GLOBAIS

O empoderamento e a autonomia da mulher e a melhoria de seu status político, social e econômico são, em si mesmas, um fim de alta importância.¹²

(Organização das Nações Unidas – ONU)

O direito à saúde é indissociável ao fundamento da liberdade, da justiça social e a outros direitos concernentes à dignidade humana. Direito à vida e à liberdade; acesso aos direitos de forma equitativa e universal, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza; acesso aos serviços públicos, à proteção social, à vida cultural e aos benefícios do progresso científico; direito e acesso à alimentação segura e nutritiva; direito à água potável e ao saneamento, ao meio ambiente sustentável, à educação,

¹² *In*: UNFPA BRASIL. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Conferência do Cairo)**. [s.l.], 2 jan. 2007, p. 49. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: 12 de ago. 2023.

à moradia, ao trabalho, à igualdade e à não discriminação, à liberdade de crenças, bem como ao acesso à informação (IPEA, 2021; ONU, 2015; UN, 1948).

A concepção de saúde, em sua origem, está conectada aos direitos humanos, à comunidade onde se vive, às suas instituições e particularidades (ONU, 2015; WHO, 2006). As políticas e os programas de saúde têm o potencial de promover ou violar esses direitos, dependendo do contexto em que são pensadas e desempenhadas (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2007; WHO, 2006).

Nesse íterim, a conquista do direito à saúde sexual e reprodutiva é recente e advém das últimas três décadas do século XX, fruto da convergência de inúmeras lutas por direitos humanos. Esse período traz como marcos uma série de transformações sociais em direção a uma maior abertura sexual nas sociedades ocidentais, o que gerou mudanças globais na compreensão do comportamento sexual, como o desenvolvimento de novas tecnologias contraceptivas, o enfrentamento da disfunção sexual, a pandemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV), bem como os avanços na interlocução da sexualidade com a saúde mental, o bem-estar e outros aspectos da vida (WHO, 2006). Todas essas mudanças convocaram a medicina, profissionais de saúde, gestoras/es e pesquisadoras/es a se posicionarem a partir de novas abordagens à sexualidade humana.

A contemporaneidade dessas pautas surpreende. O conceito de saúde reprodutiva foi ampliado apenas em 1988 pela OMS, buscando transcender a perspectiva biomédica para além do pré-natal, parto e puerpério para abarcar as dimensões sociais da reprodução, a discussão sobre aborto e as condições ginecológicas (MEDEIROS, 2012; UNFPA BRASIL, 2007; UN, 1996; VIEIRA, 2002). Demorou mais de trinta anos para que os programas de planejamento familiar no mundo todo comesçassem a incluir a sexualidade nos atendimentos. Questões relativas à saúde sexual e ao gênero foram incorporadas como fundamentais na saúde reprodutiva apenas em 1994, no Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (UN, 1995; WHO, 2006).

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) (UN, 1995), realizada na cidade do Cairo, no Egito, em 1994, simbolizou um marco histórico na evolução dos direitos das mulheres ao contextualizar os direitos humanos e sexuais às perspectivas de gênero. Representou uma mudança de paradigma por sustentar a defesa por autonomia, cidadania e emancipação das

mulheres, a ampliação do acesso à saúde, a conquista da igualdade de gênero e o enfoque na saúde sexual, em detrimento de políticas e programas destinados ao controle do crescimento populacional para a melhoria social e econômica dos países, priorizados até então (UNITED NATIONS, 1995; UNFPA BRASIL, 2007).

O encontro, de viés progressista, produziu acordos internacionais entre 191 países, incluindo o Brasil (UN, 1995). Tais compromissos foram ampliados na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na cidade de Pequim em 1995 e conhecida como Conferência de Beijing (UNITED NATIONS, 1995; UNFPA BRASIL, 2007; UN, 1996). Na ocasião, os debates sobre gênero foram intensos, e os discursos de países com políticas mais conservadoras distinguiam-se daqueles de países com uma certa experiência no enfrentamento às desigualdades de gênero, como o Brasil, que, na figura do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 1984), despontava com ações destinadas à saúde da mulher (CONCEIÇÃO, 2021).

No âmbito dos debates e diretrizes internacionais em saúde, a saúde sexual delineou-se, portanto, de forma intrínseca à conquista, à manutenção, à proteção e ao respeito dos direitos humanos e reprodutivos (UN, 1995; UN, 1996), e foi compreendida pela consulta técnica sobre saúde sexual da OMS como:

[...] um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade; não é meramente a ausência de doença, disfunção ou enfermidade. A saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e das relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de coerção, discriminação e violência. Para que a saúde sexual seja alcançada e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e cumpridos. (WHO, 2006, p. 5, tradução nossa).

Houve uma evolução conceitual desde a definição de "saúde sexual" por parte de um grupo de especialistas da OMS, de 1975, que a descreveu como "a integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual de maneiras que são positivamente enriquecedoras e que melhoram a personalidade, a comunicação e o amor" (WHO, 1975, p. 06). Ao menos tecnicamente, a compreensão da sexualidade e sua relação com a saúde e o viver em sociedade passa a ser mais abrangente, com especial atenção à definição de termos como sexo, sexualidade e direitos sexuais, cujas distinções tornam-se

fundamentais para a democratização dessa discussão em diferentes culturas e idiomas (WHO, 2006).

As definições em saúde sexual também são fundamentais para que elas sejam nomeadas adequadamente por programas de saúde, formuladoras/es de políticas e trabalhadoras/es que atuam no campo da sexualidade humana (WHO, 2006). Entidades como a World Association for Sexual Health (WAS) – Associação Mundial pela Saúde Sexual (AMSS) – (WAS, 2008), em coerência com a WHO (2006) e UN (1995), entendem a saúde sexual como uma importante questão de saúde pública, cujo cuidado envolve prevenção, promoção e tratamento de questões sexuais, pautado na justiça social e nos direitos humanos.

Os direitos sexuais e reprodutivos são igualmente legitimados pela agenda política mundial como valores democráticos a serem garantidos (WAS, 2008; WHO, 2006, 2010) a fim de que "as pessoas tenham capacidade legal e política de fazer escolhas relacionadas à vida sexual e reprodutiva" (COLLINS; BILGE, 2021, p. 133), e sua operacionalização no cuidado em saúde e na prática assistencial prevê seu reconhecimento por profissionais de saúde.

Tais direitos seguem sendo adaptados constantemente às demandas do mundo contemporâneo e incluem: o direito à liberdade, à autonomia e à privacidade sexuais; o direito a uma vida sexual satisfatória, segura e prazerosa; o direito à expressão sexual emocional; o direito à educação sexual; o direito à equidade sexual e de gênero; o direito à integridade corporal; o direito a relações sexuais afetivas consensuais; o direito às decisões reprodutivas responsáveis e livres de discriminação, coerção e violência; o direito à informação baseada no conhecimento científico; o direito à assistência clínica adequada em saúde sexual, com profissionais de saúde com tolerância e compreensão; o direito de acesso ao cuidado integral de HIV/AIDS e outras IST (UNITED NATIONS, 1995; UNFPA BRASIL, 2007; SINDING, 2004; UN, 1995, 1996; WAS, 2008; WHO, 1975, 2006, 2010).

O exercício desses direitos depende primariamente da aposta do governo vigente na defesa e garantia de políticas e programas de saúde que vislumbrem a saúde sexual como fundamental para os sujeitos e a comunidade (AQUINO et al., 2003). Não obstante, o amparo legal ainda não garante, isoladamente, que as pessoas desfrutem das conquistas institucionais. Na conjuntura da saúde, há um encadeamento de fatores para que a saúde sexual seja uma aposta de cuidado

integral, dentre os quais estão os programas de saúde, o acesso à assistência, assim como a atitude profissional e o exercício de respeito mútuo entre as pessoas (WHO, 2006).

Nesse sentido, a atuação da AMSS, da OMS e de instituições parceiras permanece fundamental ao colaborar com governos, com a gestão em saúde e com quem presta cuidados de saúde na atualização e adequação das abordagens em saúde sexual (WHO, 2006). Diante disso, interessa a esta pesquisa compreender como essas questões de saúde sexual em particular, quando definidas de forma sistêmica e abrangente, interferem no modo como médicas e médicos de família e comunidade operam o cuidado às pacientes.

2.2 O SUS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE DA MULHER: O CONTEXTO BRASILEIRO

O advento das políticas públicas em saúde da mulher no Brasil é resultado de uma complexa rede envolvendo relações governamentais, movimentos sociais, o funcionamento dos serviços de saúde e a representação da academia, onde o próprio conceito de saúde foi objeto de transformações. Nas décadas de 70 e 80, o movimento da Reforma Sanitária representou uma ampla frente de forças políticas, sociais e ideológicas articuladas em torno do projeto comum pelo direito universal à saúde no Brasil, o que culminou na inserção da saúde como direito universal, integral, descentralizado, acessível e democrático na Constituição de 1988, bem como na aprovação da Lei Orgânica da Saúde, que representou a regulamentação do SUS (BRASIL, 1990; ESCOREL, 1999).

As políticas públicas de saúde destinadas às mulheres percorreram o século XX encadeando o poder do Estado, as concepções vigentes sobre a mulher e o corpo feminino, além da concepção mesma de saúde em voga (BRITTO, 2014; CONCEIÇÃO, 2021). O conceito "mulher", como sistematicamente revisado pela pesquisadora brasileira Hevelyn Rosa Machert da Conceição (2021) em sua tese de doutorado, torna-se um constante campo de disputa teórico, disciplinar e político.

Até a década de 70, o foco das políticas e ações em saúde da mulher priorizava a dimensão materno-infantil, com viés reprodutivo – o pré-natal, o parto e

o puerpério –, o que foi amplamente criticado pelos movimentos sociais de mulheres, que já entendiam o adoecimento de forma complexa e associado às desigualdades de gênero (AQUINO et al., 2003; BRITTO, 2014; CONCEIÇÃO, 2021). Em especial após 1979, tanto a Lei da Anistia quanto o retorno das mulheres exiladas¹³ ao Brasil alavancaram a luta pelos direitos reprodutivos, em concorrência com o controle de natalidade e a esterilização compulsória, exercidos internacionalmente por programas de controle populacional (BRITTO, 2014; UNFPA BRASIL, 2007).

Os movimentos sociais de mulheres e os movimentos feministas estiveram intrinsecamente ligados ao advento de políticas públicas voltadas à saúde das mulheres e produziram narrativas – sobretudo quanto à autonomia da mulher no controle da fecundidade feminina – que foram definitivas para a formulação dessas políticas, marcando o sujeito político, social e de direitos (AQUINO et al., 2003; BRITTO, 2014; CONCEIÇÃO, 2021).

Torna-se importante destacar que a diferenciação entre movimentos sociais de mulheres e movimentos feministas justifica-se pela busca de evitar o apagamento das diferenças de posições políticas, pautas prioritárias, autonomia e formas de ação entre eles, sendo possível delimitar como "feministas" aqueles nos quais o cerne do ativismo relaciona-se às assimetrias de gênero (CONCEIÇÃO, 2021; SCHUMAHER; VARGAS, 1993).

No processo pela redemocratização do Brasil, foram organizados uma diversidade de grupos de mulheres com prioridades específicas, como coletivos de mulheres negras, lésbicas e trabalhadoras, entre outros, em prol de agendas que pretendiam ser renovadoras na discussão sobre o racismo, o aborto, a desigualdade social, a educação não discriminatória, o acesso a creches e a violência contra as mulheres (SILVA, 2016; CONCEIÇÃO, 2021; SCHUMAHER, 2018). Portanto, o uso de termos no plural – movimentos sociais de mulheres, movimentos feministas e feminismos¹⁴ – é oportuno para abarcar grupos não homogêneos, tanto na

¹³ Nesse contexto histórico, os movimentos feministas hegemônicos tinham significativa predominância de mulheres brancas, intelectualizadas e de classe média (SARTI, 2001; SILVA, 2016; LOURO; FELIPE; GOELLNER, 2019).

¹⁴ Segundo a pesquisadora Márcia Tiburi (2021), o termo "feminismos" parece ser bastante apropriado para designar os movimentos feministas, pois diz respeito a uma dinâmica heterogênea e plural, aos feminismos e suas singularidades, enquanto "feminismo" no singular conserva uma certa pretensão de universalidade, o que não corrobora com a realidade passada ou contemporânea (TIBURI, 202).

composição quanto em suas lutas e implicações (CONCEIÇÃO, 2021; LOURO et al., 2019; SARTI, 2004; TIBURI, 2021).

Na década de 80, ao lado do movimento sanitário, os movimentos sociais de mulheres e feministas denunciaram as iniquidades de gênero e as negligências dos serviços, sugeriram melhorias exequíveis na saúde global das mulheres visando os diferentes ciclos de vida e lutaram por igualdade e direitos fundamentais, propondo uma reformulação das políticas em saúde da mulher que abarcasse a saúde integral, os direitos sexuais e reprodutivos e novas formas de operacionalizar o cuidado (AQUINO et al., 2003; BRITTO, 2014; CONCEIÇÃO, 2021; MEDEIROS; GUARESCHI, 2009; PINHEIRO; COUTO, 2013). A mobilização conjunta de tantos atores e instituições em prol de mudanças na saúde da mulher deu origem ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 1984) e, posteriormente, à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes (PNAISM) (BRASIL, 2004a).

O PAISM (BRASIL, 1984), embora não inclua referências diretas às questões de gênero, foi inovador ao destinar atenção aos aspectos da saúde sexual e reprodutiva, incluindo a contracepção como um direito a ser garantido, e ao propor práticas de cuidado menos medicalizadoras e autoritárias. O programa vislumbrava uma readequação dos serviços, em especial da rede básica, para um modelo assistencial mais resolutivo em promoção, proteção e recuperação da saúde das mulheres (BRASIL, 2004a; BRITTO, 2014; MEDEIROS; GUARESCHI, 2009; PINHEIRO; COUTO, 2013).

Vale destacar que o PAISM antecede o advento do Sistema Único de Saúde e que a proposta de integralidade da assistência viria a se tornar, ao lado da universalidade e da equidade, um princípio doutrinário do SUS e uma prerrogativa da humanização do cuidado em saúde, o que demandaria novas articulações entre os serviços (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009). O que se comunica nesses conceitos – integralidade, universalidade e equidade – é a proposta de uma nova *práxis* da saúde como direito do sujeito (MATTOS, 2006).

No entanto, esses novos discursos e concepções em torno da saúde da mulher não constituíram um consenso ou terreno pacífico no curso da história. A priorização do ciclo gravídico puerperal estava (e ainda continua) em constante disputa, amparada sob mecanismos de dominação e controle biopolíticos sobre o corpo e sexualidade da mulher – um corpo visto potencialmente como corpo-

reprodutor e reduzido à sua estratificação em útero e mamas, partes-órgãos de destino das práticas de saúde. A questão, aqui, não é sobre o exercício da maternidade, que compõe também os discursos ditos progressistas, mas sobre as disputas na produção de verdade sobre sexo, gênero e corpo das mulheres (CONCEIÇÃO, 2021).

Uma vez promulgado, o PAISM (BRASIL, 1984) convergiu na intersecção entre direitos, democracia e saúde, materializando uma vitória histórica dos feminismos, em seus esforços junto aos organismos estatais, pela reapropriação do corpo da mulher, objetificado pela medicina em distintas ocasiões históricas (SCHRAIBER, 2008). Torna-se importante destacar que o termo "saúde da mulher" imprime uma importância discursiva sobre a definição dos direitos reprodutivos das mulheres e as lutas relacionadas, como a luta pela autonomia do corpo na dimensão sexual, pelo direito à contracepção e pelo direito ao aborto (SCHRAIBER, 2008) – estas ainda vigentes e, agora, potencializadas, considerando a ascensão da extrema direita no Brasil na última década.

Tanto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes (PNAISM) (BRASIL, 2004a) quanto no Plano de Ação para o triênio de 2004 a 2007 (BRASIL, 2004b) parecem configurar a evolução progressista do PAISM (BRASIL, 1984) por estabelecer a saúde como direito humano e de cidadania, buscando produzir ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação em saúde da mulher nas diferentes fases da vida, amparadas pelos princípios do SUS.

Na PNAISM, as condições sociais, econômicas e culturais da população, assim como o foco nas relações de gênero, são considerados fatores implicados diretamente na concepção de saúde-doença, o que se configura como um avanço no âmbito de políticas em saúde da mulher – inclusive com relação às propostas de Cairo, na CIPD (UN, 1995), que não alcançaram tal amplitude e aprofundamento. Esse posicionamento da PNAISM (BRASIL, 2004a) marca uma aproximação conceitual em relação ao trabalho da Atenção Primária à Saúde, em cujo cenário a saúde integral, bem como a saúde reprodutiva e sexual, são indissociáveis das condições de vida e das desigualdades sociais.

Quanto ao debate de gênero, o documento prevê a categoria de gênero como uma dimensão construída historicamente, enquanto o sexo se deriva da constituição biológica. Para Conceição (2021), a definição de mulher, nessa política, está

relacionada aos órgãos reprodutores, o que pode causar exclusões na prática discursiva e nas ações a que se propõe ao preservar o mecanismo binário e, igualmente, ocultar diferentes narrativas sobre o sexo, crítica sustentada por Butler (2014) e Dorlin (2021). A PNAISM (BRASIL, 2004a) enfatiza, no entanto, a ampliação do conceito de saúde da mulher para além da função reprodutiva, reconhecendo seus direitos sexuais e sexualidade como fundamentais para o exercício da autonomia.

Essa política se mostra, portanto, essencial ao destacar a desigualdade de gênero enquanto fator de adoecimento e a vulnerabilização da saúde das mulheres por maior exposição à pobreza e condições precárias de trabalho, produtoras de diferentes frentes de sofrimento, adoecimento e morte e que devem ser analisadas no âmbito epidemiológico para compor a formulação de ações em saúde. Em confluência com as Reuniões de Cairo e Beijing, houve uma "retroalimentação entre as dimensões nacional e internacional no que diz respeito aos direitos das mulheres" (CONCEIÇÃO, 2021, p. 79) em saúde reprodutiva e sexual como direitos humanos.

Todavia, apesar dos avanços internacionais e das políticas nacionais visando o direito à saúde integral, as mulheres brasileiras continuaram enfrentando discriminações, barreiras de acesso à saúde e violências, o que se revela, ainda hoje, nos altos índices de mortalidade materno-infantil, de IST, de gestações indesejadas, de abortos inseguros e de violências sofridas (CONCEIÇÃO, 2021; MEDEIROS, 2012; ZAMPAR et al., 2020).

Na produção de políticas de saúde, deve-se levar em conta como seus recursos são destinados, quais são suas prioridades, metas e pactuações e como estas se materializam nas práticas de saúde, nas relações e nos processos de cuidado dos sujeitos (CONCEIÇÃO, 2021). No percurso histórico da construção de políticas públicas com foco nas mulheres, o direito à saúde continua uma disputa de narrativas. É através do SUS e dos seus desdobramentos, inclusive na Estratégia Saúde da Família e na capacitação de profissionais, que tornar-se-á possível o embate contra o controle dos corpos das mulheres.

2.3 INIQUIDADES EM SAÚDE, SEXUALIDADE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As reflexões sobre a sexualidade das mulheres são enriquecidas em termos analíticos a partir da dimensão de interseccionalidades, no exercício já descrito de não pressupor a categoria mulheres como um grupo homogêneo. Do contrário, incorre-se no risco de apagamento de camadas de exclusão relacionadas a uma parcela dessas mulheres, cuja vida é interpelada por vários outros mecanismos de poder para além do sexo e gênero (AKOTIRENE, 2019; BRAH, 1991; COLLINS; BILGE, 2021; CRENSHAW, 1991, 2018; HEILBORN, 1997; SILVA, 2016).

As mulheres não representam uma massa amorfa homogênea. Aspectos raciais, classistas, etários, religiosos, culturais, educacionais, geográficos, de orientação sexual e de identidade de gênero podem influenciar na sexualidade e na vivência de sofrimento das mulheres, dando ênfase especial à interlocução entre racismo e machismo, que contribuem para sua insatisfação e insegurança (HEILBORN, 1997; MEDEIROS; GUARESCHI, 2009; TELO, 2016; VIEIRA et al., 2019; WHO, 2010). A ideia de interseccionalidade pode ancorar essa compreensão, mostrando que as categorias se sobrepõem e afetam aspectos da vida social:

A interseccionalidade investiga como as relações de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária – entre outras – são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas. (COLLINS; BILGE, 2021, pp. 15 e 16).

A compreensão de que as características contextuais influenciam a saúde, inclusive a sexual e reprodutiva, foi vista com maior contundência na já citada Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), em Cairo, no ano de 1994, quando foram estabelecidas metas determinantes para a saúde reprodutiva global, que deveriam ter sido alcançadas até 2015, a saber:

[...] crescimento econômico sustentado no contexto de um desenvolvimento sustentável; educação, especialmente para meninas; equidade e igualdade de gênero; redução da mortalidade materna, neonatal e infantil; e a provisão de acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva, incluindo planejamento familiar e saúde sexual. (UNITED NATIONS, p. 9, tradução nossa).

O Programa de Ação do Cairo (WHO, 2006) foi inovador por relacionar pobreza e desenvolvimento a direitos humanos, igualdade de gênero e empoderamento das mulheres, advogando pela priorização do acesso, dos investimentos e das necessidades em saúde de grupos e áreas vulneráveis (SINDING, 2004, p. 157). Contudo, em âmbitos mundiais, o setor da saúde ainda tem tratado as iniquidades relacionadas à sexualidade de forma frequentemente invisibilizada e negligenciada, em especial em relação às pessoas em situação de maior vulnerabilidade (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2007; WHO, 2006).

No Brasil, como resposta governamental aos problemas de saúde, um dos maiores exemplos das últimas décadas foi a articulação dos movimentos feministas junto ao governo, especialmente os feminismos negros, buscando a efetivação dos direitos das mulheres a partir de políticas públicas que vislumbrassem suas especificidades e demandas próprias, no bojo do debate das desigualdades produzidas por questões de raça, trabalho, classe social e condições de vida (COLLINS; BILGE, 2021; CONCEIÇÃO, 2021; SCHRAIBER, 2008; TELO, 2016).

A discussão teórica e as ações em saúde balizadas pela ideia de gênero e pautadas na atenção integral em saúde expressam o quanto a perspectiva de gênero compõe a integralidade no cerne das políticas públicas em saúde (MATTOS, 2006; PINHEIRO; COUTO, 2013). Na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2004a), a integralidade se tornou mais consagrada, quando se incluíram com tenacidade os determinantes sociais de saúde e os contextos culturais da abordagem de gênero e da heterogeneidade das mulheres, como mulheres pobres, negras, indígenas, lésbicas, bissexuais, transexuais, em situação de rua, profissionais do sexo, meninas e adolescentes, idosas, deficientes, mulheres imigrantes ou refugiadas, mulheres privadas de liberdade, mulheres moradoras de favelas e pessoas com baixo letramento em saúde, cujas especificidades de cuidado devem ser respeitadas (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009; TELO, 2016; ZAMPAR et al., 2020).

Pensar em políticas de saúde pressupõe considerar que as pessoas às quais elas se destinam se inserem em condições sociais distintas (HEILBORN, 1997). O debate quanto a se as novas propostas governamentais modificaram, de fato, a atenção destinada às mulheres ainda está em voga. Nas últimas décadas, essas ações buscaram legitimar a abordagem integral da saúde das mulheres,

incorporando à assistência questões como climatério, violência, sexualidade, raça e outras demandas que possam surgir no encontro clínico (PINHEIRO; COUTO, 2013). Entretanto, a saúde reprodutiva prevaleceu diante da saúde sexual, corroborando o olhar sobre a mulher limitado à sua função reprodutiva (CONCEIÇÃO, 2021; MEDEIROS; GUARESCHI, 2009; SCHRAIBER, 2008). Ainda hoje, o que se verifica é que as mulheres continuam reduzidas ao caráter reprodutivo de seus corpos e, os homens, à ideia de sua potência sexual (MODESTO, 2016; PINHEIRO; COUTO, 2013; SCHRAIBER, 2008).

A participação do Brasil na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, já há quase 30 anos, alavancou importantes debates e conquistas no país, inclusive na análise processual das metas, cuja relevância continua vigente, sobretudo quanto à redução da morbidade e mortalidade maternas, ao atendimento da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, à prevenção de IST e à atenção a mulheres e jovens em situação de emergência (UNITED NATIONS, 1995; UNFPA BRASIL, 2007) – iniciativas com importantes efeitos para pessoas pobres, mulheres negras e outros grupos desfavorecidos (COLLINS; BILGE, 2021). Seus propósitos continuam vivos e em disputa, face ao crescente conservadorismo político e religioso que tem se intensificado nas últimas décadas em território nacional.

A equidade e os princípios de direitos humanos convergem na busca por oportunidades iguais de saúde para grupos de pessoas que sofreram marginalização ou discriminação (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2007). As populações minorizadas no Brasil por questões de raça, identidade de gênero, orientação sexual e/ou condição socioeconômica lidam com barreiras de acesso aos serviços de saúde e apresentam piores indicadores em saúde (BRASIL, 2017b; GOUVEIA; SILVA; PESSOA, 2019), gerando prejuízos para os indivíduos, famílias, comunidades e sociedades (WHO, 2006).

Os efeitos das iniquidades relacionadas aos direitos sexuais nos indicadores de saúde tocam em uma diversidade de condições, como o HIV e outras IST, gravidez indesejada, mortalidade materno-infantil, feminicídio, aborto inseguro, infertilidade, violência baseada em gênero, disfunção sexual, discriminação com base na orientação sexual, baixa assistência a contracepção, dificuldade de acesso à saúde e efeitos na saúde mental (WHO, 2006).

O trabalho desenvolvido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2021) para a adequação das metas da "Agenda 2030 para o

Desenvolvimento Sustentável" ao Brasil, propôs em seu objetivo 5 – "alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas" (ONU, 2015, p. 26), desmembrou em metas específicas, acrescentando as interseccionalidades em todos os objetivos de desenvolvimento sustentável relacionados à igualdade de gênero. A meta 5.6 diz respeito diretamente às iniquidades em saúde:

Promover, proteger e garantir a saúde sexual e reprodutiva, os direitos sexuais e direitos reprodutivos, em consonância com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão, considerando as intersecções de gênero com raça, etnia, idade, deficiência, orientação sexual, identidade de gênero, territorialidade, cultura, religião e nacionalidade, em especial para as mulheres do campo, da floresta, das águas e das periferias urbanas.¹⁵ (IPEA, 2021, n.p.).

A compreensão e o debate dos condicionantes sociais e das interseccionalidades são ainda mais relevantes quando observamos a crescente feminização da pobreza, um dos efeitos do capitalismo global (COLLINS; BILGE, 2021). Torna-se importante destacar que o acesso das mulheres a melhores condições de vida e renda aumenta a sua capacidade na tomada de decisões de forma sistêmica, inclusive no campo da sexualidade e da reprodução (ONU, 2015). Ainda sobre a construção da autonomia da mulher, o acesso à educação é uma das principais apostas para a emancipação da mulher com saberes e habilidades para sua participação no desenvolvimento de sua comunidade (UNITED NATIONS, 1995; UNFPA BRASIL, 2007; WHO, 2006). O combate à pobreza e demais iniquidades em saúde prevê ações intersetoriais e integradas, que promovam a garantia dos direitos humanos (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2007; MEDEIROS, 2012; ONU, 2015; WHO, 2006).

Aqui já se torna possível argumentar que a sexualidade pode e deve ser uma aposta na consulta médica da Atenção Primária à Saúde, um contexto privilegiado para reconhecer as iniquidades. A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017a) prevê a operacionalização das ações em saúde na APS, de forma que há profunda coerência com o proposto e esperado pelas políticas e ações em saúde da mulher, em especial aquelas relacionadas à Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, ao PAISM e, especialmente, à PNAISM.

¹⁵ Meta 5.6 para o Brasil, do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável n.º 5 (ODS 5), "Igualdade de gênero" (IPEA, 2021, n.p.). Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/ods5.html>. Acesso em 14/05/2023.

3 PARÂMETROS METODOLÓGICOS E PROCESSO DE ANÁLISE

Este capítulo apresenta os parâmetros metodológicos utilizados no estudo, descrevendo as circunstâncias do campo e do universo de pesquisa, assim como a escolha pela hermenêutica-dialética de Habermas e Gadamer como trajeto analítico-interpretativo da pesquisa qualitativa na saúde sob a ótica compreensiva. Detalha minuciosamente como e por que a medicina narrativa e o grupo focal foram utilizados no decorrer da pesquisa, percorrendo desde o planejamento à materialidade da aplicação dos métodos, bem como traçando suas potencialidades e limitações. Por fim, caracteriza as especificidades do processo de análise do material coletado e os pressupostos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos.

3.1 UNIVERSO DA PESQUISA

A fase exploratória materializou-se com a organização de onde, como e quem investigar, a fim de operacionalizar o trabalho de campo a partir dos recortes espacial e teórico do objeto (DESLANDES et al., 2015; GOMES, 2015).

3.1.1 Onde e quem investigar?

Como recorte espacial, a operacionalização do trabalho de campo se deu em interlocução com profissionais médicas/os que atuavam de alguma forma nas equipes de Saúde da Família (eSF) da rede de APS da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. A escolha pela categoria médica foi definida pela oportunidade de se discutir questões referentes à sexualidade feminina na ESF, muitas vezes delegadas à categoria da enfermagem. Além disso, tive profunda motivação para estudar o contexto da residência médica em medicina de família e comunidade por entender a Atenção Primária à Saúde como um lugar oportuno para abordar as questões da sexualidade humana de maneira longitudinal no processo de cuidado ofertado à população.

Critérios de inclusão:

- Preceptoras/es ou professoras/es médicas/os que desenvolvem atividades assistenciais relacionadas à saúde da mulher em algum dos três programas de residência médica em medicina de família e comunidade do Distrito Federal (UnB, ESCS ou Fiocruz), no contexto da Atenção Primária à Saúde;
- Médicas/os residentes de primeiro ou segundo anos (R1 ou R2) de algum dos três programas de residência médica em medicina de família e comunidade do Distrito Federal (UnB, ESCS ou Fiocruz).

Critérios de exclusão:

- Profissionais que não eram dos programas de residência.

A estrutura básica dos programas de residência médica em medicina de família e comunidade do Distrito Federal no primeiro semestre de 2022, quando se deu a coleta de dados, era a seguinte:

Quadro 1 - Composição dos programas de residência médica em medicina de família e comunidade do Distrito Federal no primeiro semestre de 2022

PROGRAMA	UnB	ESCS	Fiocruz
ANO DE CRIAÇÃO	2016	2016	2019
Nº DE VAGAS R1 (OCUPADAS/TOTAIS)	0/3	21/33	5/12
Nº DE VAGAS R2 (OCUPADAS/TOTAIS)	2/3	32/33	6/12
Nº DE PRECEPTORES	5	41	5
Nº DE UBS	3	25	4

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

Como pode ser observado no quadro 1, no primeiro semestre de 2022, quando o material da pesquisa foi coletado, havia como público-alvo um total de 26 residentes de primeiro ano, 40 residentes de segundo ano e 51 preceptores compondo os três programas de residência médica em medicina de família e comunidade do Distrito Federal (UnB, ESCS ou Fiocruz).

3.1.2 Quando e como investigar?

O delineamento temporal do estudo contemplou os anos de 2018 a 2023 (cinco anos)¹⁶.

A coleta de dados foi realizada em ambiente virtual, no primeiro semestre de 2022, quando ainda estávamos em vigência da grave conjuntura da pandemia de covid-19. Desde março de 2020, houve a transposição das aulas teóricas dos programas de residência para o ambiente remoto, assim como ocorreram cancelamentos ou mudanças metodológicas das atividades coletivas das UBS, a fim de evitar aglomerações, o que demandou adaptações desta pesquisa. As ferramentas metodológicas já haviam sido testadas por meio do uso das plataformas digitais e mostraram-se factíveis. Para a coleta de dados, optei pela plataforma digital Microsoft Teams como prioritária, por esta ser a via oficial da Universidade de Brasília para aulas e reuniões on-line, bem como por oferecer acesso seguro e gratuito e garantir qualidade no áudio e na gravação de som e vídeo.

Após a banca de qualificação e a aprovação pelos comitês de ética, a pesquisa foi formalmente apresentada às/aos médicas/os em um encontro virtual do Canal Teórico de Comunicação Clínica (CTCC)¹⁷ e em outros espaços formativos dos programas, com disponibilização da agenda para as entrevistas e para os grupos focais. Como desafio, foi fundamental a flexibilidade na agenda, no roteiro e na compreensão sobre possíveis imprevistos, pois o público-alvo deste estudo foram médicas/os que atuavam na linha de frente do enfrentamento à então vigente crise sanitária no Brasil.

¹⁶ Saliento que em 2020 estive de licença maternidade, durante a vigência da pandemia de covid-19, quando realizei o trancamento do curso de doutorado pelo período de um ano.

¹⁷ O Canal Teórico de Comunicação Clínica (CTCC) se configurava como um espaço formativo integrado para residentes e preceptoras/es dos três programas, coordenado por quatro preceptores da ESCS e por mim, que compunha o espaço como professora da UnB. Era de frequência quinzenal: um encontro para as/os residentes de primeiro ano e outro para as/os residentes de segundo ano. Eles aconteciam às quintas-feiras à tarde, das 14h30 às 18h, e eram divididos em dois momentos pedagógicos: a primeira parte (das 14h30 às 15h30) era destinada à discussão teórica de um tema de comunicação clínica; na segunda parte (das 16h às 18h), acontecia o estudo da consulta a partir da videogravação e feedback. O estudo do CTCC, por meio da observação participante e da análise da videogravação de consultas, fez parte desta pesquisa até o momento de qualificação da tese, mas foi inviabilizado. Os programas de residência se expandiram e um CTCC integrado ficou insustentável e foi dissolvido. Ademais, não foi possível realizar a observação participante no tempo pretendido, pois não houve a assinatura do TCLE de todas/os as/os residentes que compunham as aulas e esses espaços não puderam ser gravados, uma vez que a gravação não respeitaria os pressupostos éticos da pesquisa com seres humanos.

Quadro 2 - Descrição da coleta de dados e distribuição de participantes

COLETA DE DADOS		
METODOLOGIA	MATERIAL	COMPOSIÇÃO
Medicina Narrativa	Entrevista narrativa	9 médicas/os se disponibilizaram para as entrevistas.
Grupo focal (GF)	Encontro em grupo	GF 1: residentes do 2º ano (11 pessoas)
		GF 2: residentes do 1º ano (08 pessoas)
		GF 3: preceptoras/es (12 pessoas)
		GF 4: preceptoras/es (10 pessoas)
TOTAL		50 participantes

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

Como pode ser visto no quadro 2, 9 pessoas participaram das entrevistas narrativas e 41 dos grupos focais, totalizando 50 integrantes para todas as fases da pesquisa.

A triangulação metodológica será descrita a seguir em detalhes, explicando cada conceito metodológico, suas potencialidades e limitações, bem como os procedimentos adotados. Os instrumentos de coleta do estudo apreenderam nuances da linguagem e das práticas e valorizaram o processo dinâmico dos cenários.

3.2 O CAMINHO HERMENÊUTICO-DIALÉTICO

A palavra hermenêutica diz respeito à arte de interpretar e fazer compreender; de saber descobrir o sentido de um texto; da interpretação dos textos e do sentido das palavras (CAPRARA, 2003; STELET, 2020). Ela esteve inicialmente associada ao propósito de entender o discurso da Bíblia e das leis, estruturando uma hermenêutica teológica e outra jurídica (GADAMER, 1997). No século XX, a hermenêutica consolidou-se como uma abordagem científica ampla e autônoma, com procedimentos metodológicos próprios, no exercício de buscar compreender ações e comportamentos humanos, cuja experiência é o foco de interesse da

reflexão filosófica (CAPRARA, 2003; DESLANDES et al., 2015; GADAMER, 1997; ONOCKO CAMPOS et al., 2013; STELET, 2020).

Gadamer (1997, p.31) ressalta que entender e interpretar compõem “a experiência do homem no mundo”, não se tratando apenas de um interesse científico propriamente dito. Neste estudo, a hermenêutica-dialética se insere como trajeto analítico-interpretativo da pesquisa qualitativa na saúde, sob a ótica compreensiva. O fenômeno da compreensão constitui aqui “o modo de ser da própria presença” em sua finitude, historicidade e experiência de mundo (GADAMER, 1997, p. 16).

A perspectiva de pesquisa qualitativa e compreensiva é hábil em focar nos significados atribuídos, considerando as subjetividades subjacentes à experiência humana, de forma a expor o problema em sua complexidade, captar suas singularidades e acolher o que os indivíduos desejam compartilhar (CRESWELL, 2014). A interpretação das/os envolvidas/os é essencial tanto para a compreensão de suas condutas quanto para a interpretação do fenômeno social pretendido, em ressonância com o referencial teórico. Assim, a abordagem aqui realizada não buscou resultados generalizáveis, mas uma análise em profundidade das relações sociais tecidas em ambiente real, onde participantes vivenciaram o problema proposto (BARBOUR, 2009; DE SOUZA; KANTORSKI; LUIS, 2011).

A hermenêutica considera a vida cotidiana, o senso comum e a experiência existencial como objetos, estando o ser humano inscrito em sua história, em sua finitude, na linguagem, no tempo, no espaço, na cultura, em sua subjetividade, no coletivo e nos demais contextos em que se insere e se define. Nesse ínterim, a arte e as experiências cultural e estética criam significados compartilhados e símbolos, percebidos cotidianamente (GADAMER, 1997; MINAYO, 2002, 2010).

Nesse prisma, olhando para o objeto desta pesquisa, partiu-se de uma questão humana, histórica, política e social – a sexualidade das mulheres – para se pensar como profissionais de saúde implicadas/os na formação em MFC lidam com essa esfera temática. O método permitiu investigar processos e fenômenos sociais complexos, bem como refletir sobre os sentidos das ações e interações das pessoas entrevistadas. Aberto às afetações, ele abarcou a interatividade do contexto analisado como matéria-prima da evolução processual de coleta, análise e produção de conceitos, flexível à experiência do campo e às adequações entre método, teoria e objeto (BARBOUR, 2009; CRESWELL, 2014).

Considerando a sexualidade como um objeto de espessura histórica, política e cultural, foi rico estudar as vivências sobre a comunicação da sexualidade na consulta clínica, no contexto da Atenção Primária à Saúde. O conceito de "vivência" aqui empregado compreende uma unidade de significação, com configurações de sentido próprias, que se estabelece de forma única, marcante e duradoura na memória, distinguindo-se facilmente de outras experiências (GADAMER, 1997).

Gadamer (1997) localiza a hermenêutica contemporânea na busca de sentido entre os seres humanos mediada pela linguagem. Em seu livro "Verdade e Método", mostra o comum nas formas de compreender, enfatizando "que a compreensão jamais é um comportamento subjetivo frente a um objeto dado, mas frente à *história efetiva*" (GADAMER, 1997, p. 19). A ênfase no aspecto contextual e cultural e não circunscrita apenas à linguagem e à observação é substancial para a hermenêutica, pois acontecimentos passados têm efeitos na compreensão do presente e na concepção para o futuro (GADAMER, 1997).

Gadamer postula que, para compreender um texto, é essencial a receptividade à sua alteridade, permitindo que ele "diga alguma coisa por si", sem que isso pressuponha neutralidade ou autoanulamento de quem lê. Deve-se, ao contrário, apropriar-se das opiniões pessoais e preconceitos para deixar-se confrontar com o texto (GADAMER, 1997, p. 405). Dessa forma, a hermenêutica gadameriana implica o sujeito que interpreta a negociar (AYRES, 2008) e a dialogar com os significados contidos no fenômeno, de forma que estabeleça um novo horizonte compreensivo (GADAMER, 1997). A abordagem da hermenêutica tem influenciado a proposta teórica da medicina narrativa, pela singularidade dos casos e histórias, riqueza dos efeitos do encontro clínico e questões existenciais que dela emanam, no intuito de compreender as experiências de pacientes e profissionais (AYRES, 2005, 2008; CHARON, 2006; ONOCKO CAMPOS et al., 2013).

A escolha por esse direcionamento analítico-metodológico também se sustentou pelo aspecto fundamental de que, na vida social, as coisas não estão simplesmente postas; elas podem estar ocultas em pontos cegos, e a análise da *práxis* desvela aspectos simbólicos que emergem na linguagem, dando sentido ao factível, no aqui e agora (GADAMER, 1997). Ademais, a pesquisa compreensiva com perspectiva hermenêutica vem sendo usada pela antropologia e pelas humanidades médicas por ampliar os modelos de saúde-doença, incorporando as perspectivas experienciais, psicossociais e relacionais, além de sua potência na

formação e práticas clínicas (AYRES, 2005, 2008; CAPRARA, 2003; CHARON, 2006; ONOCKO CAMPOS et al., 2013; ROHDEN, 2017; STELET, 2020).

No contexto da atenção à saúde, Caprara (2003), Onocko Campos (2005) e Ayres (2005, 2008) destacam as contribuições da hermenêutica gadameriana na medicina, na discussão entre conhecimento e experiência; na importância de se atribuir cada paciente como único, evitando generalizações; na dimensão relacional do cuidado e valorização da relação médico-paciente e seus desdobramentos. Para Gadamer (1997), o saber tecnológico não exclui a reflexão ética, que é inerente à *práxis*.

O conceito de hermenêutica estrutura-se a partir da atitude compreensiva de Gadamer (1997) e a dialética a partir da atitude crítica na investigação, ambos pensados de forma combinada originalmente por Habermas (2012). A dimensão dialética da pesquisa – sintetizada como a “arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia” (MINAYO, 2010, p. 167) – produziu uma discussão crítica sobre o que pareceu contraditório e obscuro no material colhido, nos grupos, na comunicação e na relação do todo com o objeto do estudo. A hermenêutica, por sua vez, é defendida por autores que consideram os efeitos das estruturas de poder e distorções ideológicas sobre a compreensão, que podem distorcer a realidade (CAPRARA, 2003).

Sobre as contribuições do filósofo Jürgen Habermas¹⁸ para a tese, este elabora uma teoria da sociedade a partir dos conceitos de “sistema e mundo da vida” e pensa como a ação humana pode seguir no seu sentido emancipatório por meio da “ação comunicativa”. Para isso, diferencia o agir instrumental do agir comunicativo. No que ele denomina de razão instrumental, mostra que os avanços materiais da sociedade e o capitalismo não teriam libertado o homem, mas construído barreiras sistêmicas, produzindo a burocratização e a colonização do mundo da vida (HABERMAS, 2012). A ação comunicativa, todavia, produz a formação de identidades singulares e a autonomia pessoal ao permitir o reconhecimento intersubjetivo, mediado pela socialização (SILVEIRA; STRALEN, 2017), por diferentes perspectivas e elementos culturais, normativos e subjetivos compartilhados entre sujeitos falantes (BETTINE, 2021; HABERMAS, 2012).

¹⁸ Habermas é alemão, um dos pensadores mais influentes das ciências sociais do século XX, advindo da segunda fase da escola de Frankfurt, e ainda vivo na atualidade (HABERMAS, 2012).

A Teoria da Ação Comunicativa (TAC) habermasiana tem como interesse compreender que a busca pelo entendimento é universal e essencial para a existência do sujeito no mundo da vida em seu cotidiano, onde as pessoas se entendem tanto em relação à estrutura quanto aos significados da fala (HABERMAS, 2012). Habermas (2012) destaca a importância de uma forma comunicativa de interação que busque estabelecer a "não dominação", a intersubjetividade ou a dialogicidade comunicativa, a partir de um acordo racional e da comunicação livre de coerções, que conduz ao entendimento e ao consenso.

O deslocamento dessa discussão para a medicina gera, de imediato, implicações ético-morais para a relação entre médicas/os e pacientes (MENEZES JUNIOR; BRZEZINSKI, 2018) associadas à predisposição das partes ao diálogo, ao investimento em amenizar as assimetrias, ao uso das competências interativa, cognitiva e argumentativa para gerar dinâmicas de reconhecimento recíproco e, ainda, ao entendimento intersubjetivo, cujo fim seriam acordos consensuais.

Habermas não abordou a medicina especificamente. Mas inspiro-me em Menezes Junior e Brzezinski (2018), que defendem a aplicação dos conceitos habermasianos às ciências médicas para analisar as relações humanas que se estabelecem na medicina, em especial no encontro clínico.

O emprego da dialética foi essencial para compreender e questionar consensos e dissensos, a partir do estudo em profundidade da comunicação, das relações e das atitudes assumidas pelas/os integrantes da pesquisa. Em interlocução, a hermenêutica-dialética integra um caminho analítico para a pesquisa qualitativa que considera as interferências históricas, a cultura como dinâmica, a abordagem transcultural (relatividade dos conceitos a partir do contexto) e a implicação de quem pesquisa, que pauta a intersubjetividade em detrimento do tecnicismo e investe na compreensão crítica dos processos sociais (AYRES, 2008; CAPRARA, 2003; MINAYO, 2010). Gadamer alerta, no entanto, que aquele que filosofa – faço aqui um paralelo com o papel de pesquisadora – “tem de ter consciência da tensão entre as suas próprias pretensões e a realidade na qual ele está” (GADAMER, 1997, p. 28).

Seguindo esse raciocínio, permito-me aqui divagar sobre o próprio processo da pesquisa. A proposta deste estudo exigiu movimento e, por isso, o processo de escrita delineou-se de forma viva, performática, desvelada, buscando articular experiência e observação às evidências, construções semânticas, *ações-reflexões-*

registros (dos caminhos até o objeto à construção da análise), exercitando um olhar para os pontos cegos. Por mais próximos que estejamos de captar uma realidade, por mais vinculados que estejamos a ela, somos um lugar *outro* – o estrangeiro e o alheio a vários detalhes imensuráveis, e a questões que nos passam e passarão imperceptíveis.

Logo, atentei-me às questões éticas de pensar, narrar, descrever, analisar este meu *outro-objeto* – as pessoas entrevistadas – seu comportamento, suas falas, suas e nossas intersubjetividades, para recriá-lo ao meu modo. Nos meus devaneios, perguntei-me: o que esse outro quer/deseja? Ser pesquisada(o) lhe faz algum sentido? Eu escrevo para quem? Como o outro compreende a pesquisa e a minha intervenção? O que me autoriza a compor esse processo?

Apesar das experiências serem subjetivamente únicas, elas são fruto de processos sociais; portanto, as representações dessas experiências podem ser compartilhadas por pessoas de um meio ou sobre um tema específico (GASKELL, 2000). Ao observar tal fenômeno, analisando experiências de indivíduos e grupos de forma gradual e dialógica, pude investigar o que e como as pessoas agem e quais os sentidos produzidos nessas ações, a despeito da variedade de opiniões.

Para abarcar o empreendimento de investigação compreensiva, optei por utilizar ferramentas metodológicas factíveis, que dialogassem teoria e prática e contribuíssem com o trabalho profissional nas Unidades Básicas de Saúde e na formação de especialistas em medicina de família e comunidade. A triangulação de métodos de coleta de dados – entrevista (medicina narrativa) e grupo focal (encontro em grupo) – atendeu aos objetivos propostos de forma complementar, bem como permitiu retratar de forma mais adequada o universo da pesquisa, revelando-se uma possibilidade criativa e coerente aos investimentos epistemológicos definidos.

Os diários de campo registraram a materialidade da compreensão dos fenômenos para amparar o potencial reflexivo e vivencial da coleta (DESLANDES et al., 2015; MINAYO, 2010). Nas entrevistas e na dinâmica dos grupos, estiveram em análise pensamentos, interesses, afetos, interações, comportamentos, valores e normas da comunidade profissional.

3.3 MEDICINA NARRATIVA

Narrar é como nadar.¹⁹

(Cesare Pavese)

A medicina narrativa é “a medicina praticada com a competência narrativa de reconhecer, interpretar e ser movido a agir pelo sofrimento dos outros” (CHARON, 2001, p. 83, tradução nossa). Rita Charon (2001) salienta que médicos estão escrevendo mais sobre suas experiências com pacientes e defende que a escrita narrativa produz compreensões únicas para a prática médica. A narrativa é intrínseca ao exercício da medicina, mas o que torna esse tema tão contemporâneo é como se faz uso da abordagem narrativa para a construção do vínculo entre as pessoas envolvidas na arquitetura do cuidado.

O domínio teórico da medicina narrativa nasceu na década de 70, em especial nas escolas anglo-saxônicas, no bojo da discussão sobre a necessidade de elementos das ciências humanas na formação médica. Ela se consolidou no campo das humanidades médicas, mais exponencialmente após os anos 2000, como uma aposta de valorização dos aspectos subjetivos do adoecimento e do encontro clínico, para além da estrutura biomédica (CHARON, 2001; STELET; CASTIEL; MORAES, 2021).

No Brasil, o uso das narrativas no universo da pesquisa em saúde ainda é incipiente (CAPRARA, 2003; FAVORETO, 2007; ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2008; STELET; CASTIEL; MORAES, 2021), assim como sua discussão na formação médica – esta, em parte estimulada pela mudança curricular proposta pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina (DCNs) de 2001 e 2014 (BRASIL, 2014). O seu debate parece crescente no contexto da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), o que pode ser percebido pelas ofertas de discussões sobre o tema em programas de congressos nacionais.

¹⁹ apud PIGLIA, Ricardo. Los diarios de Emilio Renzi: Años de Formación. Barcelona: Anagrama, 2015, p. 160.

Sobre a pertinência do método, optei pela medicina narrativa para esta pesquisa inspirada, a princípio, pelas/os autoras/es Caprara (2003), Favoreto (2007), Onocko Campos e Furtado (2008) e Stelet (2020). Estes, ao pensarem a narrativa para o campo da saúde coletiva, no contexto do SUS, levam à reflexão a multiplicidade de vozes presentes no cenário das Unidades Básicas de Saúde – profissionais, equipes, pacientes, família, comunidade, instituições – e a importância do estudo das práticas e experiências cotidianas ali apresentadas.

Onocko Campos e Furtado (2008) defendem ser potente e adequado para a pesquisa qualitativa em saúde adentrar novas possibilidades metodológicas, como a narrativa, a fim de compreender os dilemas das práticas de saúde. Tomando a comunicação como alicerce teórico neste estudo, refiro-me à narrativa enquanto instrumento de mediação indivíduo-sociedade, que diz respeito a um encontro, a um acontecimento entre sujeitos comunicativos e relacionais, à troca e interlocução, ao afetar-se e permitir-se afetar. As narrativas, nesse sentido, podem ser e prover recursos para lidar com a experiência cotidiana da clínica (CHARON, 2001, 2006; FAVORETO, 2007; ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2008; STELET, 2020).

Compreendo que a narrativa pode operar como uma cápsula afetiva aos sujeitos da pesquisa, através de fragmentos comunicacionais e experiências cotidianas, articulando-se como um método singular para o estudo do objeto, tornando-o particular.

As narrativas emergem como resultado da inter-relação das forças sociais e caracterizam equacionamentos possíveis do fluxo histórico e social. (ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2008, p. 1093).

À primeira vista, a história de uma/um médica/o participante, ao ser ouvida, pode se assimilar a um relato de caso; mas, depois de *vivida* por quem conta e por quem escuta na forma de uma narrativa, ela pode trazer efeitos inesperados. Afinal, o que a narrativa significa para a/o médica/o? Entrar em contato com a narrativa da sua história por meio do texto pode ajudar os sujeitos da pesquisa a elaborar melhor o encontro e seus desencadeantes, evidenciando como a narrativa transcriba também o encontro a partir de seus atravessamentos institucionais e subjetivos. Esse movimento faz sentido pela perspectiva hermenêutica de Gadamer, que acrescenta que "toda re-produção é imediatamente interpretação, e quer ser correta enquanto tal. Nesse sentido, também ela é compreensão" (GADAMER, 1997, p. 19)

No âmbito pedagógico, a medicina narrativa pode captar nuances não vistas em outras abordagens intersubjetivas do cuidado, além de representar uma metodologia robusta e singular, ideal para contextos formativos e reflexivos, como é o caso deste estudo. Apreender os aspectos da sexualidade no encontro clínico – ou a comunicação clínica da sexualidade – pode ser uma tarefa complexa na formação médica, inclusive para a residência em medicina de família e comunidade, devido aos aspectos históricos, morais e religiosos que pautam a sexualidade. Todavia, a escuta das histórias pelas/os profissionais e seu conseqüente estímulo à recordação dos casos parecem interessar na medida em que constituem um exercício reflexivo de conexão com as transferências vividas.

Nesse caminho, torna-se fundamental retomar o conceito de *vivência* proposto por Gadamer (1997). O autor propõe que “somente existem vivências na medida em que nelas algo se experimenta ou é intencionado” (GADAMER, 1997, p.125), sendo as vivências memoráveis, de longo processo elaborativo, específicas e longas, em tempo e profundidade. Seria um movimento performático se os encontros transcritos por meio da narrativa nesta pesquisa alcançassem os termos de uma *vivência estética*, ou seja, de algo “que arranque a um golpe aquele que a vive, do conjunto de sua vida, por força da obra de arte e que, não obstante, volte a referi-lo ao todo de sua existência” (GADAMER, 1997, p. 131).

Assumir a medicina narrativa como um dos instrumentos de coleta para a estratégia de pesquisa qualitativa utilizada aqui significou compreender a *vivência* como um elemento central, valorizando a complexidade da existência humana em suas expressões, linguagens e subjetividades. Esta é, pois, uma pesquisa de inspiração compreensiva e existencial que envolveu a narrativa do encontro da experiência clínica com pacientes, seus fatos e acontecimentos circunscritos, afetos, transferências, emoções e histórias. Ao narrar, o sujeito desnuda a sua experiência, permitindo que ela nasça a partir da linguagem (DUTRA, 2002).

Dutra (2002, p. 377) discorre que “a experiência da narrativa é uma experiência também de quem a escuta”. Assim, como pesquisadora, fui conduzida ao contexto clínico como sujeito que escuta, contemplando a humanidade da relação que se estabelece no consultório. A transgressão do caso escrito – representado pelo dossiê clínico – para o caso falado representa uma transposição radical da forma, conforme sugere a pesquisadora Raluca Soreanu (2018), pois supõe novos olhares e revelações ainda a serem desvelados sobre o caso. A ação narrativa,

enquanto exposição livre da pessoa que narra sobre seu encontro com a/o paciente, ou seja, sobre a experiência vivida, permitiria fazer emergir transferências, contradições e ressignificações (CARRIJO, 2017).

No âmbito da sexualidade, ouvir as histórias de médicas/os e recontá-las, a partir da construção narrativa, esteve em consonância com a proposta de Onocko Campos e Furtado (2008): narrar seria dar vida de uma outra forma, permitir fluir para nascer no campo linguístico, histórico e documental.

O objeto em análise – a abordagem da sexualidade –, ainda muito pouco explorado pela medicina do ponto de vista sistêmico e cujas ferramentas práticas são ainda da ordem do desconhecido, pôde ser visto por diferentes perspectivas. Permitir que essas histórias fossem contadas ampliou a aposta reflexiva sobre esse objeto, com um conseqüente aprofundamento formativo de residentes, preceptoras/es e professoras/es envolvidos nos PRM-MFC. As narrativas usadas na saúde podem ser densificadas a partir da porosidade do uso da comunicação e da amplificação dos olhares narrativos, contribuindo com o seu uso na pesquisa qualitativa em saúde (ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2008, p. 1095).

Há fundamentos de ordem epistemológica, ético-política e metodológica para embasar essa escolha. As narrativas são um instrumento privilegiado de registro da dimensão subjetiva das experiências e permitem explorar intimamente perspectivas e dilemas das pessoas estudadas, dando espaço para preconceitos, medos e iniquidades. Por meio da narrativa, é possível aproximar-se da experiência e dos valores atribuídos a ela (DUTRA, 2002). Quem narra, oportuniza às/aos interlocutoras/es a escuta e a elaboração. Para estudá-las, a hermenêutica-dialética foram as lentes pelas quais escolhi olhar no intuito de compreender o trabalho clínico em seu acontecimento cotidiano, com foco na relação intersubjetiva profissional-pessoa de quem cuida a partir de sua dimensão existencial.

Contar os casos, não a partir de uma estrutura pré-formatada de caso clínico, mas com uma abertura à escuta, permitindo que a história tome corpo a partir da memória e dos afetos – esse é também um pressuposto da narrativa a que esta pesquisa se refere. Na experiência clínica, como as vivências de médicas/os se relacionam com a sexualidade? As histórias narradas na tese permitiram explorar casos e histórias a respeito da comunicação clínica em sexualidade oriundos das consultas às mulheres na APS e refletiram nuances do tema que considerei interessantes, seja por sua complexidade, reincidência ou estranheza.

Sobre as potencialidades do método, a medicina narrativa apresenta-se como uma metodologia adequada para olhar para as práticas em saúde de forma qualitativa, recriá-las e legitimá-las (ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2008, p.1093). O cotidiano de uma UBS e de médicas/os de família e comunidade está repleto de histórias das pessoas, suas famílias e comunidade que atravessam os atendimentos e vão além das demandas clínicas. Portanto, essa ferramenta metodológica se mostrou ideal para acolher questões da interface entre experiência, ação e linguagem (ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2008; STELET; CASTIEL; MORAES, 2021).

A entrevista gravada em vídeo permitiu a apreensão de aspectos verbais, como o tom e o volume da fala, assim como aspectos subjetivos e atitudinais advindos da relação com pacientes, como respeito, empatia, resistência, medo e confiança. Oportunizou aos narradores uma releitura da sua história com as/os pacientes, para além do registro médico e do olhar biomédico, fazendo emergir as múltiplas vozes do encontro clínico (STELET; CASTIEL; MORAES, 2021).

As narrativas podem ter efeitos benéficos sobre as pessoas envolvidas e sobre a relação terapêutica (STELET; CASTIEL; MORAES, 2021). Nesta pesquisa, elas deram vazão a um exercício reflexivo das/os participantes sobre suas próprias questões frente aos dilemas apresentados, com a discussão de ideias, sentimentos, habilidades, crenças e valores. Nos programas de residência médica analisados há um movimento de estímulo à escrita de narrativas para que ela se torne usual na vida de médicas/os e preceptoras/es. A medicina narrativa tem um importante papel reflexivo na prática da especialidade de medicina de família e comunidade (STELET; CASTIEL; MORAES, 2021).

3.3.1 Como ocorreu na prática?

Quanto ao procedimento metodológico, entrevistei as/os profissionais por meio de uma entrevista semiestruturada individual, que permite um maior aprofundamento (DESLANDES et al., 2015; MINAYO, 2010), buscando escutar o relato e acolher sua bagagem afetiva para, posteriormente, transformá-lo em experiência escrita.

Neste trabalho, a entrevista, que chamarei de *entrevista narrativa* para dar ênfase à espessura semântica que ocupa, teve o propósito de explorar a complexidade da experiência vivida por cada profissional a fim de captar suas particularidades, em especial a forma como a/o profissional percebe e significa suas relações, o que é compreendido por Duarte (2004) como um mergulho em profundidade.

No quadro 3, é possível visualizar o roteiro de perguntas que utilizei para a entrevista e os temas teóricos associados.

Quadro 3 - Roteiro de perguntas para a entrevista narrativa

PERGUNTAS		TEMAS ASSOCIADOS
1.	Compartilhe um pouco sobre o caso, a história ou a narrativa de uma vivência com uma paciente que lhe marcou, sob o prisma da comunicação clínica em sexualidade nas consultas às mulheres na Atenção Primária à Saúde.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Medicina narrativa ❖ Subjetividades em saúde ❖ Concepção moral, ética, religiosa, histórica, política e outras sobre a sexualidade ❖ Comunicação Clínica ❖ Relação médico-paciente
2.	Por que este caso foi importante pra você?	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Medicina narrativa ❖ Subjetividades em saúde ❖ Comunicação clínica ❖ Relação médico-paciente
3.	Observações ou sugestões que você gostaria de fazer sobre o tema abordado.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Espaço para sugestões ou outras considerações da/o entrevistada/o

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

Os depoimentos das pessoas foram gravados, transcritos e transformados em narrativas – a este processo, dou o nome de *transcrição*. A transcrição se materializou como produto do que foi escutado, compreendido e sentido a partir da narrativa realizada pela/o profissional. A translocação do tempo, por sua vez, seria a história contada de uma perspectiva externa ao encontro – isto é, de quem ouve e pretende captar as dimensões intersubjetivas, relacionais e/ou existenciais do encontro clínico a partir da narrativa médica.

O quadro 4 sistematiza os procedimentos realizados para a entrevista narrativa.

Quadro 4 - Procedimentos realizados para a coleta da entrevista narrativa

ENTREVISTA NARRATIVA		
Ação	Tarefa	Em que tempo
Encontro com residentes e preceptores dos PRM.	❖ Apresentar a pesquisa e verificar interessadas/os.	Logo após a autorização do Comitê de Ética
Estruturar a comunicação em grupos.	❖ Organizar a comunicação por categoria. ❖ Verificar interesse das/os participantes em compartilharem suas experiências.	Na semana após a apresentação da pesquisa
Agendar encontro.	❖ Confirmar disponibilidade com cada interessada/o por mensagem de whatsapp e marcar encontro. ❖ Enviar o TCLE para leitura e assinatura.	Dois dias antes do encontro e no dia do encontro
Abertura da entrevista na plataforma Microsoft Teams.	❖ Verificar áudio, som e conectividade	5 minutos antes
Recepção, apresentação do entrevistado e esclarecimento de dúvidas.	❖ Dar as boas-vindas à/ao entrevistada/o. ❖ Confirmar a assinatura do TCLE.	5 minutos
Abertura da entrevista.	❖ Aplicar o roteiro de perguntas.	Tempo livre, mas espera-se que não exceda 30 minutos.
Esclarecimentos e avaliação.	❖ Esclarecer como será o processo de literalização da narrativa. ❖ Sugestões de melhorias.	10 minutos
Fechamento.	❖ Agradecimento, encerramento e atualização do seguimento da pesquisa.	10 minutos
Definição do tempo investido.	❖ Cuidar do tempo para que não ultrapasse 90 minutos, mesmo com imprevistos.	Entre 60 e 90 min

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

Sobre os limites possíveis do instrumento, não houve problemas com relação à disponibilidade das pessoas para contribuir com a pesquisa, tampouco com a abertura ou confiança das/os participantes para compartilhar suas histórias. As/os participantes, ao contrário, sentiram-se tão confortáveis que muitas/os quiseram trazer relatos de diferentes atendimentos, suas experiências e singularidades, pela

riqueza das histórias. O quadro 5 traz um detalhamento da distribuição das entrevistas narrativas:

Quadro 5 - Distribuição das entrevistas narrativas

COLETA DE DADOS	
Metodologia	Composição
Medicina Narrativa	Entrevista 1 (E1)
	Entrevista 2 (E2)
	Entrevista 3 (E3)
	Entrevista 4 (E4)
	Entrevista 5 (E5)
	Entrevista 6 (E6)
	Entrevista 7 (E7)
	Entrevista 8 (E8)
	Entrevista 9 (E9)

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

O ambiente on-line da plataforma Microsoft Teams, utilizado para a entrevista, mostrou-se viável e seguro.

Quanto às questões éticas específicas da medicina narrativa, o instrumento de coleta mostrou-se seguro, pois os nomes envolvidos na experiência narrada, assim como as informações fidedignas do encontro clínico (tais como a localização geográfica e temporalidades), foram modificadas para se preservar a identidade dos sujeitos. Ainda assim, existe um risco mínimo de que leitoras/es da tese e dos artigos (ao serem eventualmente publicados com acesso livre) se identifiquem com as narrativas descritas, podendo lhes causar constrangimento.

Os casos coletados podiam ser de qualquer momento da vida clínica da/o médica/o, não sendo necessário que a paciente estivesse em seguimento clínico.

3.4 GRUPO FOCAL

A técnica de Grupo Focal (GF) é atualmente utilizada por várias áreas do conhecimento, mas foi difundida inicialmente nos anos 1940 por meio das pesquisas de mercado com o objetivo de desenhar padrões de comportamento de consumidores de forma rápida e confiável (LERVOLINO; PELICIONE, 2001; BARBOUR, 2009). No campo da saúde, o GF compõe um dispositivo metodológico em pesquisas qualitativas desde a década de 1980 (TRAD, 2009).

O GF é constituído através de múltiplas definições que se complementam para defini-lo como uma técnica por meio da qual as/os pesquisadoras/es reúnem participantes, em um determinado local e período, a fim de corporificar o debate a respeito de um tema específico, de forma que as singularidades de cada encontro definem as abordagens aplicadas (BARBOUR, 2009; RESSEL et al., 2008).

Segundo a revisão de Aschidamini e Saupe (2004: p.12), a sistematização dos GFs “tem seus alicerces em Westphal, Bógus e Faria (1996), Debus (1997), Dall’Agnol e Trench (1999), Lervolino e Pelicione (2001)”, que discutem características essenciais para a operacionalidade da investigação. De acordo com essas/es autoras/es, há funções primordiais a serem desempenhadas durante a aplicação do método, conforme destacado no quadro 6:

Quadro 6 - Componentes do grupo focal

OPERACIONALIDADE DO GRUPO FOCAL	
Função	Atribuição a ser desempenhada
Mediadora Ou moderadora Ou facilitadora Ou coordenadora Ou animadora	Instaura questões norteadoras, motiva e intervém em seu funcionamento, de forma estratégica e criteriosa, o que implica em seu preparo durante todas as fases da pesquisa. Deve manter o respeito e um clima empático na condução. A qualidade e a diversidade das informações produzidas podem depender desse desempenho e de uma atitude ativa, atenta e flexível.
Relator/a	Auxilia o mediador nos aspectos organizacionais e realiza a função de registrar falas, ideias e linguagens não verbais, como atitudes, expressões, tom de voz e gesticulações.
Observador/a	Deve ter atitude atenta para analisar e avaliar a condução do Grupo Focal e a integração dos participantes com a equipe de pesquisa, a fim de identificar limitações e dificuldades.
Operador/a de gravação	Tem a incumbência de gravar integralmente o encontro, seja em mídia de áudio e/ou vídeo.

Fonte: adaptação da autora a partir de Aschidamini e Saupe (2004), Barbour (2009), Carrijo (2017), Debus (1997), Gatti (2005), Dall’Agnol e Trench (1999), Lervolino e Pelicione (2001), Minayo (2015) e Westphal, Bógus e Faria (1996).

Diante dessas funções simultâneas, contei com o apoio de auxiliares de pesquisa para operar nas posições de relator/a, observador/a e operador/a da gravação. Conduzi o grupo focal como moderadora, por experiência prévia na condução de diversas metodologias de grupos, pela proximidade com o objeto de investigação e pelo envolvimento com o estudo – atributos essenciais para o aprofundamento do debate.

Essa prática grupal interativa possibilita a manifestação de uma rica variedade de sentimentos, percepções e posicionamentos sobre as questões propostas e pode ser usada quando se pretende fornecer insights da experiência dos sujeitos, imprimindo dinamicidade ao processo de construção de sentidos (GATTI, 2005; BARBOUR, 2009).

Na pesquisa, o grupo focal explorou conhecimentos e experiências de profissionais sobre a abordagem da sexualidade da APS de forma fluida, permitindo que a coleta de dados se tornasse uma intervenção processual e dialógica (RESSEL et al., 2008). Além de funcionar como um instrumento de captação de dados, o GF também revelou seu potencial formativo, capaz de ampliar a consciência coletiva quanto à saúde sexual e sexualidade e enriquecer substancialmente o debate em torno das questões propostas.

O processo investigativo teceu redes semânticas colaborativas em direção à análise crítica de lacunas encontradas, como o questionamento em torno do que sustenta a presença das tantas barreiras observadas na comunicação da sexualidade em consultas médicas. Colocar essa questão abriu caminhos para que as próprias barreiras fossem investigadas em maior profundidade, mostrando novas compreensões das/os participantes sobre o objeto proposto e permitindo observar tanto um interesse pela autorreflexão sobre as próprias práticas quanto uma abertura e disponibilidade para efetuar mudanças.

3.4.1 A dinâmica do GF: roteiro, tempo, duração e local

O Grupo focal (GF) consiste na interação dos seus membros entre si e com o/a pesquisador/a a partir da discussão focalizada no tema (BARBOUR, 2009). As questões colocadas ao grupo têm como objetivo desencadear e amparar o debate e,

portanto, requerem do/a moderador/a habilidade e clareza sobre os objetos do estudo (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004).

Ao se fazer uso da técnica do GF, há interesse em se aproximar do *que, como e por que* as pessoas pensam, daí a necessidade de um planejamento bem desenhado (GATTI, 2005). Optei por definir algumas perguntas que considere importantes para a aposta da pesquisa, mas permaneci atenta aos assuntos não previstos que surgiram nas discussões, sendo incorporados ou não, de acordo com a pertinência. Logo, tratou-se de uma estrutura muito flexível, pelo valor das interferências do grupo, e que sofreu adequações no decorrer da realização dos encontros.

Quadro 7 - Roteiro de perguntas para o grupo focal

PERGUNTAS		TEMAS ASSOCIADOS
1.	O que vocês entendem por sexualidade?	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Subjetividades em saúde ❖ Formação moral, ética, religiosa, política e outras ❖ Direito à saúde
2.	Como e o que vocês aprenderam sobre sexualidade na graduação em Medicina?	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Educação médica ❖ Comunicação clínica
3.	Como e quando a sexualidade aparece na consulta no contexto da Atenção Primária à Saúde?	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Saúde integral da mulher ❖ Violência ❖ Ciclos de vida da mulher ❖ Questões de gênero
4.	Quais aspectos da comunicação clínica aparecem na abordagem da sexualidade na consulta?	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Educação médica ❖ Comunicação clínica ❖ Prontuário e-SUS e ReCOP/SOAP
5.	Quais ferramentas da comunicação clínica poderiam contribuir para uma melhor abordagem da sexualidade na APS?	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Comunicação clínica ❖ Relação médica/o-paciente
6.	Quais são as barreiras das/os médicas/os de família e comunidade na abordagem da sexualidade?	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Educação médica ❖ Comunicação clínica ❖ Relação médico-paciente
7.	Como é o ensino da sexualidade na preceptoria de medicina de família e comunidade para estudantes e residentes?	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Comunicação Clínica ❖ Educação médica ❖ Residência médica ❖ Atributos da APS ❖ Princípios da medicina de família e comunidade
8.	Como vocês perguntam sobre a sexualidade na consulta?	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Educação médica ❖ Comunicação clínica ❖ Relação médico-paciente
9.	Qual o perfil das mulheres das áreas de vocês em relação à raça/cor, classe e orientação sexual?	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Interseccionalidades
10.	Onde e como vocês pesquisam sobre o tema sexualidade e saúde sexual?	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Políticas de saúde ❖ Educação médica ❖ Residência médica

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

As perguntas disparadoras propostas pela pesquisadora fomentaram o debate e médicas/os puderam expressar conceitos, impressões, crenças, sentimentos, afetações e ideias, de forma crítica e dialética, deixando aflorar a dimensão intersubjetiva das ações do grupo e promovendo mudanças sobre os aspectos da comunicação da sexualidade.

Durante a interação grupal, foi essencial mediar a sequência de falas com intervenções capazes de estimular e aprofundar a discussão, captando as afetações do grupo e respeitando o ritmo do debate.

No primeiro momento do encontro de cada GF, fiz uma apresentação breve sobre a dinâmica, buscando estabelecer acolhimento, conforto e favorecer a participação. Esclareci que o debate é livre, sem julgamentos e que a variedade de opiniões é não só bem-vinda, mas igualmente desejada e pertinente ao estudo. Alcançadas as finalidades do encontro, após a abordagem dos tópicos previstos, fiz uma avaliação concisa da dinâmica a ser considerada para futuras melhorias. A isso, seguiu-se o encerramento, com o agradecimento e orientações quanto ao andamento da pesquisa.

Para contemplar o roteiro e buscar apreender o máximo da atenção do grupo, programei um tempo total de 90 a 120 minutos por encontro, em concordância com Barbour (2009); Debus (1997); Dall'Agnol e Trench (1999); Lervolino e Pelicione (2001); Minayo (2015); e Westphal, Bógus e Faria (1996). A condução do tempo incluiu monitorar o ritmo do grupo, das falas e da discussão de cada pergunta. Os encontros com preceptoras/es foram mais longos, devido sobretudo à afluência de afetos complexidade das falas.

O grupo ocorreu em ambiente on-line, na plataforma Microsoft Teams. O quadro 8 descreve o roteiro estrutural do grupo focal, com as respectivas ações envolvidas.

Quadro 8 - Roteiro estrutural do grupo focal

ROTEIRO ESTRUTURAL DO GRUPO FOCAL		
Ação	Tarefa	Em que tempo
Encontro com residentes e preceptores dos PRM	❖ Apresentar a pesquisa para os participantes e verificar interessados	Logo após a autorização do Comitê de Ética
Estruturar os grupos focais	❖ Organizar os grupos por categoria (residentes e preceptoras/es) ❖ Verificar disponibilidade de data e horário ❖ Agendar os grupos	Na semana após a apresentação da pesquisa
Confirmação de presença	❖ Confirmar disponibilidade com cada integrante por mensagem de WhatsApp ❖ Envio do TCLE para leitura e assinatura	Dois dias antes do encontro e no dia do encontro
Abertura da reunião na plataforma teams	❖ Verificar áudio, som e conectividade	15 minutos antes
Recepção e apresentação do grupo	❖ Boas-vindas. Cada participante diz o seu nome. ❖ A moderadora confirma a assinatura do TCLE de todos	10 minutos
Pactuação do grupo e esclarecimento de dúvidas	❖ Pacto de respeito, ética, tempo e segurança do grupo	10 minutos
Roteiro de perguntas	❖ Aplicação das questões propostas para o GF	Cada pergunta deve ser discutida entre 10 e 15 minutos
Esclarecimentos e avaliação	❖ Esclarecimentos e sugestões de melhorias	10 minutos
Fechamento	❖ Agradecimento, encerramento e atualização do seguimento da pesquisa	5 minutos
Definição do tempo investido	❖ Cuidar do tempo para que não ultrapasse 120 minutos, mesmo com imprevistos	Entre 85 e 100 min

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

Como pode ser observado no quadro 8, as etapas de planejamento do método são muitas e devem ser previamente estruturadas para facilitar a condução organizada dos grupos. A elaboração prévia do roteiro de perguntas e do roteiro estrutural foram fundamentais para a preparação da dinâmica.

3.4.2 Limitações e desafios do método grupal

A despeito dos inúmeros benefícios inerentes a quaisquer processos grupais, é determinante que as/os integrantes compreendam e validem a prática para que se sintam confortáveis, estejam envolvidos e comprometidos com o processo e vislumbrem seus benefícios. É possível, no entanto, que sintam desconforto e/ou medo de parecer inadequadas/os ou incompetentes para a abordagem da sexualidade, o que pode levar a uma inibição inicial do grupo.

Os grupos foram conduzidos por mim, pesquisadora, e por mais dois assistentes de pesquisa, buscando estimular o movimento dialógico sobre os conteúdos emergentes. Houve alguns momentos mais complexos, que podem ter gerado resistências das/os participantes – especialmente quanto às relações e papéis de gênero, à violência e à religião –, mas que foram contornados de forma respeitosa. Enquanto pesquisadora, fiz questão de valorizar as dissonâncias, o envolvimento das/os profissionais no tema e o compartilhamento de emoções, ideias e opiniões diversas.

Embora tenha estruturado roteiros prévios para cada ferramenta metodológica, tal como já descritos anteriormente, com foco nos objetivos da investigação para fundamentar as estratégias e garantir o desenvolvimento das ações, a construção dos diários de campo foi extremamente complexa por algumas razões:

1. Os encontros foram on-line pela plataforma Microsoft Teams e tivemos problemas técnicos em alguns momentos: queda de energia elétrica, mau funcionamento da internet e dificuldade inicial de acesso ao aplicativo;
2. Os grupos focais demandaram atenção constante na tela do computador, a fim de perceber movimentos, atitudes, expressões verbais e corporais das/dos 8 a 12 envolvidas/os;
3. A mediação dos grupos é complexa por requerer a manutenção de um ambiente de confiança, respeito e abertura mútuos e o acompanhamento de reflexões e adversidades da prática.

Um desafio enfrentado foi estimular a participação das/os profissionais de saúde em um cenário de crise sanitária com grande sobrecarga no contexto da APS.

Além disso, trata-se de um tema repleto de *tabus*, com o potencial de gerar maior resistência. A amostra inicialmente almejada pela pesquisa era de cerca de 96 participantes; a amostra final, porém, contou com 50 participantes – número que se mostrou suficiente para o fim pretendido, resultando em um total de 4 grupos focais. O quadro 9 traz um detalhamento da distribuição da formação de cada grupo:

Quadro 9 - Descrição dos grupos focais e distribuição de participantes

COLETA DE DADOS	
Metodologia	Composição
Medicina Narrativa	09 médicas/os se disponibilizaram para as entrevistas.
Grupo focal (GF)	GF 1: residentes do 2º ano Participantes (P): 11 pessoas Descrição das/os participantes: GF1P1 a GF1P11.
	GF 2: residentes do 1º ano Participantes (P): 8 pessoas Descrição das/os participantes: GF2P1 a GF2P8.
	GF 3: preceptoras/es Participantes (P): 12 pessoas Descrição das/os participantes: GF3P1 a GF3P12.
	GF 4: preceptoras/es Participantes (P): 10 pessoas Descrição das/os participantes: GF4P1 a GF4P10.

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

A condução do grupo foi desafiadora, especialmente diante de inseguranças ou constrangimentos. Como moderadora, busquei garantir um ambiente de diálogo fluido e disponível à troca de experiências, análises e manifestação de diferentes perspectivas (GATTI, 2005). Para isso, investi em uma atitude flexível, mantendo um ambiente seguro e empático, pautado pelo respeito mútuo, mesmo em situações de divergências dos membros.

3.5 O PROCESSO DE ANÁLISE: PARÂMETROS E ETAPAS

A análise do material ocorreu por meio do método de interpretação de sentidos, que detalharei a seguir, ancorado pela hermenêutica-dialética, considerando a ampla conjuntura teórica e a interface das ciências sociais e da saúde. A escolha desse método se deu pela possibilidade de analisar as falas a partir das inter-relações dos diversos cenários teóricos e práticos, sujeitos e temporalidades envolvidos nas abordagens da sexualidade feminina por meio da comunicação clínica. O encontro do estudo prévio com os dados coletados deu origem às categorias analisadas.

Todo o material da pesquisa foi gravado em áudio e vídeo pela plataforma Microsoft Teams e, posteriormente, transcrito e revisado por um auxiliar de pesquisa. Após a coleta de dados, houve a fase de organização e sistematização do material bruto, que passou por uma segunda revisão, desta vez pela pesquisadora. A transcrição foi do tipo literal – isto é, buscou registrar com fidelidade todos os aspectos da fala, incluindo erros e pausas nos diálogos, para que elas pudessem ser analisadas em sua veracidade, conforme foram construídas e expressas (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004). À transcrição, seguiu-se o processamento, análise e interpretação dos dados.

A entrevista narrativa foi convertida em relato escrito, sem modificações. Em um segundo momento, a narrativa foi recriada a partir da percepção da pesquisadora – processo aqui denominado *transcrição*. Busquei seguir um trajeto intuitivo e dedutivo, preservando os olhares das/os participantes e trazendo reflexões sobre a história contada.

A análise dos dados foi de caráter qualitativo e sem a necessidade de intervenção estatística, com foco em explorar o conjunto de opiniões, articulando o material coletado à fundamentação teórica. A proposta da análise foi decompor os dados em categorias, dando fluxo à interpretação dos sentidos das falas e das ações (GOMES et al., 2005; GOMES, 2008, 2015).

A análise do material neste estudo foi um grande desafio. Percorri muitas fontes sobre metodologia e pesquisas afins, questionando qual desenho analítico seria hábil para sistematizar e apoiar a interpretação desse material. Descobri, nesse caminho, o método de interpretação de sentidos, que se orienta pela

problematização de sentidos atribuídos aos fenômenos e relações em que os sujeitos se inserem e é frequentemente utilizado em pesquisas sobre mulheres, gênero, sexualidade e violência, no escopo da saúde coletiva (GOMES et al., 2005; GOMES, 2008, 2015).

O método de análise de interpretação de sentidos fundamenta-se a partir da

[...] perspectiva das correntes compreensivas das ciências sociais que analisa: palavras, ações, conjunto de inter-relações; grupos; instituições; conjunturas, dentre outros corpos analíticos. (GOMES et al., 2005, p. 202).

O método foi inspirado em obras clássicas da pesquisa qualitativa (BARDIN, 2021; BAUER, 2002; GEERTZ, 1989; GASKELL, 2000; MINAYO, 2010; THOMPSON, 1998; WOLCOTT, 1994), no diálogo das concepções hermenêutica e dialética (HABERMAS, 2012; GADAMER, 1997), bem como em estudos e observações de mais de uma década de um grupo de pesquisadores do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde (Claves), vinculado ao Instituto Fernandes Figueira (IFF) e à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (GOMES et al., 2005; GOMES, 2008; GOMES, 2015).

O método de interpretação de sentidos enfatiza a importância da interpretação no tratamento dos dados qualitativos, podendo suceder e contemplar a descrição ou a análise dos dados, a fim de transcender os sentidos das falas e ações em busca da compreensão. Minayo (2010) destaca a importância de se compreender a lógica interna do grupo estudado diante do tema, cujo movimento processual engloba as fases hermenêuticas: descrição, análise e interpretação. Nesse caminho, a interpretação destaca-se por oferecer robustez ao estudo, a partir de um exercício contínuo de leitura e construção de inferências. Também apoia-se na perspectiva socioantropológica proposta por Geertz (1989), segundo a qual a ciência é tida como "ação social" repleta de sentidos: interpretar os sujeitos, que estão envolvidos em teias de significados socialmente estabelecidos, inseridos em um contexto de espaço e tempo específicos. Os parâmetros dessa interpretação para a análise hermenêutico-dialética, segundo Minayo (2002, 2010) e Gomes et al. (2005) são:

- Apreender o contexto em que o material é produzido;
- Legitimar os dados (entrevistas, relatos, histórias, etc.) a partir do pressuposto de que possuem algum sentido;
- Investigar as razões subjacentes nos textos;
- Trabalhar com os textos de forma processual, compreendendo que se trata de um material infundável;
- Reconhecer o potencial dialógico do texto, como se o sujeito pesquisado pudesse dialogar com o pesquisador nessa etapa.

A trajetória de análise organizou-se em três etapas mútuas, que se apresentaram da seguinte forma (GOMES et al., 2005; GOMES, 2008, 2015):

Quadro 10 - Etapas de análise do método de interpretação de sentidos

PRIMEIRA ETAPA	Leitura compreensiva e exaustiva do material coletado na pesquisa, buscando: olhar para o todo e para as particularidades; formular hipóteses para posterior interpretação; definir categorização das estruturas de análise; embasar a leitura em referenciais teóricos, com lentes analíticas sobre os dados.
SEGUNDA ETAPA	Identificação dos "núcleos de sentido" implícitos nos textos, que dialogam com os pressupostos do estudo, buscando temáticas ou eixos mais amplos para a discussão. Avançou-se para a interlocução entre a teoria escolhida e a leitura compreensiva, dando espaço para formular inferências, a partir da análise minuciosa dos registros.
TERCEIRA ETAPA	Processo de interpretação, buscando a síntese interpretativa por meio da articulação de ideias, sentidos e seus conflitos. A criação da síntese interpretativa demanda discussão dos dados coletados no campo com os pressupostos e objetivos da pesquisa, o referencial teórico, as inferências dos textos e o contexto.

Fonte: elaborado pela autora a partir de Gomes et al. (2005) e Gomes (2008, 2015).

Em comparação à análise de conteúdo, que seria um outro método possível e bastante legitimado no âmbito da pesquisa qualitativa, o método de interpretação de sentidos, embora contenha semelhanças, foca mais profundamente na interpretação, como é possível observar no quadro 11, buscando transpassar os conteúdos dos textos, desvelando lógicas e compreensões mais amplas, em associação com o contexto, a cultura e um determinado tema. Trata-se de um método coerente e específico ao trajeto analítico interpretativo hermenêutico-dialético.

Quanto às garantias éticas do estudo, pesquisas com seres humanos são comuns na medicina e na educação médica. Levando-se em consideração as

normas para pesquisas com seres humanos estabelecidas pelas Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), foi realizada a explanação da pesquisa às/aos participantes, com garantia de sigilo, anonimato e privacidade em relação às declarações e informações prestadas verbalmente, por vídeo e/ou por escrito antes, durante ou depois da realização do estudo, cujo conteúdo de fala foi ou pudesse vir a ser utilizado nesta tese e/ou em artigos científicos.

As questões éticas da pesquisa atenderam à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo a autonomia do sujeito pela decisão de compor ou não o estudo. A participação foi de caráter voluntário, estabelecida com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), não havendo despesas pessoais ou compensação financeira em qualquer fase do estudo.

A coleta de dados teve início apenas após aprovação pelos comitês de ética em pesquisa 5558 – Universidade de Brasília (CAAE: 50899521.2.0000.5558), 8027 – Fundação Oswaldo Cruz (CAAE: 50899521.2.3002.8027) e 5553 – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/ FEPECS/ SES/ DF (CAAE: 50899521.2.3001.5553).

Os riscos da pesquisa foram considerados baixos. O levantamento de temas relacionados – comunicação clínica, sexualidade e relação médico-paciente – pode ter gerado algum nível de desconforto emocional ou constrangimento às/aos participantes decorrente da exposição de opiniões, embora nenhum/a participante tenha relatado algo dessa natureza ao longo do estudo. O uso dos instrumentos de coleta buscou confidencialidade e respeito mútuo.

Como pesquisadora, busquei evitar malefícios, minimizar possíveis desconfortos ou constrangimentos e zelar pela integridade e bem-estar das/os envolvidas/os.

4 A ESTRUTURA DA CONSULTA NA APS: CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO

Este capítulo inaugura um segundo e empolgante momento da tese, com tratamento dos resultados e a discussão. Aqui é descrita a estrutura da consulta na Atenção Primária à Saúde, incluindo desde sua forma de planejamento para que seja registrada no prontuário eletrônico do SUS à forma como ela é pensada na perspectiva da comunicação clínica, a partir do Método Clínico Centrado na Pessoa. Ao final do capítulo, é realizada a caracterização das mulheres atendidas nas Unidades Básicas de Saúde pelas/os profissionais que compuseram a pesquisa, amparando a reflexão sobre a importância de contextualizar os cuidados no campo da saúde sexual e reprodutiva de acordo com as demandas da população.

4.1 O SISTEMA e-SUS ATENÇÃO PRIMÁRIA E O REGISTRO CLÍNICO ORIENTADO POR PROBLEMAS

A consulta é uma atividade organizada fundante da prática médica. Em um tempo limitado previamente definido, exige-se uma série de componentes e atributos que envolvem contexto, conteúdo, processos e fluxos, gerando efeitos para médicas/os e pacientes (PENDLETON et al., 2011).

Nesta pesquisa, surgiram três elementos estruturantes para o modelo de consulta de médicas-os de família e comunidade do Distrito Federal:

1. Sistema e-SUS Atenção Primária à Saúde (e-SUS APS).
2. Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP).
3. Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP).

O investimento em recursos de informação é um componente central para a estruturação da história sexual (PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010). Esses três elementos desempenham diferentes funções, que se situam de forma complementar na organização e roteirização do raciocínio clínico da consulta na APS. Veremos como cada um pode influenciar na comunicação sobre a sexualidade.

O e-SUS APS é o prontuário eletrônico utilizado pelas equipes de Saúde da Família (eSF) do Distrito Federal. Trata-se de uma estratégia de reestruturação das

informações na Atenção Primária à Saúde em âmbito nacional, em constante atualização, com foco na gestão informatizada e na qualificação do atendimento dos usuários por meio do SUS eletrônico. A estratégia foi operacionalizada em 2013²⁰ com a nomenclatura inicial de Sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). Em 2021, seu nome foi modificado para e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021a). Nesta tese, faço a opção pela nomenclatura e-SUS APS por representar o modelo vigente de gestão de informação.

A estratégia e-SUS APS permite individualizar o registro de usuárias/os; integrar a informação dos diversos sistemas de informação usados na APS; oportunizar a coleta de dados utilizados também outros sistemas e serviços de saúde; informatizar as Unidades Básicas de Saúde para melhorar os processos de trabalho; qualificar os dados em saúde; e, ainda, otimizar a gestão e a coordenação do cuidado (BRASIL, 2021a).

O modelo conceitual do prontuário eletrônico do cidadão foi estruturado para que seu registro estivesse coerente aos atributos essenciais e derivados da APS e da ESF aplicados à prática clínica e aos processos de cuidado (BRASIL, 2020, 2021; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; STARFIELD, 2002). As equipes de Saúde da Família (eSF) devem estar embasadas nos princípios do SUS (equidade, universalidade e integralidade) e nos atributos essenciais da APS (atenção à saúde no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) e derivados (orientação familiar, competência cultural e orientação comunitária do processo de cuidar) para organizar o cuidado ofertado, seus processos de trabalho e o registro clínico de forma centrada na pessoa, nas famílias e na comunidade (BRASIL, 2020, 2021; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; ROMAN, 2009; STARFIELD, 2002). Os atributos essenciais podem ser visualizados a seguir:

²⁰ Esse modelo nacional de gestão da informação na APS é definido a partir de diretrizes e requisitos essenciais que orientam e organizam o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), por meio da Portaria GM/MS N.º 1.412, de 10 de julho de 2013 (BRASIL, 2013, 2021a).

Quadro 11 - Atributos essenciais da APS

ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA APS
Atenção à saúde no primeiro contato: a APS é a porta de entrada dos serviços de saúde e o primeiro recurso a ser utilizado pelo usuário quando há uma necessidade de saúde.
Longitudinalidade: diz respeito à relação contínua da atenção entre serviço de saúde e usuário, independente dos problemas de saúde que se estabelecem.
Integralidade: Cuidado integral ao indivíduo e sua família e resolutividade da atenção.
Coordenação do cuidado: Articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, que convergem no cuidado do usuário. A equipe de Saúde da Família (eSF) atua como centro de comunicação entre os serviços de atenção secundária, terciária, de apoio diagnóstico e terapêutico, como definido pelas Redes de Atenção à Saúde.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2020), Oliveira e Pereira (2013) e Starfield (2002).

O trabalho orientado pelos atributos da APS é capaz de promover equidade, melhores indicadores de saúde, menores custos e tem efeitos positivos na satisfação das/os usuárias/os e no seu estado de saúde (STARFIELD, 2002). A oferta de cuidado embasada nessas qualidades é essencial para operar uma abordagem adequada dos problemas sexuais.

O Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP) foi o modelo escolhido pelo Sistema e-SUS APS para operacionalizar as funcionalidades do prontuário eletrônico do cidadão (BRASIL, 2021a). O RCOP foi idealizado por Lawrence Weed (WEED, 1968), para quem “problema é tudo aquilo que é constatado pelo médico, que é relevante e envolve algum tipo de manejo ou cuidado ou, simplificada, tudo o que preocupa o médico, o doente ou ambos” (ROMAN, 2009, p. 76). Na abordagem multiprofissional da APS, o problema pode ser considerado qualquer questão de saúde que demande uma ação da equipe e um plano de intervenção (BRASIL, 2021a).

O RCOP é um registro de acesso multiprofissional, que funciona como uma importante ferramenta de organização e padronização da informação para o trabalho da eSF. Ele permite ações em âmbito individual (organização de informações do usuário: problemas de saúde, frequência de consultas, resultados de exames etc), familiar (compreensão de sua estrutura e dinâmica), comunitário (planejamento de ações preventivas e de promoção à saúde no território), acadêmico e científico (uso dos dados para produção de pesquisas) e de educação permanente para a equipe. Ademais, possibilita que múltiplas necessidades sejam abordadas nos encontros clínicos, de forma processual e longitudinal (DEMARZO; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2014; ROMAN, 2009).

O modelo RCOP, adaptado para a implementação do Sistema e-SUS APS, é composto por quatro componentes, a saber (BRASIL, 2021a):

- Base de dados;
- Lista de problemas (folha de rosto);
- Evolução (método SOAP);
- Folha de acompanhamento (fichas de resumo e fluxograma).

4.1.1 Base de dados

A base de dados é composta por informações de pacientes coletadas na primeira consulta e pode incluir dados de identificação, antecedentes pessoais e familiares, exames clínicos, fatores de risco e atualizações frequentes. No Sistema e-SUS APS, a base de dados é integrada ao registro clínico SOAP, mas também alimentada pelo bloco de informações administrativo e pelo cadastro do cidadão na APS, realizado prioritariamente por agentes comunitárias/os de saúde (ACS) (BRASIL, 2021a).

Uma queixa contextualizada no funcionamento da APS no Distrito Federal foi a insuficiência ou a completa ausência de ACS nas equipes, o que acarreta em um desconhecimento das/os profissionais sobre a área adscrita e a população de quem cuida, já que elas/es representam a capilaridade do trabalho da equipe na comunidade. Por outro lado, quando presentes e ativas/os, as/os agentes comunitárias/os de saúde frequentemente apresentam dificuldades na comunicação sobre aspectos da sexualidade durante o preenchimento da ficha de cadastro individual e, especificamente, nas perguntas sobre a identidade de gênero e orientação sexual:

<p>DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>SE SIM, QUAL?</p> <p><input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Outra</p> <p><input type="radio"/> Homossexual (gay / lésbica)</p>	<p>DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>SE SIM, QUAL?</p> <p><input type="radio"/> Homem transexual <input type="radio"/> Travesti</p> <p><input type="radio"/> Mulher transexual <input type="radio"/> Outro</p>
---	--

Figura 2 - Perguntas da ficha de cadastro individual do e-SUS APS relacionadas à sexualidade (versão CI/e-SUS AB v.3.2)

Fonte: BRASIL, 2021b.

As dificuldades enfrentadas por ACS são exemplificadas nas falas a seguir:

Não sei se porque não se sentem à vontade pra perguntar, né? Ou se... tem alguma outra coisa. Mas, assim, quando a gente abre a ficha individual (do e-SUS), não tem [esse registro]. (GF1P7).

Eles [ACS] pulam a pergunta. Então, a gente tem uma dificuldade do profissional de saúde de uma forma geral de como abordar a sexualidade. Coletam o cadastro em ambiente privado: eles marcam como não informado, mas eles não fazem essa pergunta. "Doutora, eu não vou falar isso de jeito nenhum. Se eu entrar na casa do meu vizinho, na frente dos pais, e perguntar, um por um, eu nunca mais vou ser recebido naquela casa, porque vou ser visto como...". Há o receio da quebra de vínculo. Como fazer uma abordagem individualizada do ACS numa residência que tem 1 cômodo, 2 cômodos, 10 pessoas? (GF3P5).

Essas falas revelam que as perguntas relacionadas à sexualidade na ficha de cadastro individual do e-SUS APS são comumente ignoradas, seja por desconforto das/os ACS em abordar a sexualidade em âmbito individual, familiar e/ou comunitário, seja por falta de privacidade ou pela não compreensão da importância desse registro para um processo de cuidado alinhado às especificidades da comunidade. Ressalto, no entanto, que apesar de o cadastro do cidadão ser uma atribuição direta das/os agentes comunitárias/os de saúde, todas/os as/os integrantes da eSF devem investir na atualização dos dados das/os pacientes nas inúmeras ações em saúde realizadas pela equipe – do acolhimento às consultas, grupos, visitas domiciliares, procedimentos e vacinas, entre outras. Esses encontros com as/os usuárias/os revelam-se como possibilidades para que os cadastros sejam revisados e qualificados (BRASIL, 2017a).

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT) (BRASIL, 2013) reconhece identidade de gênero e orientação sexual como determinantes sociais de saúde por ainda serem elementos relacionados às vulnerabilidades em saúde. A redução das desigualdades, da discriminação e dos preconceitos institucionais, bem como a promoção da saúde integral da população LGBTQIA+, são ações essenciais a serem consolidadas no SUS.

Em prol de um registro adequado no âmbito do sistema e-SUS APS, foram incluídos na ficha de cadastro individual²¹ (figura 2) e no cadastro simplificado do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), os campos "nome social", "identidade de gênero" e "orientação sexual", que possibilitam o destaque de nome e pronome de escolha da pessoa (BRASIL, 2013; SARNO et al., 2021). Apesar dessas abas, considerando que tais perguntas ainda são entrevistador-dependente, a educação permanente das equipes parece-me uma importante estratégia para estimular a qualificação dos cadastros, de forma que as/os profissionais construam compreensão e sentidos nessa ação.

As/os médicas/os participantes do estudo observaram que, nos últimos anos, parece ter havido aumento da demanda de atendimento à população LGBTQIA+ no contexto da APS do Distrito Federal, sobretudo entre pessoas jovens que se declaram bi ou homossexuais e com experiências homoafetivas. No entanto, essa impressão não se refletiu em alterações prévias no cadastro individual do e-SUS APS, provavelmente devido ao receio de ACS em questionar tais informações, tal como já descrito. A desconformidade entre os dados informados na ficha de cadastro e a forma como os indivíduos atendidos se declaram tem como resultado, muitas vezes, a criação de situações desfavoráveis a um acolhimento adequado, gerando constrangimentos tanto à/ao médica/o quanto ao sujeito em busca de cuidado:

Já me atrapalhou bastante de, por exemplo, no prontuário, não ter nome social e isso ser um problema. E você chamar a pessoa e a pessoa não se reconhecer, se incomodar. (GF4P7).

²¹ A ficha de cadastro individual do e-SUS APS completa pode ser visualizada ao final desta tese, em ANEXO – FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL E-SUS APS - CI/E-SUS AB V.3.2 (BRASIL, 2021b).

Voltando para o e-SUS, olha, a dificuldade da minha equipe... Começou a aparecer muita gente, só o nome pra mim, por exemplo: Bárbara. Fulana, não sei o quê. Eu disse: "gente, será que esse povo tudo é trans?". Aí eu fui sentar com as ACS, com as técnicas e perguntar pra elas se elas sabiam o que é nome social. Elas não sabiam. Elas achavam que era o nome como uma pessoa gostava de ser chamada. Porque no cartão da gestante tem "como gosta de ser chamada". Né? Aí elas achavam que o nome sexual, o nome social era isso. Então, um monte de prontuário com mesmo nome. Nome, nome social. Entendeu? (GF3P9).

Os comentários acima, somados às discussões dos grupos focais, sugerem que as/os ACS, assim como as/os demais integrantes da equipe, podem não compreender ou se confundir quanto ao significado da nomenclatura "nome social". No âmbito jurídico, o nome social é um direito de todas as pessoas e representa o nome pelo qual o cidadão deseja ser reconhecido perante a sociedade, no exercício de direitos e obrigações (NOME SOCIAL, [s.d.]). Não deve ser confundido com apelidos, nomes fantasia, nomes comerciais, religiosos, titulações profissionais, acadêmicas ou de qualquer outra ordem.

A experiência relatada expressa mais uma dificuldade das equipes de Saúde da Família em lidar com questões de gênero e sexualidade, reiterando a importância de espaços de educação permanente para profissionais da ESF. Frequentemente, agentes comunitárias/os de saúde consideram o apelido da pessoa atendida como seu nome social, o que gera uma multiplicidade de cadastros incorretos, com nomes repetidos, bem como um retrabalho para a/o profissional responsável pelo atendimento clínico, que precisa revisar e corrigir as informações do prontuário durante a consulta.

Eu sempre faço questão de corrigir o e-SUS, sabe? Assim, o cadastro. Porque o e-SUS em si é um prontuário eletrônico que a gente pode colocar lá o nome social, né? E aí, em geral, se eu me deparo com uma situação em que já não está, eu faço na hora mesmo. Mas, é interessante. Eu já tive a oportunidade de, de levar isso, posteriormente, para reuniões de equipe e trabalhar isso com uma equipe em si, né? Até para eles estarem cientes, pra gente conversar sobre a questão. E é uma experiência bem didática, gente, porque sai de tudo. Todos os tipos de pérola, da pessoa não entender, mas, peraí, como é que vai ser? Quem vai chegar? O que vai estar escrito ali? Como é que eu troco isso? Não troco? Como é que eu tenho que chamar? E é... É. Acho que vale a pena, até para além do prontuário. Mas, em geral, em relação ao prontuário eletrônico, vocês comentaram aí do nome social, acho que

*é uma coisa que eu tento sempre, se for o caso, corrigir na hora, assim...
Instantaneamente (GF4P1).*

Compreendo a implicação de profissionais técnicos da eSF, médicas/os e enfermeiras/os na qualificação do cadastro individual e registro da consulta, especialmente no âmbito de aspectos sexuais e outras vulnerabilidades que incidem sobre a saúde, como uma postura ética relativa ao atendimento prestado à comunidade. Nesse sentido, o ensino de comunicação clínica pode ajudar a fazer compreender e a saber fazer uso dos termos relacionados à sexualidade na saúde, considerando-se ainda já estar estabelecido que o uso de nomes e pronomes devem ser definidos pela pessoa atendida a fim de evitar constrangimentos e estabelecer respeito e acolhimento em todo o contexto de uso do sistema de saúde (SARNO et al., 2021) – e, quando não for possível, deve-se priorizar o uso de termos neutros na comunicação com a pessoa (LADY; BURNHAM, 2019; SARNO et al., 2021). Somando-se a isso, outro aspecto que poderia ser atualizado na base de dados é a substituição dos campos "pai" e "mãe" por "responsáveis", o que evitaria uma abordagem heterocisnormativa da parentalidade (SARNO et al., 2021, p. 170).

4.1.2 Lista de problemas

A lista de problemas foi uma contribuição importante do modelo de Lawrence Weed (WEED, 1968). No Sistema e-SUS APS, a lista de problemas compõe a folha de rosto do prontuário e pode ser visualizada e editada de forma separada. Está organizada em uma lista de problemas principal, composta por problemas ativos ou latentes (que exigem vigilância, como, por exemplo, ser ex-fumante) e outra lista com problemas resolvidos. No formato informatizado, a folha de rosto se assemelha a um bloco de notas e pode apresentar-se como um sumário clínico da/o paciente, contendo informações relevantes das últimas consultas (BRASIL, 2021a).

Na pesquisa, foi relatado que é possível fazer um cabeçalho introdutório, em uma parte específica da folha de rosto, chamada de "lembretes", quando houver a necessidade de contextualizar e relembrar aspectos importantes da vida da pessoa

nos encontros subsequentes – hábito que pode auxiliar na condução pelo Método Clínico Centrado na Pessoa, como compartilhado nos comentários a seguir:

O que eu tenho procurado fazer pra facilitar, é, quando eu consigo informações, assim, que, pra mim, são úteis, pra eu conseguir abordar esse e outros temas, eu vou colocando na parte de baixo que tem, de lembretes, porque daí fica na folha de rosto e aí eu vou criando como se fosse um cabeçalho, né, pra eu conseguir me orientar melhor das próximas vezes e conseguir lembrar das informações que eu já coletei. Como se fosse um resumo do prontuário. Mas não tem uma ferramenta assim, específica pra isso, né? (GF2P3).

No prontuário, eu uso muito a lista de problemas e, se eu acho que tem alguma questão sexual que é relevante pra pessoa em relação à identidade, orientação, práticas, pra pessoa e para as condições que eu, das... que eu vou fazer segmento, eu coloco lá. É... Inclusive, nome social, eu coloco lá também, que eu aprendi com minha preceptora. Que, pra mim, fez muita diferença receber paciente e já ver no prontuário, no momento que eu estava fazendo a revisão de prontuário, que aquele paciente era não-binário e que gostava de ser... é, preferia ser chamado por um, de uma forma X ou Y. E aquilo fez toda a diferença pra mim, porque eu me senti muito mais confiante pra receber e acolher bem aquela pessoa, sabe? Já partir de um lugar melhor, assim. Então, pra mim, colocar no prontuário, na lista de problemas, é importante. Quando eu acho que é relevante, eu coloco. É... Apesar de não ser um problema necessariamente, né? (GF4P5).

Aí eu sempre pergunto no finalzinho se é casado, se tem filho, se não tem, com quem que tá morando. E aí isso aí abre alguns raciocínios na cabeça do próprio paciente, né? (GF2P6).

Nessas falas, profissionais compartilham soluções práticas que auxiliam no investimento do registro clínico, incluindo aspectos da sexualidade e outras informações úteis sobre as/os pacientes: onde e com quem residem, atividade laboral, escolaridade, religião, estado civil, orientação sexual, identidade de gênero, parcerias, se tem filhos – aspectos que as/os entrevistadas/os consideram fundamentais para a anamnese sexual. E consideram a lista de problemas como uma fonte privilegiada de informações para sintetizar questões importantes de usuárias/os, que podem ser lidas rapidamente antes dos atendimentos.

4.1.3 Evolução SOAP

O Sistema e-SUS APS estrutura o registro do atendimento utilizando apenas o método SOAP, que é uma estrutura prática e padronizada de organização da evolução clínica do Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP), composta por quatro itens sequenciais (BRASIL, 2021a):

Quadro 12 - Prontuário SOAP

S	SUBJETIVO	É composto pelo relato do paciente, incluindo o motivo atual da consulta; os sintomas relatados; o contexto; a experiência de adoecimento (expectativas, medos, angústias etc).
O	OBJETIVO	É composto pelos achados da observação do profissional; exame físico e exames complementares.
A	AVALIAÇÃO ou LISTA DE PROBLEMAS	É composta pela convergência das queixas, dos achados e da construção do raciocínio clínico. Inclui fatos relevantes, sintomas, diagnósticos e impressão do profissional sobre o caso.
P	PLANO	É composto pela conduta terapêutica. Inclui orientações, medicações, procedimentos, prevenção e promoção de saúde, aconselhamento e exames complementares.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Demarzo, Oliveira e Gonçalves (2014), Brasil (2021) e Roman (2009).

Cada problema tratado na avaliação é codificado em uma lista de itens, permitindo um registro integrado da situação de saúde do cidadão e estimulando a notificação dos problemas (BRASIL, 2021a).

Olhando as consultas passadas, você consegue ter um perfil de direcionamento, né, de alguns aspectos da sexualidade que, às vezes, num tempo curto de consulta, você consegue abordar coisas pontuais, porque você já tem um contexto, um background do paciente. (GF2P2).

E... Sobre o e-SUS, em geral, eu uso o SOAP bem tranquilo, pra registrar isso assim, ali no subjetivo e objetivo. Em geral, essa parte mais do diálogo entra no subjetivo mesmo. Mas acho que era sobre essa percepção da sexualidade também, da idade, assim. E de conversar, essa coisa do... do ter ou não ter relações, e por que não? (GF4P1).

O item "Subjetivo" é o principal na abordagem de questões sexuais, na medida em que diz respeito ao espaço dialógico entre profissionais e pacientes. O investimento neste domínio auxilia na comunicação da consulta vigente e contribui para a construção do vínculo, tornando-se essencial para tomar conhecimento de quem se atende e suas idiossincrasias. É nesse espaço-tempo que a anamnese sexual será possível. O registro adequado, além de trazer uma certa materialidade à memória do acompanhamento, garante a continuidade do histórico clínico, mesmo quando há rotatividade de profissionais no serviço, considerando-se que, no contexto da Estratégia de Saúde da Família e da dinâmica de equipe, o seguimento clínico e relacional se constrói a várias mãos.

4.1.4 Folha de acompanhamento

No RCOP, a vigilância de determinada questão pode ser anotada na folha de acompanhamento, que se torna especialmente útil na visualização e organização do monitoramento de condições crônicas, cujos dados (sintomas, exames e medicações, por exemplo) podem ser registrados no formato de planilhas, fluxogramas ou nas fichas de programas (BRASIL, 2021a).

4.2 MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA: O CUIDADO CENTRADO NA MULHER

"Como se ensina algo, como a sexualidade, que pode ser difícil, inclusive para quem tem a responsabilidade de ensinar?" Essa foi uma pergunta intrigante que surgiu em um dos grupos focais. O modelo biomédico hegemônico contemporâneo ocidental, base da formação médica, pode priorizar procedimentos clássicos de consulta no formato queixa-conduta, com pouca ou nenhuma abertura à comunicação da sexualidade ou outras questões de saúde que estejam subjacentes. O problema sexual é mais valorizado por médicas/os caso venha acompanhado de uma outra queixa física ou uma doença já estabelecida (ABDO; OLIVEIRA JUNIOR, 2002).

A gente só fala de sexualidade, na maioria das vezes, quando a gente encontra algum contexto de doença, né? E devia ser exatamente o contrário. Que se a gente procura saúde, a gente devia falar sempre. (GF1P11).

Embora a comunicação sobre doenças já categorizadas seja mais palpável na medicina, as demandas em sexualidade que chegam na APS parecem estar predominantemente atribuídas ao sofrimento inespecífico e às questões culturais, subjetivas, relacionais e afetivas da sexualidade, o que contradiz a priorização das atribuições anatômicas e biológicas em detrimento das vivências do corpo (GOMES et al., 2008). Assim, valorizar a paciente, para além de estabelecer uma comunicação sensível e humanizada, trazendo como primordial a escuta de suas necessidades, torna-se fundamental (PENDLETON, 2011, p. 125).

Nesse cenário, o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) apresenta-se como um recurso potencialmente eficaz – enquanto ferramenta de comunicação clínica, permite dar segurança e suporte às/aos estudantes, residentes e profissionais sobre como se portar diante de queixas complexas, da escuta inicial ao plano terapêutico (BAYER et al., 2017; COVERDALE; BALON; ROBERTS, 2011; SHINDEL et al., 2010), resultando na otimização da abordagem clínica e seu melhor alinhamento às demandas encontradas.

O MCCP teve origem na década de 80, contrapondo-se a uma abordagem centrada na doença e no médico e resultando em maior satisfação de médicas/os e pacientes, melhores indicadores de saúde e tempo de consulta mantido (STEWART et al., 2017). O método compreende aspectos biopsicossociais, o contexto de vida, família e comunidade e busca estimular uma postura de engajamento e autonomia da pessoa sobre os seus próprios problemas de saúde (STEWART et al., 2017). Sua última versão foi descrita de acordo com os seguintes passos: 1) explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; 2) entendendo a pessoa como um todo: o indivíduo, a família e o contexto; 3) elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas; 4) intensificando a relação entre a pessoa e o médico (STEWART et al., 2017). A figura 3 ilustra o formato de consulta com profissional e paciente próximas e voltadas uma à outra:



Figura 3 - Médica de família e sua paciente: ilustração de formato de consulta

Fonte: ilustração elaborada pela autora a partir de fotografia simulando um atendimento.

Esta pesquisa revelou que o ensino e a aplicabilidade do MCCP já estão bem estabelecidos nas residências em MFC no Brasil enquanto investimento pedagógico. Médicas/os referem-se ao MCCP como uma prática estruturante na construção de suas consultas na APS, que lhes traz conforto e segurança na entrevista. O método pode ser considerado uma importante ferramenta de comunicação no aprimoramento das habilidades comunicacionais sobre assuntos sexuais (BAYER et al., 2017; COVERDALE; BALON; ROBERTS, 2011; SHINDELL et al., 2010), no intuito de obter melhores resultados em saúde.

Se ela traz um problema em relação, na relação com o marido, eu falo assim, “o que você quer? Você quer resolver isso? [...]. Qual é o grande problema pra você? Qual é o nó? O que você acha que isso pode acontecer? Pode resolver?”. E aí, é claro, eu posso explicar sobre anatomia, eu posso, posso estimular ela a fazer masturbação, eu posso estimular várias práticas em relação à questão da libido, mas eu tenho que entender o que ela quer. Porque, de repente, ela não quer nada daquilo, né? [...]. E se ela quiser ter relação sexual com 10 pessoas diferentes, mesmo eu achando que isso pode, eu vou explicar os riscos. Mas é o que ela quer. Então, eu acho que cada vez mais a gente tem que sair da gente pra virar profissional, quando a gente chega nessa parte. (GF3P5).

A fala acima diz respeito a uma proposta de atendimento centrada na pessoa e guiada pela sua agenda. “Entender o que ela quer” significa estar disponível para atuar de acordo com as prioridades trazidas pela paciente, valorizando sua singularidade e seu contexto e buscando estruturar o atendimento com atenção aos aspectos biomédicos, comunicacionais e relacionais. O MCCP compreende a pessoa em sua complexidade humana e a dinâmica dos condicionantes saúde-doença de forma ampla, com interferências familiares, ocupacionais, socioculturais e comunitárias, em prol de um plano terapêutico compartilhado que busca produzir autonomia (RAMOS, 2009).

Eu acho que conhecer o MCCP me ajudou muito, porque essa coisa da Medicina Centrada na Pessoa dá pra você abordar muitas coisas. [...] Eu vou usando mesmo as ferramentas que a gente foi aprendendo, assim, na residência. (GF1P7).

Ainda existem poucas ferramentas destinadas a melhorar a comunicação da saúde sexual na consulta (MACDOWALL et al., 2010). Neste estudo, foram evidenciados elementos que tecem possibilidades em prol de uma comunicação não só mais efetiva no contexto da Atenção Primária à Saúde, mas que também abarque a sexualidade como uma importante dimensão da saúde dos sujeitos em seus aspectos médicos, psicológicos, relacionais/interpessoais, socioculturais e étnicos. Dentre eles, a estratégia de cuidado centrado nas mulheres foi pautada em algumas ações exequíveis no trabalho cotidiano de médicas/os de família e comunidade e suas equipes, descritas a seguir:

Quadro 13 - Ações facilitadoras para uma abordagem centrada nas mulheres

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Garantir às mulheres o acesso e a equidade na saúde reprodutiva, com ampliação do acesso ao DIU (dispositivo intrauterino); ❖ Atentar-se para a coleta da história ginecológica, obstétrica e sexual na consulta; ❖ Buscar entender fatores de gênero, sociais, culturais e comunitários que influenciam no comportamento sexual das mulheres; ❖ Prezar pela prevenção e promoção da saúde das mulheres; ❖ Oportunizar a abordagem da sexualidade durante a coleta de preventivo e outras consultas; ❖ Incentivar grupos de mulheres na UBS e na comunidade; ❖ Investir no trabalho em equipe, elaborando conjuntamente diagnósticos situacionais, planejamentos e ações destinadas à comunidade; ❖ Investir na educação permanente da equipe; ❖ Investir na visita domiciliar, especialmente quando há suspeita de violências.

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

Como pode ser observado no quadro 13, esta pesquisa revelou uma infinidade de potenciais ações facilitadoras para uma abordagem integral e centrada nas mulheres no âmbito da APS, dentro e fora do consultório. O exercício de uma abordagem integral, incluindo a sexualidade como questão central na vida das mulheres, reúne coerência ética e epidemiológica e qualifica o atendimento, legitimando a relevância da condução multidisciplinar e longitudinal no processo de saúde-adoecimento.

Compreendidos o modelo e a estrutura de consulta de médicas/os de família e comunidade do Distrito Federal, seguiremos para a apresentação das pacientes.

4.3 AS MULHERES PARA AS QUAIS ESTE ESTUDO SE DESTINA

Mulheres são muitas
De todas as formas
Tons e cores
De crenças diversas
Ciclos e idades.
Mulheres são todo
Toda ela
Elas todas
Mulheres inteiras
Não são partes.
(a autora)

Uma das perguntas feitas durante os grupos focais dizia respeito a um certo pedido de caracterização das mulheres e das comunidades onde as/os profissionais atuavam. Estávamos falando "de quem e para quem"? Este questionamento me pareceu importante na medida em que o estudo foi se revelando como uma aposta reflexiva para profissionais, em cuja envergadura importa, e muito, que médica/o e paciente sejam subjetivadas/os no encontro clínico, sendo respeitadas as suas idiossincrasias, e não sejam apenas objeto de intervenção do sistema. Para isso, cabe entender quais mulheres buscam atendimento, onde elas moram, qual o seu

ciclo de vida, quais processos de violência essas mulheres passam, para, assim, reconhecer e contextualizar suas demandas em saúde.

Foram reconhecidos vários níveis de vulnerabilidade associados à sexualidade das mulheres no contexto dos atendimentos prestados: comunidades marcadas por violências cotidianas, a não garantia plena de direitos sociais (moradia, alimentação, transporte, trabalho, educação, etc.), a prevalência do uso de álcool e outras drogas, territórios de ocupação urbana e outros problemas sistêmicos. Poucas pessoas informaram atuar em regiões de classe média. As áreas do entorno do Distrito Federal, chamadas de regiões administrativas²², apresentam condições socioeconômicas mais complexas quanto mais distantes do Plano Piloto (área planejada para a capital do país).

Cada um tem sua forma de experienciar, às vezes com diferentes pessoas, com diferentes visões, com diferentes culturas. A cultura, né, da sexualidade que, pra gente, pode ter um comportamento, ser estereotipado com um componente sexual, em outra cultura, talvez não. E, às vezes, dentro de uma mesma Brasília, né? Se a gente tá às vezes na periferia ou tá no Plano Piloto, pode ter visões diferentes sobre o mesmo comportamento. (GF1P8).

Essa fala traduz a distância socioeconômica do Plano Piloto – planejado e constituído como o "centro" do DF – em relação à periferia, sugerindo efeitos no comportamento e na cultura do sujeito. Porém, infelizmente, as influências culturais nas práticas sexuais não são normalmente abordadas nos currículos médicos e, conseqüentemente, nas consultas (PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010).

As/os médicos caracterizaram as pacientes que atendem como uma população predominantemente jovem, de mulheres pardas e pretas, de baixa renda, periféricas, solteiras e heterossexuais. A maioria das famílias parece ter origem parental de fluxos migratórios da região Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste do país, especialmente do estado de Minas Gerais. Quando se trata do atendimento a famílias estrangeiras, a maioria é procedente do Haiti.

Quanto às atividades laborais, são mulheres que, muitas vezes, são observadas em situação de sobrecarga – em grande parte, constituem-se como as

²² Desde 2022, o Distrito Federal conta com um total de 35 regiões administrativas, aumentando de um total anterior de 33 após a criação das regiões administrativas de Arapoanga e Água Quente, por meio das Leis n.º 7.190 e n.º 7.191, de 21 de dezembro de 2022, sancionadas e publicadas no Diário Oficial do Distrito Federal (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2022).

principais cuidadoras e mantenedoras da casa, trabalham como autônomas, donas de casa ou estão desempregadas. O trabalho informal é frequente e, sem empregos formais e com carteira assinada, poucas gozam de direitos trabalhistas e benefícios previstos na CLT, como férias, décimo terceiro salário, jornada de trabalho de até 8 horas diárias, FGTS, INSS, entre outros.

Entre as/os médicas/os, poucas/os trabalham em territórios de classe média, onde a maioria das mulheres atendidas são adultas jovens na faixa de 35 a 45 anos, muitas das quais em processo de acompanhamento de pré-natal.

Algumas/alguns residentes relataram ter dificuldades para caracterizar as mulheres moradoras nas áreas de abrangência que acompanham, o que é atribuído à falta de clareza sobre a área adstrita e a população cadastrada, assim como à crise crônica do Distrito Federal em relação à ausência ou escassez de ACSs nas equipes de Saúde da Família (eSF), gerando cadastros individuais e familiares incompletos, defasados ou inexistentes. Ainda assim, é possível constatar que, enquanto as mulheres são a maioria do público atendido, as consultas possuem frequentemente um fator coletivo, sobretudo devido à presença de outras acompanhantes, como amigas, vizinhas, mãe e irmãs.

Mulheres pretas, pardas, de baixa renda, a maioria é heterossexual, algumas casadas, e algumas jovens, solteiras ou separadas. Tem muita, muita questão relacionada à sexualidade. Com vários filhos já, e às vezes, nenhum conhecimento da sua própria sexualidade. Nenhum, nenhum. Assim, de autonomia, da sexualidade. Como se sexualidade se resumisse ao sexo, assim, e à relação sexual, né? Essa coisa da mulher, que é casada, e nunca, nunca teve um orgasmo, não sente prazer na relação sexual, só tem relação sexual, porque, enfim, tem que ter a relação sexual com o marido. E é como se ela só fosse isso, assim. “Ah, mulher tem que ter filho”, “mulher tem que engravidar”. (GF1P7).

Geralmente pardas, pretas, mães solteiras, e... muitas homossexuais, que se descobriram homossexuais depois de se tornarem mães, já terem família construída. E agora serem, ter essa orientação, né, se revelarem como homossexuais. (GF1P1).

O encontro clínico na APS, quando se propõe a abarcar a complexidade dos sujeitos, permite que a presença do outro se singularize no ato do cuidado em saúde. No âmbito do cuidado às mulheres, essa abertura viabilizou a manifestação de questões desterritorializadas relacionadas à sexualidade, tais como questões de

gênero, violência (SCHRAIBER, 2002), medicalização (VIEIRA, 2002), racismo e outras discriminações e vulnerabilidades (VIEIRA et al., 2019; COLLINS; BILGE, 2021) – todas elas de particular relevância quando se trata de processos de adoecimento, mas pouco abordadas em suas especificidades em consultas de saúde da mulher.

É nesse quadro que emerge a discussão sobre os contornos da prática clínica, que se revela como um movimento contínuo de aprendizados para médicas/o de família e comunidade. Quando a/o profissional de saúde permite-se engajar com abertura na busca pela compreensão do outro e sua queixa, ampliam-se as chances de que determinados conceitos que permeiam a multiplicidade de suas experiências clínicas e profissionais sejam ressignificados. Dito de outro modo, buscar conhecer melhor o outro é também buscar conhecer melhor *com* o outro e, de certa forma, buscar saber melhor de si mesma/o e sua prática.

Disse um/a participante entrevistada:

A gente aprende fazendo também, né? Aprende clinicando. (GF4P9).

Em meio às questões tratadas e à fala acima, encontro também outras formas de registro e atravessamento:

A medicina é como argila,
delineando-se com o tempo.
Um medicina-artesã
E um bisturi de possibilidades nas mãos
Arte cotidiana
O exercício contínuo de amassar, contornar, experimentar
Encontrar novas formas possíveis
No caminho de incertezas
Uma obra final que se desconhece
O barro assume formas próprias
A depender do que e para quem
Viva o processo
Tem coisas que se aprende fazendo.
(a autora, 2023)

A necessidade de lidar frequentemente com demandas específicas, a exemplo da violência e da saúde LGBTQIA+, contribui para que profissionais se aprimorem, de acordo com o ditado intrínseco da MFC: "a/o médica/o de família e comunidade é especialista em sua comunidade". Apesar da cultura institucional da especialidade, as pessoas entrevistadas estão em formação pedagógica,

humana, ética, clínica e vivencial no contexto dos territórios onde atuam, o que requer delas uma certa adaptabilidade.

Onde é que a gente aprendeu isso? Tem muita coisa que a gente aprende também com os pacientes, com a vivência deles, que se não fosse a nossa experiência com os pacientes, a gente não ia pensar em certas coisas, né? Então, é... Eu acho isso muito legal, o quanto que a gente também conviver com eles faz a gente pensar e aprender. (GF4P4).

Observa-se na fala acima a valorização do aprendizado prático. Ainda que as habilidades em medicina sejam estudadas e aprendidas na longa trajetória formativa da profissão, o aprendizado da prática clínica é aprofundado e construído de forma mais nuançada sobretudo no trabalho contínuo de atendimento, no exercício cotidiano de formular o cuidado para diferentes pessoas e necessidades. Nesse sentido, os estudos em habilidades comunicacionais colaboram para favorecer uma comunicação assertiva e eficaz na consulta, devendo priorizar o protagonismo de quem demanda cuidado.

Os grupos focais geraram a importante reflexão de como o investimento das/os profissionais de saúde, na abordagem da sexualidade, deve ser indissociável da construção de suas subjetividades enquanto “sujeitos no mundo” (LEITE; ARAGÃO, 2010; STRALEN; SILVEIRA, 2017) – isto é, de suas vivências, leituras, valores e, especialmente, de sua abertura para aprender com as comunidades que assistem, em grande parte vulneráveis. Nesse contexto, uma participante enfatizou:

O ambiente de ensino ao mesmo tempo é um ambiente de aprendizado, né? E... aprendi muito com as nossas falas e... é mais uma experiência pra vida aí, essas duas horinhas. (GF3P10).

O espaço de pesquisa revelou-se formativo e mobilizou os grupos a pensar sobre adversidades frequentes da prática clínica que são pouco abordadas na formação médica, como as interseccionalidades. Nas entrevistas e grupos focais, houve dificuldades para comunicar sobre a sexualidade em situações específicas de vulnerabilidade, que serão vistas a seguir, a exemplo de pessoas idosas, com múltiplas comorbidades, adolescentes, pessoas com alguma deficiência, pessoas pertencentes à população LGBTQIA+ e barreiras interculturais. Em alguns estudos,

as barreiras de gênero, interculturais e religiosas são analisadas de forma compilada em "atitudes e crenças" (ALARCÃO et al., 2012; RIBEIRO et al., 2014).

Cuidados no campo da saúde sexual e reprodutiva que sejam culturalmente sensíveis quanto à identidade de gênero, expressão e orientação sexual, raça/etnia, classe, capacidade e religião convocam conhecimentos, habilidades e atitudes a serem reconhecidas, desenvolvidas e aprimoradas por profissionais da Atenção Primária à Saúde (CAPPIELLO; LEVI; NOTHNAGLE, 2016; HINCHLIFF; GOTT; GALENA, 2004).

No próximo capítulo, veremos os aspectos que interferem na comunicação da sexualidade no encontro clínico.

5 COMUNICAÇÃO CLÍNICA E RELAÇÃO MÉDICA/O-PACIENTE: PROCESSOS E DINÂMICAS

Este capítulo apresenta as reflexões de médicas/os de família e comunidade acerca da comunicação sobre a sexualidade e suas experiências com o tema na prática clínica. Exemplifica em quais circunstâncias clínicas a sexualidade aparece no contexto da APS. Detalha a operacionalização da abordagem da sexualidade na consulta considerando aspectos facilitadores, como o uso de boas habilidades de comunicação clínica, e apresentando exemplos de perguntas que podem ser utilizadas na anamnese médica.

5.1 COMPREENSÕES DA SEXUALIDADE POR MÉDICAS E MÉDICOS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Sexualidade é impulso de vida
 Experiência subjetiva
 Um universo particular
 Vivência dos sentidos
 Olfato, visão, tato, audição
 Expressão da libido
 Desejo em ação sexual
 É um despertar
 Que move sensações, desejos e afetos.
 Sexualidade é prazer
 É tesão de viver.
 (a autora)

Escrevo o poema acima inspirada nas ideias coletadas na pesquisa, diante da surpresa das/os participantes com a primeira pergunta proposta nos grupos focais: "Qual é o entendimento de vocês sobre sexualidade?"

Talvez eu saiba muito pouco. (GF1P3).

Na minha forma limitada de ver, eu acho que sexualidade é... (GF1P5).

Tenho muita dificuldade mesmo de delimitar. (GF1P8).

Pra mim ainda é um conceito assim muito... que eu ainda tenho alguma confusão. (GF2P3).

De início, pode parecer banal pensar a sexualidade – palavra cujo significado é muitas vezes admitido como conhecido, evidente ou subentendido, associado às suas traduções práticas e simplificadas do imaginário do senso comum. No contexto desta pesquisa, sobretudo nos grupos focais de residentes, que partem de um discurso de "não saber" o quanto se sabe, a sexualidade foi logo considerada de difícil racionalização ao longo do processo proposto.

Nossa, eu nunca tinha parado para pensar nisso. O que é a sexualidade? (GF4P3).

Eu adoro que é uma dessas coisas que a gente acha que sabe, mas, na hora de definir, fica difícil, né? (GF3P2).

Também tive esse momento de ficar refletindo sobre. Caramba, é uma coisa que parece que a gente já sabe, mas não sabe definir bem, né? É uma coisa que parece que já é natural, mas que, pensar em como definir, é meio complexo. (GF4P7).

Na dinâmica grupal, torna-se desafiador refletir sobre os meandros da sexualidade na busca por conceituá-la, apesar de a perspectiva vivencial ser mais facilmente acessada. Os sentidos são formulados a partir de uma elaboração coletiva, mas não sem percalços, inclusive para preceptoras/es e professoras/es.

As pessoas entrevistadas lançam mão de um recurso interessante para responder à pergunta inicial: localizam a sexualidade primeiramente em seus aspectos da vida cotidiana, dimensionando-a em suas experiências subjetivas, enquanto vivências e convicções, para só depois deslocá-la para a sua atuação profissional na saúde – a prática clínica e a consulta. Pela perspectiva de Louro, Felipe e Goellner (2019), esse movimento pode ser atribuído ao enfoque cultural e à dinâmica de determinadas instâncias sociais, que exercem "pedagogias" sobre os sujeitos com relação a formas de ser e elaborar distinções, hierarquias e comportamentos.

A sexualidade é discutida, então, como algo não generalizável, exercida por cada sujeito de uma forma ímpar:

[...] onde a gente fala sobre sexualidade? É no bar? É no consultório? É na terapia? É em casa? É com a mãe? É com os pais? A cosmovisão tá na família, desde quando a gente é bebezinho, né? A gente aprende uma visão de mundo.... Tá na nossa religião, na nossa cultura, na música, tá na geografia daquele lugar, né? Mas, é... eu

posso chamar tudo isso de cultura, né? De traços culturais daquela família, daquele bairro, daquele país, né? Então, essa cosmovisão está entremeada por todos esses valores aí construídos e pelas tensões envolvidas. (GF1P10).

A forma como a gente enxerga o mundo também se expressa na nossa sexualidade, né? (GF1P1).

O mundo está em nós e nós estamos no mundo. Essas observações são interessantes por trazerem o aspecto central da não neutralidade de profissionais de saúde e, mais, da influência direta de sua cosmovisão na forma como abordam a sexualidade de pacientes nas consultas, corroborando com os sentidos encontrados na pesquisa de Cesnik-Gesst (2016) sobre a importância de que profissionais desmistifiquem o tema para si a fim de se tornarem aptos a abordar a sexualidade em suas consultas.

Pra mim, sexualidade é a construção do seu comportamento diante das suas experiências com o sexo, com o ato sexual, mas também com a excitação, com tudo aquilo que você vivencia na sociedade. E você constrói dentro da sua personalidade. Então, eu acho que é muito mais ampla, inclusive, do que a nossa experiência pessoal, do que a gente é, né? É do que a gente entende sobre isso (GF3P5).

As/os participantes da pesquisa definiram sexualidade como uma experiência que se constrói, primeiramente, na relação consigo mesma/o, considerando-se desde a identidade sexual, sexo biológico e gênero, até como a pessoa se sente no corpo que habita e na sua intimidade, o que a FEBRASGO (2022) conceitua como "autoerotismo". Também foram identificadas as interferências na interlocução da sexualidade com parcerias, advindas da cultura, da escola, da comunidade, da família, de amigos e da religião. De fato, os aspectos sociais, culturais, étnicos, psíquicos e relacionais influenciam não apenas o comportamento sexual humano, mas também a modulação da resposta sexual humana (FEBRASGO, 2022) – ou seja, de que forma as áreas primitivas do cérebro recebem e respondem aos estímulos.

Esses elementos da vida em sociedade podem ser lidos como pedagogias culturais diversas que difundem valores, saberes e controle (LOURO; FELIPE; GOELLNER, 2019), podendo influenciar como/onde se aprende e se fala sobre

sexualidade, bem como exercendo forças repressivas sobre os corpos subjetivos dos sujeitos e o seu comportamento sexual.

A gente ou reprime ou a gente coloca pra fora, né? Cada um, acho que, que vive ela de uma forma. (GF3P3).

Os corpos, como destino de expressão das dimensões de gênero e de sexualidade, são objeto de uma atenção privilegiada, inclusive quanto aos efeitos dos discursos de censura sobre os sujeitos (LOURO; FELIPE; GOELLNER, 2019). Como esse corpo resiste, percebe-se, comporta-se, expressa-se e o que prioriza e pensa para e sobre si e no contato com o outro, mediado pela cultura, parecem ser questões de importância significativa para as pessoas participantes do estudo em suas defesas pela autonomia dos sujeitos na condução de seus cuidados em saúde. A corporificação de si – dar forma aos seus próprios sentidos – pode refutar as noções protocolares do que é "ser saudável" e os papéis sociais para produzir um discurso mais coerente àquela vida em acontecimento.

Eu entendo que a forma como a gente entende a nossa sexualidade parte da relação que a gente tem com o outro, parte da nossa experiência em sociedade. Mas eu considero uma coisa muito individual. Eu acho que é uma vivência muito pessoal e que às vezes envolve o outro, mas muitas vezes é sobre mim, assim [...] não deve depender do outro. Eu acho que tem a ver com o outro, mas é sobre mim. (GF4P5).

Durante a análise do material coletado, refletindo sobre a importância da sexualidade na construção desse sujeito social, surgiu outro poema, motivado pela beleza encontrada nessa parte dos grupos focais:

A libido nos move
 Da busca eterna da vida
 Ao próprio desejo de (como) viver
 Pulsão sexual
 O sujeito em acontecimento
 É a própria sexualidade
 O que é, como se expressa, o que deseja,
 Como sente prazer
 Na geografia do tempo e do espaço,
 É o sujeito vivo
 Podendo existir e resistir no seu tempo e na sua história.
 (a autora, 2023)

Um aspecto importante observado diz respeito ao quanto a sexualidade vai além do domínio relacional ou de uma ação específica, como o ato sexual, incluindo ações e atitudes relacionadas ao desejo, à libido e à expressão corporal.

Sensações, desejos, afetos, relacionados com o que desperta a nossa libido, vale tudo, né? (GF4P3).

Aquelas atitudes que a gente faz com prazer, que a gente faz de forma natural, é... já conceitua, a meu ver, sexualidade. (GF4P6)

A manifestação sexual é compreendida como uma expressão contínua, multifacetada, que pode operar na vida dos indivíduos em diferentes sentidos, inclusive no âmbito das vulnerabilidades, como impedimentos, dúvidas, dificuldades e queixas em saúde. Como foi bem lembrado por uma das participantes, a sexualidade aparece, inclusive, quando não há ato sexual – este é apenas uma das múltiplas expressões da sexualidade (FEBRASGO, 2022):

O primeiro pensamento que vem é o sexo, mas [a sexualidade] também está relacionada ao tesão e ao prazer, porque há pessoas que não expressam sua sexualidade através da relação sexual. (GF4P4).

O sexo engloba motivação, atração, excitação, fisiologia sexual e orgasmo (FEBRASGO, 2022)²³, além de estar envolto a uma busca pelo prazer, que pode estar totalmente desvinculada da reprodução e progressivamente relacionada às interferências da medicina (LOYOLA, 2003).

A vivência da sexualidade é entendida pelas/os médicas/os mais experientes, professoras/es e preceptoras/es, como um direito e como conjunto de vários elementos que podem ser olhados sob diferentes ângulos. Um ponto interessante é que as definições de sexualidade se constroem de forma processual nos grupos. A sexualidade aparece como um degradê, transitando do âmbito privado para o coletivo, da micro para a macropolítica. Uma experiência compartilhada para além

²³ A fisiologia da resposta sexual feminina é explicada de forma didática em um material recente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Ver: FEBRASGO. **Saúde sexual da mulher**: como abordar a disfunção sexual feminina no consultório ginecológico. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2022). Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/Livro_saude_sexualZ-ZwebZ2.pdf. Acesso em 08/06/2023.

dos envolvidos numa relação ou no jogo sexual, interpelada pelas produções simbólicas da religião, da arte, da literatura e das leis que "exercem um biopoder sobre os corpos e sobre a hegemonia de um sexo em relação a outro" (OLÍVIA, 2015, p. 81).

Desta pesquisa, exprimo, portanto, que a sexualidade "não é, mas está sendo", como um conceito metamorfoseado no tempo, que se faz no gerúndio e no coletivo. A sua definição é de uma complexidade transtemporal, por tratar-se de um acontecimento histórico, circunscrito a relações de poder que transitam na sociedade – política, justiça, medicina, valores morais e religiosos (FOUCAULT, 2019; LOYOLA, 2003).

Nesse sentido, o tempo presente desta pesquisa tem como herança a explosão discursiva do século XX sobre o sexo (FOUCAULT, 2019), fazendo do contexto estudado – a medicina contemporânea do século XXI – um espaço marcado pela robusta interferência das ciências médicas no domínio da sexualidade, seja pelo desenvolvimento de tecnologias reprodutivas, no âmbito individual ou coletivo, seja pela incitação aos prazeres e sensações (LOYOLA, 2003).

Médicas/os do estudo queixaram-se, no entanto, de que a medicina ainda reforça as explicações biomédicas sobre a sexualidade e argumentaram a favor de um maior interesse das ciências da saúde e suas/seus profissionais pelo aprendizado sobre o tema, em prol do bem-estar das pacientes.

Eu acho que a sexualidade é uma das facetas da expressão humana no mundo e na sociedade [...] a gente acaba às vezes limitando a um relacionamento, ou a um ato sexual, mas que, talvez, tem mais expressão do que somente isso, né? E... assim, acho que, num sentido mais amplo, a sexualidade é uma das expressões de saúde. E é um direito, né? Direitos sexuais e reprodutivos. (GF3P2).

Essa fala define uma das apostas desta pesquisa, que diz respeito ao exercício da sexualidade como um direito à saúde. Desde a pergunta que abriu a discussão nos grupos focais, a metodologia empregada mostrou-se propícia à criação de um ambiente fértil para o que se pretendia. Já no início, foi possível compreender que, quanto melhor a relação da/o profissional com a sexualidade, maior será sua confiança para abordar o tema no processo de cuidado de pacientes, em confluência com o proposto por Sarno et al. (2021).

Analisando os grupos, foi possível verificar que preceptoras/es parecem ter uma visão mais ampla da sexualidade, como um fator estruturante para a vida e para a saúde, então seus grupos focais teceram definições mais complexas e mais reflexivas em relação aos grupos de residentes. Preceptoras/es trabalharam a sexualidade de forma processual e com produção de novas perguntas, mas buscando um conceito possível, mesmo que aparentemente repleto de furos.

Enquanto isso, residentes em medicina de família e comunidade, em especial as/os R1 (residentes de primeiro ano), buscaram um "conceito total" de sexualidade na prática médica, respondendo ao estímulo da discussão com foco na associação da sexualidade com queixas clínicas e comorbidades. Assim, definiram a sexualidade de forma limitada aos aspectos biomédicos, reproduzindo suas lacunas formativas no tema. A falta de explicação orgânica para os sintomas da paciente podem trazer à tona o reconhecimento da própria insuficiência médica (TAHKA, 1988). A medicina muitas vezes não será capaz de responder ao que se passa em determinado caso clínico, mas profissionais são pouco preparados para assumir a posição do não saber (BALINT, 1998; BALINT; NORELL, 1998; CLAVREUL, 1983; TAHKA, 1988).

Ademais, Parish e Rubio-Aurioles (2010) exemplificam que estudantes e residentes podem ser pouco experientes e ter questões complexas sobre sua própria sexualidade, concluindo que médicas/os mais maduras/os lidam melhor com a questão. No entanto, para além da idade da/do profissional, o que esta pesquisa encontrou diz respeito a uma certa negligência da sexualidade no ensino médico – um tema pouco explorado dos pontos de vista pragmático e subjetivo nos currículos deixa brechas às influências inconscientes de profissionais, o que pode prejudicar a abordagem do assunto nas consultas.

5.2 COMO E QUANDO A SEXUALIDADE APARECE NA CONSULTA DA APS?

A prevalência dos problemas sexuais na APS é alta, mas parece variar de acordo com o contexto estudado e com a metodologia empregada, havendo consenso sobre a sua importância epidemiológica (RIBEIRO et al., 2014). Apesar de presentes cotidianamente, os afetos associados à sexualidade podem gerar resistências, desconforto e dúvidas a profissionais de saúde em como abordá-la na prática assistencial, cenário que investigo mais especificamente (BARNHOORN et al., 2022; BOR; LLOYD; NOBLE, 2021; LLOYD, 2018; MACDOWALL et al., 2010; MODESTO, 2016; VIEIRA et al., 2019).

Como um importante componente da saúde integral, a saúde sexual deveria compor a avaliação de rotina de médicas/os de família e comunidade, não apenas como uma medida de prevenção e/ou aconselhamento, mas para contemplar as expectativas de pacientes, que frequentemente deixam a condução da consulta completamente a cargo das/os médicas/os (MEYSTRE-AGUNTONI et al., 2011).

Eu lembrei de um professor, o primeiro professor que eu tive na faculdade, ele era até pediatra, ele falou: "oh, você pode perguntar qualquer coisa, basta você estar preparado para a resposta", né? (GF2P4).

Em coerência com o comentário, mesmo que considerem importante, médicas/os evitam perguntar questões complexas quando não se sabe o que fazer com as respostas e/ou quando não há circunstâncias adequadas para aquela abordagem (ESPERANDIO; MOURA; FAVORETO, 2020; SUGG; INUI, 1992). Estudos apontam para a invisibilidade da anamnese sexual de rotina: há ausência completa em 65% dos registros clínicos (PALAIODIMOS et al., 2020) e há uma variação entre 10% e 58% de médicas/os em todo o mundo que a realizam (RIBEIRO et al., 2014).

A sexualidade é deveras desconsiderada ou abordada superficialmente na anamnese clássica voltada à saúde da mulher e nas consultas em ginecologia (ABDO; OLIVEIRA JUNIOR, 2002; VITIELLO, 1993), sendo o desconhecimento médico sobre sexualidade e saúde sexual a principal barreira (FEBRASGO, 2022). A sua exclusão como uma questão de saúde no encontro clínico pode ter efeitos

negativos na qualidade de vida das pacientes e nos resultados em saúde a longo prazo (PRETORIUS; COUPER; MLAMBO, 2021).

Nos serviços de Atenção Primária à Saúde, as mulheres são a maioria das usuárias em frequência e número, estão mais familiarizadas e adaptadas ao ambiente e usam melhor os recursos de cuidado propostos pela ESF, o que, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, cristaliza ainda mais tal responsabilidade sobre as mulheres (FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011; GOMES et al., 2011; PINHEIRO; COUTO 2013). Enquanto isso, o afastamento dos homens dos serviços de saúde da APS gera efeitos importantes sobre suas decisões de saúde sexual e reprodutiva e falhas na identificação e na condução dos casos de IST nas famílias e na comunidade, intensificando a invisibilidade destes e de outros problemas no âmbito da saúde dos homens (MODESTO, 2016; PINHEIRO; COUTO, 2013).

Apesar de maior acesso à assistência, as mulheres são majoritariamente atendidas sob a razão biomédica, com procedimentos clássicos de consulta no formato queixa-conduta (PACAGNELLA, 2009), o que, nessa reflexão, se traduziria em limites significativos para a autonomia e o prazer femininos, a exemplo da abordagem da sexualidade reduzida à contracepção e sujeita à moralidade nas consultas e demais ações em saúde. Nessa perspectiva, a sexualidade pode parecer mais um "conjunto de riscos", como gravidez indesejada e IST, do que um motivo prioritário ou legítimo relacionado à vivência saudável da sexualidade (PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010).

Eu acho que, pelo menos a minha vivência com sexualidade na faculdade sempre foi, é... ISTs e... e gestação. E assim, era apenas tratar ISTs ou prevenir ISTs, e... fazer um pré-natal ou um planejamento familiar. Assim, a sexualidade vai muito, muito, muito além disso, a gente sabe, mas a gente teve que descobrir isso sozinho e depois de formado. (GF1P3).

Os aspectos sexuais podem e devem ser incluídos na abordagem individual às infecções sexualmente transmissíveis nas consultas de rotina, campo em que as/os profissionais devem ser fortemente orientadas/os a agir com proatividade, aconselhando pacientes, investigando sua exposição a riscos, fazendo a triagem, tratando alterações detectadas e prevenindo a transmissão (BRASIL, 2022; MEYSTRE-AGUSTONI et al., 2011). Essa é uma forma eficaz de oportunizar a

consulta para o universo da sexualidade – no entanto, o arcabouço clínico e comunicativo da sexualidade deveria ir muito além das infecções.

A presente discussão remeteu-me ao livro "Pode a humanidade sobreviver à medicina?", de Michel Odent (ODENT, 2016), no qual o autor debate sobre a capacidade e o interesse das ciências médicas em produzir discursos médicos e medicalizar processos da vida cotidiana, tornando doentes as pessoas saudáveis. Particularmente sobre a medicalização do corpo das mulheres, a medicina moderna, desde o final do século XVIII, propôs-se a demarcar estratégias biopolíticas de dominação e, muitas vezes, de violência e sofrimento sobre a existência das mulheres (ROHDEN, 2001; SCHRAIBER, 2002; VIEIRA, 2002). O domínio da medicina sobre a condição, o corpo e o comportamento da mulher fez desta um objeto de interesse concreto em uma relação assimétrica, não observada de forma especular com os homens (ROHDEN, 2001). A medicina exerceu uma forma de poder sobre a mulher, destinando-a ao controle social e biológico, à medicalização (VIEIRA, 2002), desqualificando conhecimentos e práticas sobre si, enquanto valorizava a técnica e a ciência de outros sujeitos, os médicos, em um processo de violência simbólica. Foi sobre esse corpo que se construiu as bases da sociedade capitalista (SCHRAIBER, 2002).

Que os corpos femininos relatem, então, essa dupla história: do desqualificado, do dominado, ou da sujeição; mas igualmente da invenção do indivíduo-sujeito, da criação do poder e do poder-fazer sobre o próprio corpo, para que se evidencie, afinal, qual sujeito é este que se formou. (SCHRAIBER, 2002, pp.13-14).

O cuidado integral voltado à saúde sexual e centrado na mulher, ao contrário, visa evitar qualquer tipo de reducionismo e propõe abordar as prioridades de cuidado também no domínio da sexualidade, incluindo subjetividades, expressões, vivências e expectativas, o que demanda a superação das barreiras comunicacionais por profissionais, inclusive no sentido de evitar suposições e julgamentos (BOR; LLOYD; NOBLE, 2021). A atmosfera da consulta médica no contexto da Atenção Primária à Saúde permite que uma diversidade de questões apareça no encontro clínico, a depender de como a relação médica/o-paciente estrutura-se no processo longitudinal do cuidado (BALINT, 1998; MCWHINNEY; FREEMAN, 2010; STEWART et al. 2000, 2017).

Quando você me perguntou sobre a questão da sexualidade na mulher, né, me veio toda a minha história profissional aí na memória. (E7).

A maior parte das pesquisas sobre sexualidade investiga a ótica de pacientes e há uma escassez de informações sobre a perspectiva de médicas/os na abordagem da sexualidade (RABATHALY; CHATTU, 2019). Escutar as perspectivas de médicas/os de família e comunidade e de suas relações construídas com os sujeitos do cuidado é muito significativo e traduz a importância que se dá ao encontro clínico enquanto espaço de troca e acompanhamento (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010; NORMAN, 2015).

A APS é, normalmente, o primeiro contato para pacientes com queixas relacionadas à saúde sexual (READ; KING; WATSON, 1997). Mas como a sexualidade comparece na consulta de médicas/os de família e comunidade?

Com a discussão em curso, as/os profissionais pesquisadas/os mostraram-se surpresas/os em relação às múltiplas intersecções da sexualidade dentro da prática clínica, que transitavam entre demandas de saúde da mulher, saúde mental e queixas inespecíficas, pois as oportunidades para a abordagem da sexualidade na APS pareceram-lhes bem mais amplas do que poderiam imaginar a princípio.

Como parte dos resultados dos grupos focais da pesquisa, no escopo da saúde da mulher, observou-se um vasto universo com potencial para fomentar uma comunicação clínica direcionada à sexualidade – a exemplo do tratamento de temas como menarca (primeira menstruação), sexarca (primeira relação sexual) e educação sexual no âmbito da saúde da adolescente; menstruação; história ginecológica e obstétrica; avaliação clínica de corrimento vaginal; prevenção de neoplasias; rastreio e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis; saúde reprodutiva (planejamento reprodutivo e contraceção²⁴; pré-natal); climatério e menopausa. Entram também nesse conjunto a dispareunia; a dor pélvica crônica; as questões relacionadas à libido, ao prazer sexual, à masturbação e aos problemas de

²⁴ No Brasil, "o planejamento familiar é regido pela Lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996, e define o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal". Atualmente, "com o intuito de diminuir os índices de gestação não planejadas e reforçar as ações de sexualidade responsável e planejamento familiar, são disponibilizados diversos tipos de métodos contraceptivos: pílula hormonal combinada, mini-pílula, anticoncepcional injetável mensal e trimestral, diafragma e dispositivo intra-uterino de cobre. [...] Todos esses métodos são ofertados gratuitamente na Atenção Primária do SUS". (BRASIL, 2021c).

lubrificação; a saúde LGBTQIA+; as violências; as queixas geniturinárias, o sangramento uterino anormal, entre outros.

Eu só quero fazer uma reflexão, assim. Se a gente, que é médico, que deveria abordar essas coisas, a gente não consegue falar diretamente, imagina um paciente que é leigo e que nunca conversou isso, às vezes, nem em casa? Tipo, é óbvio que não vai conseguir falar pra gente, né? Assim, todas as vezes que eu abordei, pelo menos, foram também, não eram casos que chegavam e falavam diretamente o que era. Tem, a gente acaba descobrindo por acaso, né? É... e geralmente são nessas consultas mesmo, que tem a ver com relação de saúde da mulher, inserção de DIU... (GF2P6).

A fala acima diz respeito à importância de se oportunizar a abordagem da sexualidade quando há aspectos de saúde da mulher na consulta. A inserção do DIU e/ou a prevenção de neoplasia do colo uterino são bem estimuladas e reconhecidas na saúde pública e a anamnese sexual pode ser viabilizada, nesses e em outros contextos, quando possível, adequado e/ou necessário. No entanto, a médica a seguir traz alguns desafios:

Eu fiquei muito chocada com o quanto a maioria das mulheres não apresenta prazer, é, durante as relações. E elas acham que tá tudo bem, é... o quanto também, é... muitas são abusadas, né? E na hora do preventivo isso vai vir à tona de alguma forma. Ela vai sentir uma dor muito diferente, vai ter algum tipo de vaginismo. E aí também era uma coisa que eu comecei a perguntar também. Porque, às vezes, a gente ia pro exame tentando ser cautelosa, mas, mesmo assim, na hora, a pessoa tinha uma reação inesperada. E aí eu comecei a perguntar se, se já tinha sido violentada de alguma forma, né? E muitas relataram [que sim]. (GF1P1).

O exame físico, em especial na coleta de preventivo, parece ser um momento em que desconfortos relacionados às questões sexuais emergem, seja por meio de linguagem verbal ou corporal – como na contração muscular e/ou vaginal e na presença de dor e resistência ao exame, por exemplo. O acesso ao órgão sexual no exame físico pode despertar uma atitude de defesa, advinda de vivências traumáticas quanto à sexualidade, como violências e abusos. O bom fluxo de comunicação entre profissionais e mulheres atendidas, portanto, resulta em maiores índices de compartilhamento dessas violências – fenômeno prevalente nos

atendimentos da APS (ESPERANDIO; MOURA; FAVORETO, 2020), que será abordado no subcapítulo 6.7 desta tese.

Queixas relacionadas a alguma alteração na resposta sexual (FEBRASGO, 2022), como dispareunia, dor pélvica, dificuldade de lubrificação, sexo não prazeroso e a anorgasmia (incapacidade de atingir o orgasmo)²⁵, foram temas igualmente apontados como emergentes no momento de coleta de preventivo.

Eu acho que um desafio, pra mim, é buscar mais ativamente essa questão do prazer feminino, né? Porque eu fiquei pensando: eu acho que eu não sei se eu pergunto pra todas as mulheres se elas gozam. Eu acho que não. Eu tenho certeza que eu não pergunto pra elas todas se elas gozam. Porque, às vezes, elas trazem tantas outras questões que a gente acaba focando no que ela traz. Porque, às vezes, é muito raro, tipo uma consulta de preventivo ser só uma consulta de preventivo. Tem tantas outras questões E às vezes o nosso tempo é tão apertado, que às vezes a gente acaba, é... focando no que a paciente quer que a gente aborde. Mas essa questão do orgasmo é, realmente, uma coisa que fica como uma boa sugestão. (GF4P4).

Eu pergunto para as pacientes se elas têm orgasmo, eu costumo perguntar se elas se masturbam. E como é que é essa relação com elas mesmas... como que começa isso com o próprio corpo? (GF4P1).

Buscar identificar ativamente questões sobre satisfação sexual, prazer e orgasmo, especialmente no escopo da consulta, como aquela direcionada à coleta de preventivo, pode ajudar a validar a sexualidade como uma demanda em saúde. O funcionamento sexual adequado deve ser definido subjetivamente como satisfatório ou não pela mulher, devendo ser melhor investigado quando há incômodo e demanda por parte da paciente (FEBRASGO, 2022). Se, por um lado, a baixa libido – ou seja, o desejo hipoativo – é identificada como o problema sexual feminino mais prevalente, por outro, as/os profissionais da APS relatam pouca confiança em sua avaliação e diagnóstico (PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010). Nos grupos focais, foram comuns os relatos em torno de mulheres que parecem acostumadas a não sentir prazer na relação sexual, o que sugere uma certa naturalização – pela

²⁵ Em caso de interesse específico pelo aprofundamento em torno das alterações da resposta sexual e dos critérios diagnósticos relacionados à disfunção sexual, acesse o material da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia já referenciado em nota anterior (FEBRASGO, 2022).

sociedade, pela medicina e pelas próprias pacientes – da ausência de satisfação sexual pelas mulheres.

As consultas de pré-natal se revelaram um momento adequado para exercitar a comunicação sobre sexualidade na gravidez, uma vez que a regularidade das consultas favorece a construção de vínculos, oportuniza momentos de privacidade individual ou com acompanhantes, tem foco na prevenção e na promoção da saúde, o que pode facilitar a abordagem sobre as IST e práticas sexuais, além de abrir espaços de troca e escuta, esclarecimento de mitos e desconstrução de tabus – fatores alinhados a observações e resultados identificados em outros estudos (BARBOSA et al., 2011; DE ARAÚJO ALVES et al., 2018; FIAMONCINI; REIS, 2018).

A gente tem a oportunidade de falar de sexualidade saudavelmente no pré-natal. Você tem que ter um vínculo com aquela pessoa. Então, eu acho que é uma oportunidade que a gente tem um vínculo e tudo. E já diversas vezes o casal tem dúvidas da sexualidade dele. É, se pode, se não pode, que jeito que pode, o que não pode [...]. Uma paciente minha, gestante, disse que tinha medo de chegar ao orgasmo e entrar em trabalho de parto. E aí o esposo não queria de jeito nenhum. (GF3P9).

As práticas sexuais trazem uma série de benefícios e contribuições ao período gestacional, incluindo a melhora do tônus muscular da região pélvica, a facilitação do parto, a manutenção da capacidade orgástica da mulher e a ampliação dos efeitos subjetivos da relação sexual (MEDEIROS; COSTA; SANTOS, 2013). No entanto, para alguns casais, pode haver transformações importantes na vivência e rotina de atividades sexuais durante a gestação, destacando-se sobretudo a redução da frequência sexual, por motivos como mudanças do desejo e da percepção corporal, compreensões culturais sobre a gestação e influências de dúvidas, mitos e medos (DE ARAÚJO ALVES et al., 2018).

O trabalho com grupos e o uso das ferramentas de abordagem comunitária, frequentes na APS, foram identificados com uma importante função no desembaraço de questões complexas sobre relacionamentos, corpo e sexualidade e na possibilidade de produção de práticas de saúde com potentes efeitos para as participantes, como defendido também por Marcela Cuadrado Segura (2007), Gomes et al. (2008) e Esperandio, Moura e Favoreto (2020). A realização de grupos

comunitários pode contribuir como um espaço de suporte e alívio dos sofrimentos, de autonomia das mulheres, com um tempo destinado para que pensem sobre si mesmas, além de representar uma prática em prol da superação de desigualdades e iniquidades em saúde (SEGURA, 2007).

Para esta pesquisa, a metodologia de grupo de mulheres na APS pressupõe, de um modo geral, o engajamento em um processo de escuta ativa, contribuindo ao desenvolvimento de diálogos francos sobre questões sensíveis; à compreensão em torno de questões subjetivas e coletivas da sexualidade; à construção de relações de vínculo e confiança entre as/os participantes; à descoberta de ferramentas para o autocuidado individual e o cuidado comunitário, entre outros. Não por acaso, Esperandio, Moura e Favoreto (2020, p. 12) consideram os grupos de mulheres na APS “espaços promotores de resiliência”, pelo potencial das trocas compartilhadas em busca de soluções coletivas.

Os grupos da APS também representam um importante espaço formativo para estudantes, residentes e profissionais em treinamento, em especial na dimensão da escuta, na ação de aprender a ouvir sintomas e histórias para além do contexto da consulta. Nos grupos focais, foram citados como exemplos os grupos de mulheres de qualquer natureza (grupos de saúde mental, grupos de gestantes, rodas de conversas, grupos de apoio, terapia comunitária e grupos de condições crônicas), grupos realizados por meio do Programa Saúde na Escola (PSE)²⁶ (MEC, [s.d.]), bem como a "oficina de siririca"²⁷ – esta, com foco específico na sexualidade da mulher, descrita pela participante como encontros capazes de operar em prol do autoconhecimento, do domínio da mulher sobre a geografia de seu corpo e de seu prazer sexual:

Eu acho que a oficina de siririca vem... Se você não sabe onde tá o teu clítoris e você não consegue se dar o teu prazer. Se você não consegue ter domínio de nomenclatura geográfica da tua vulva. É. Vou mais longe. Calma. É uma ferramenta-ação, se você tem domínio na tua vulva, né? Se você sabe onde tá tuas coisas, eu acho que você consegue ter mais ferramentas. (GF4P2).

²⁶ "O Programa Saúde na Escola (PSE) visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde [...]. O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino" (BRASIL, [s.d.]).

²⁷ A oficina de siririca era realizada pela médica em seu período de residência em medicina de família e comunidade como espaço formativo em grupos comunitários. Siririca diz respeito à masturbação feminina (PORTO EDITORA, [s.d.]).

Pela experiência dessa médica, a "oficina de siririca" também se tornou um lugar de cuidado partilhado entre as mulheres, de compartilhamento de vivências e de defesas, da compreensão coletiva do que é consentimento sobre o corpo, bem como de construção de laços de proteção, o que dialoga profundamente com o trabalho de Esperandio, Moura e Favoreto (2020), sobre grupos de abordagem à violência na APS. As contribuições produzidas revelam que os grupos podem ser considerados um espaço de boas práticas, favorecendo a oferta de serviços e de cuidado da ESF.

A abordagem plena e mais aprofundada da sexualidade, que versa sobre os efeitos na qualidade de vida, na saúde mental e no bem-estar, parece mais distante e desafiadora. Na categoria de saúde mental, foram identificados diferentes temas relacionados à saúde sexual, como queixas inespecíficas, transtornos depressivos e ansiosos, baixa de libido secundária ao uso de medicações, uso de álcool e outras drogas, problemas conjugais e vida sexual do casal, papéis sociais de gênero, conflitos em relação à identidade de gênero e/ou orientação sexual, subjetividades e desconhecimento sobre o próprio corpo, além de conflitos familiares, dor crônica ou outras queixas álgicas, atitude defensiva ou retraída da mulher, questões relacionadas à qualidade de vida e demandas ocultas (que podem se revelar a partir de diferentes sinais e sintomas).

A sexualidade pode aparecer como uma demanda surpreendente, como exposto nas falas a seguir:

A gente vai trabalhando ao longo do tempo as experiências da vida, né? Cada dia é um dia novo em relação à sexualidade. (GF3P3).

A sexualidade também aparece como tema longitudinalmente nas consultas, à medida que eu vou me aprofundando, é... conhecendo melhor os meus pacientes e me demonstrando atenta a saber como que a vida daquela pessoa, realmente interessada em saber quem, quais são as vivências, né, daquela pessoa. É, eu percebo que existe uma tendência dela aparecer meio que espontaneamente. Eu penso muito também em sexualidade. Eu abordo, pergunto ativamente como que a pessoa tá vivendo a sexualidade dela, com quem ela se relaciona, como ela se vê no mundo. Muito. Com uma certa frequência nas consultas de saúde mental. Porque tem uma tendência de olhar para o indivíduo mais globalmente. É... Ou no contexto de... de também conflitos familiares, eu tendo a pensar em sexualidade das, na sexualidade da pessoa, que isso pode ser uma coisa que pode estar interferindo.

Hum... Eu tenho a tendência de abordar ativamente sexualidade no puerpério, quando eu tô aconselhando métodos anticoncepcionais, depois que eu coloco o DIU. (GF4P5, médica mulher).

Normalmente, o assunto sexualidade, ele surge não como pauta principal, mas como um, um tema a ser explorado dentro de alguns contextos. Basicamente, contextos de queixa, né? De sofrimento. Seja de queixas mais funcionais, biológicas, assim, como uma queixa de dispareunia, um ressecamento, uma coisa do tipo ou, especialmente, em contextos de sofrimento psíquico. Porque aí a gente costuma ver, assim, é muito prevalente a gente ter alguma questão importante relacionado à sexualidade da pessoa, seja relacionado a alguma coisa do presente momento ali, da consulta, ou seja relacionada a alguma história que essa pessoa traga com ela, quando a gente começa a explorar um sofrimento psíquico mais, mais intenso. (GF4P3, médico homem).

Torna-se interessante observar que, no âmbito da saúde mental e queixas inespecíficas, várias questões de saúde podem estar intrinsecamente ligadas às desigualdades de gênero. Para esta pesquisa, o gênero é central por ser um campo em disputa e, ao mesmo tempo, uma ferramenta conceitual, política e pedagógica que permite refletir sobre a organização social, suas hierarquias e suas desigualdades (LOURO; FELIPE; GOELLNER, 2019). Na perspectiva da saúde, essas desigualdades se traduzem em adoecimentos no destino de ser mulher, com papéis sociais ainda não superados, como a responsabilidade quase que exclusiva pelo cuidado com a prole e com a família, a sexualidade reprodutiva, as relações de poder nas relações afetivo-sexuais, a gestão do lar, o trabalho doméstico e o corpo domesticado (LOURO; FELIPE; GOELLNER, 2019; DORLIN, 2021). Nesta pesquisa, o gênero é abordado de acordo com a seguinte definição:

Gênero é a dimensão social e histórica da construção e do entendimento dos significados do masculino/ masculinidade (homem) e do feminino/ feminilidade (mulher). Refere-se a papéis, comportamentos, atividades, atributos, responsabilidades e oportunidades que uma determinada sociedade considera apropriados para homens e mulheres. Gênero interage com, mas se diferencia das categorias de sexo biológico. É um conceito utilizado para pensar sobre a construção e controle dos corpos e identidades, mas que extrapola a experiência individual. Gênero é uma estrutura social que organiza relações: a divisão do trabalho, a distribuição da riqueza e da propriedade, o sistema político, a educação, a saúde, entre outras. A própria linguagem, a forma como se pensa e vivencia o mundo e si mesmo estão profundamente marcadas por distinções entre gênero masculino e feminino, que também orientam o modo como as pessoas agem e interagem que expectativas criam, como percebem a relação entre si e o outro. (CIASCA; HERCOWITZ; LOPES JUNIOR, 2021, p. 13).

O conceito de gênero atravessa instituições, normas, leis, políticas e práticas sociais, como "efeito de um sistema normativo, coercitivo que determina quais são os atributos próprios a cada sexo" (OLIVIA, 2015, p. 85). Indivíduos aprendem a se reconhecer como homens/mulheres, por meio de representações binárias de masculino/feminino, masculinidade/feminilidade, em processos muitas vezes naturalizados que precisam ser problematizados (LOURO; FELIPE; GOELLNER, 2019). A análise de maior importância para esta pesquisa diz respeito aos efeitos das relações de poder para as mulheres – como as desigualdades de gênero, social e culturalmente construídas, e sem qualquer justificativa anatômica, fisiológica ou hormonal, mas que produzem adoecimentos (BEAVOUIR, 2016; LOURO; FELIPE; GOELLNER, 2019; DORLIN, 2021), o que pode ser visualizado no quadro 14, na página a seguir, que lista diversas queixas comuns de pacientes da APS.

A pluralidade que fundamenta a integralidade e sua inserção nas políticas de saúde permite compreender a sua extensão sobre a abordagem da saúde sexual e reprodutiva na APS, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir da perspectiva de gênero – um debate ainda pouco elucidado, embora já se estenda há décadas (PINHEIRO; BRITO, 2013). O gênero é um importante determinante social de saúde e doença, mas ainda não valorizado pela maioria das/os profissionais. Apenas facilitar o acesso das mulheres ao serviço não significa contemplar as questões de gênero, o que demandaria que médicas/os de família e comunidade aprendessem a fazer uso de lentes de gênero, para examinar com criticidade os efeitos dos papéis sociais de gênero na vida de suas pacientes, sobretudo para realizar possíveis intervenções.

Os problemas associados à sexualidade têm inúmeras origens, apresentam-se de formas diversas na consulta e em diferentes estágios da vida das pacientes (BOR; LLOYD; NOBLE, 2021). Aspectos da sexualidade, mesmo que nos pontos cegos desta pesquisa, podem associar-se a uma variedade de processos de saúde ou adoecimento de acordo com as vivências específicas do sujeito, das famílias e das comunidades. A sexualidade apresenta-se para além do comportamento e da biologia, com toda a sua envergadura histórica, sociocultural e psicológica (ABDO, 2000; LOYOLA, 2003; WAS, 2008; WHO, 2010).

No quadro a seguir, podem ser visualizadas oportunidades para a abordagem da sexualidade na APS, segundo os resultados desta pesquisa.

Quadro 14 - Como a sexualidade aparece na consulta das mulheres na APS? Oportunidades para abordagem da sexualidade na APS

SAÚDE DA MULHER	SAÚDE MENTAL E QUEIXAS INESPECÍFICAS
❖ Abortamento	❖ Aspectos emocionais relacionados à sexualidade
❖ Alterações anatômicas geniturinárias	❖ Atitude defensiva, de silêncio ou retraimento da paciente
❖ Climatério e menopausa	❖ Alterações da libido secundárias ao uso de medicações
❖ Coleta da história ginecológica e obstétrica	❖ Comportamento sexual (experiências subjetivas)
❖ Consulta centrada na saúde da mulher	❖ Conflitos em relação à identidade de gênero e/ou orientação sexual
❖ Corrimento e outras queixas vaginais	❖ Conflitos familiares, conjugais e outros relacionamentos
❖ Disfunções sexuais, dispareunia e outras queixas relacionadas à relação sexual	❖ Demanda oculta
❖ Dor pélvica crônica	❖ Desconhecimento sobre o próprio corpo e produção de subjetividades
❖ Educação sexual	❖ Dinâmicas de poder nas relações afetivas
❖ Gravidez, pré natal e puerpério	❖ Dor crônica ou outras queixas álgicas
❖ Libido, prazer e satisfação sexual	❖ Machismo estrutural, racismo, etarismo, capacitismo
❖ Masturbação e ejaculação feminina	❖ Mudanças nos ciclos de vida
❖ Menstruação: menarca, dismenorreia, uso do disco e do coletor menstrual	❖ Papéis sociais de gênero
❖ Planejamento reprodutivo, contracepção, inserção de DIU	❖ Problemas inespecíficos
❖ Práticas sexuais	❖ Qualidade de vida
❖ Prevenção de neoplasias, coleta de preventivo e mamografia	❖ Sobrecarga de trabalho
❖ Primeira consulta em saúde da mulher	❖ Solicitação de encaminhamentos para outros especialistas
❖ Rastreio e prevenção de IST	❖ Transtornos depressivos e/ou ansiosos e outros sofrimentos mentais de qualquer natureza
❖ Sangramento uterino anormal e outros problemas orgânicos	❖ Uso de álcool e outras drogas
❖ Saúde da adolescente	❖ Violências
❖ Saúde LGBTQIA+	

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

Embora a comunicação sobre sexualidade possa ser oportunizada em uma farta conjuntura de cenários clínicos, como revela o quadro 14, sua abordagem parece um tanto complexa, como será visto nos capítulos posteriores relacionados

às barreiras de comunicação. Alguns aspectos facilitadores da comunicação sobre a sexualidade na consulta da APS foram destacados, a exemplo da abertura ao diálogo, da importância do vínculo, dos processos transferenciais positivos²⁸ e da oportunidade de comunicar sobre a sexualidade quando esta dialoga com uma demanda ativa da mulher, como será apresentado na seção a seguir. Nesse sentido, o investimento na relação médico-paciente mostra-se como fator de alta relevância para o encontro clínico proposto no âmbito da medicina de família e comunidade, tal como descrito por Mcwhinney e Freeman (2010) e Norman (2015).

5.3 COMO MÉDICAS/OS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE PERGUNTAM SOBRE ASPECTOS DA SEXUALIDADE NA CONSULTA?

A comunicação clínica é complexa, mas os detalhes na condução da consulta podem ser determinantes para o bem-estar ou desconforto das pessoas envolvidas (PENDLETON, 2011, p. 128). A obtenção da história sexual pode facilitar a introdução do tema na consulta da APS e auxiliar profissionais com dificuldades em sua abordagem (PACAGNELLA, 2009), que deve orientar-se pela sensibilidade cultural e respeito à diversidade e, ao mesmo tempo, basear-se em conhecimentos de saúde, estilo de vida, relacionamentos e comportamento (ALTHOF et al., 2013). Ao seguir esses parâmetros, o processo de investigação clínica eleva seu potencial de fortalecer a relação de confiança entre médica/o e paciente e facilitar a manifestação de demandas ocultas e experiências associadas à comunicação de questões de saúde sexual (ALTHOF et al., 2013; RABATHALY; CHATTU, 2019).

Enquanto a anamnese mostra-se como um processo fértil para a mobilização de competências cognitivas e afetivas essenciais à construção de confiança e à fluência do diálogo (SARNO et al., 2021), as perguntas em torno da saúde sexual integrantes desse processo ainda não são evidentes às/aos MFCs de um modo geral (RABATHALY; CHATTU, 2019). Aprender a incorporá-las parece ser essencial às reflexões sobre a consulta (BURD; NEVADUNSKY; BACHMANN, 2006), pois o modo como as perguntas são elaboradas pode evitar julgamentos e desconfortos desnecessários (LADY; BURNHAM, 2019).

²⁸Para uma definição dos processos de transferência e contratransferência, consulte a nota de rodapé n.º 8 (p. 30).

Aprender que a gente precisa perder a vergonha de perguntar algumas coisas, aprender a como perguntar determinadas... aprender como fazer determinadas perguntas sem que você faça uma pergunta que já carrega um julgamento prévio dentro daquela pergunta, eu acho que foi uma coisa que hoje eu considero como uma ferramenta. De coisas simples ao ponto de você perguntar já sem partir de um pressuposto de que você esteja diante de uma pessoa heterossexual ou hétero-cis, enfim. É... Saber ouvir, também. Eu acho que é um dos pontos que a residência, a prática como médico de família, me ajudou a desenvolver bastante. (GF4P7).

O comentário acima remete a um movimento importante: aprender a investigar ativamente e com tranquilidade sobre a sexualidade no consultório (SARNO et al., 2021). O uso de perguntas abertas e o interesse pela escuta são fatores com implicações diretas na qualidade dos relatos de pacientes em consulta, enquanto questionamentos muito detalhados podem ser inibitórios, ao trazer a sensação de uma busca forçada de informações (ALARCÃO et al., 2012). O quadro a seguir sugere algumas ações profissionais que poderiam facilitar a abordagem da sexualidade em consultas da APS:

Quadro 15 - Ações facilitadoras da abordagem da sexualidade na consulta da APS

continua

AÇÕES FACILITADORAS DA ABORDAGEM DA SEXUALIDADE NA CONSULTA DA APS
❖ Perguntar ativamente e com tranquilidade, evitando expressar vergonha sobre o assunto.
❖ Priorizar a abordagem da sexualidade na consulta, desde a anamnese.
❖ Investir na qualidade do registro médico no prontuário, incluindo aspectos da saúde sexual.
❖ Desenvolver a consciência que a sociedade é influenciada pelo machismo e pela cultura judaico-cristã.
❖ Realizar abordagem evitando julgamentos/estigmas/suposições/pressupostos sobre práticas sexuais, em prol da emancipação das pessoas envolvidas na consulta.
❖ Realizar a consulta sem um direcionamento heterocisnormativo.
❖ Se necessário, fazer adequação linguística (gírias) para que a comunicação seja efetiva.
❖ Perguntar do geral para o específico: sobre a casa, a família e o relacionamento.
❖ Perguntar do relacionamento para o sexo: sobre parcerias, práticas sexuais, prazer/orgasmo.
❖ Perguntar sobre o autoconhecimento da mulher: anatomia, masturbação e prazer.
❖ Estabelecer vínculo e relação de confiança com as/os pacientes.
❖ Estudar sobre sexualidade da forma mais abrangente possível para ampliar a percepção da/o paciente sobre si e sobre sua relação com o mundo.
❖ Oportunizar as consultas para abordar sexualidade (coleta de preventivo, consulta em saúde da mulher, consulta com foco em saúde mental, prevenção de IST, etc.).

continuação

AÇÕES FACILITADORAS DA ABORDAGEM DA SEXUALIDADE NA CONSULTA DA APS
❖ Exercitar a atenção/a percepção quanto à população LGBTQIA+.
❖ Realizar uma escuta atenta e qualificada, capaz de captar as necessidades específicas da/o paciente .
❖ Oportunizar a abordagem quando há processo transferencial positivo. ²⁹
❖ Respeitar o tempo da pessoa sobre quando quiser falar do assunto.

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

Como destacado no quadro 15, para as/os profissionais que integraram o estudo, saber oportunizar o tema, de forma contextualizada e adequada, sobretudo na coleta de preventivo, na consulta em saúde da mulher, no contexto de queixas de saúde mental e na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), entre outros, evidencia-se como uma habilidade central, que pode ser mobilizada para diferentes abordagens:

Normalmente, eu pergunto assim: Você tem relação sexual? E aí a coisa reverbera, né? (GF4P1).

Não, mas assim, não é, não é do nada, né? A pessoa não tá falando do espirro e eu vou falar do orgasmo, né? (GF4P2).

Às vezes, a gente toca em assuntos, mas [são assuntos] que, depois, eles voltam, sabe? No momento do paciente, vai voltar, sim. (GF2P3).

É... E como que eu falo? Acho que depende muito do contexto. Assim, se é um contexto de problema ou se é um contexto de aconselhamento. (GF4P5)

Como observa-se acima, em resposta à pergunta "como se pergunta sobre a sexualidade nas consultas?", cada profissional demonstra seguir um roteiro próprio, de acordo com o seu estilo de entrevistador e com a percepção sobre qual ênfase dar à consulta no momento oportuno.

E como é pra você, assim, é... quando você namora? É legal pra você? Você tem alguma dúvida sobre isso? Você curte? Hum... Às vezes, quando as pessoas não

²⁹ Para uma definição dos processos de transferência e contratransferência, consulte a nota de rodapé n.º 8 (p. 30).

estão tão satisfeitas, eu pergunto: então, é... mas como é que são os preparativos para o encontro sexual de vocês? [...] Eu pergunto: ele faz sexo oral em você? Você sabe o que é sexo oral? É... Ou o contrário, você, você faz sexo oral? Você usa preservativo nas suas relações sexuais? O tempo todo ou só numa parte? [...] Às vezes eu pergunto como está o relacionamento? e daí eu vou esmiuçando. [...] se as pessoas namoram no sentido de flertar, ou... Você tem um encontro romântico com a pessoa com quem você se relaciona? Porque isso é importante, isso faz com que você se sinta mais à vontade para transar [...]. Ver filme junto é uma coisa meio banal. Sair pra comer em algum lugar, ou fazer alguma coisa diferente em casa não é comum, principalmente quando os relacionamentos são longos. Então, é por aí assim, que eu falo, geralmente. (GF4P5).

Esse comentário demonstra um profundo interesse profissional pelos efeitos das múltiplas dimensões da sexualidade na saúde, em coerência ao que propõe Nusbaum e Hamilton (2002) na construção de uma história sexual mais robusta. No entanto, na prática clínica generalista, o que se percebe é uma anamnese sexual frequentemente incompleta, o que pode dificultar o aconselhamento apropriado de pacientes (MEYSTRE-AGUSTONI et al., 2011). Especificamente sobre parcerias e a relação sexual, as/os médicas/os trouxeram alguns exemplos de como investigam o tema em consulta:

Quando eu falo, assim, de IST, ou quando eu falo de método anticoncepcional, eu costumo falar sobre parceria. Eu nunca falo sobre o seu parceiro. Eu não. Eu evito presumir qual é o tipo de parceria que aquela pessoa tem. É um esforço que eu faço. E se eu erro, eu corrijo e pergunto: você se relaciona com homens ou com mulheres? Com frequência, eu pergunto: você se relaciona com homens, com mulheres ou com os dois? (GF4P5).

[...] usar termos bem diretos, tentar abordar isso sem ficar tangenciando o assunto. E às vezes eu tento fazer isso, assim, quando aparece alguma coisa que pareça que tenha a ver com isso. Usando essa técnica de comunicação, "você quer conversar um pouco sobre isso?". E eu sinto que, na verdade, às vezes, as pessoas ficam chocadas e até um pouco ofendidas, porque elas não vão, na maioria das vezes, procurar a gente, porque elas querem abordar sexualidade. Elas vão procurar a gente pelo que elas acham que é o papel do médico ali, que é lidar com a pressão alta, com diabetes, etc. (GF2P1).

Lembrando da seção anterior, "Como e quando a sexualidade aparece na consulta da APS?", as queixas sexuais podem estar implícitas em diversos cenários de saúde e adoecimento. Em algumas circunstâncias, abordagens mais diretas e específicas podem ser necessárias. Variáveis como a cultura, a idade dos profissionais, sua formação, entre outras, influenciam como médicas/os de família e comunidade questionam sobre: identidade de gênero; orientação sexual; atividade sexual e frequência das relações sexuais; número de parcerias sexuais; uso de preservativo e outros métodos de contracepção; histórico da vida reprodutiva; prevenção de IST; problemas de função sexual; bem-estar sexual e outras questões relacionadas à sexualidade, podendo ganhar elementos a depender do contexto (PALAIODIMOS et al., 2020; RABATHALY; CHATTU, 2019; RUBIN et al., 2018).

No quadro 16 proponho algumas perguntas, formuladas a partir das discussões dos grupos focais, que podem auxiliar no uso de lentes de gênero na consulta, especialmente com relação a aspectos da saúde sexual, como identidade de gênero e orientação afetivo-sexual; relacionamentos e parcerias sexuais; práticas sexuais; uso de preservativo e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis; desejo e prazer; abuso/violência.

Quadro 16 - Possíveis perguntas sobre aspectos da saúde sexual

continua

<p>Identidade de gênero e orientação afetivo-sexual</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Qual é a sua identidade de gênero? ❖ Qual é a sua orientação sexual? ❖ Como você se vê no mundo, da perspectiva sexual? ❖ Exemplo: "Eu sei que é a primeira vez que eu atendo você e tudo, mas pra eu entender um pouco mais do seu contexto, da sua história..." (GF2P2).
<p>Relacionamentos e parcerias sexuais</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Como estão as coisas em casa no campo sexual? ❖ Com quem você se relaciona sexualmente? ❖ Você está namorando alguém? ❖ Como está o seu relacionamento? ❖ Você tem relação sexual com homens, com mulheres ou com ambos? ❖ Você tem mais de um parceiro(a)? ❖ Você é monogâmica ou não-monogâmica? ❖ Como funcionam os seus relacionamentos? ❖ Fale um pouco das suas parcerias sexuais. ❖ Você paquera/flerta? ❖ Você está satisfeita na relação?

continuação

Práticas sexuais	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Você tem relações sexuais? ❖ Que tipo de sexo você pratica? ❖ Como você se relaciona sexualmente? ❖ Você está sexualmente ativa? ❖ Como você está vivendo a sua sexualidade? ❖ Você quer conversar um pouco sobre isso? ❖ Você faz sexo de que forma? Oral, anal, penetrativo, vagina-vagina, com brinquedos sexuais, usa algum objeto, como? ❖ Com qual frequência você tem relação sexual? ❖ Para o casal: vocês já iniciaram a vida sexual? Vocês têm relação sexual?
Uso de preservativo e prevenção de IST	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Você usa preservativo nas suas relações sexuais? ❖ Você usa o preservativo o tempo todo ou em apenas alguns momentos? ❖ Como é a decisão de usar preservativos nas suas relações? ❖ Você usa algum brinquedo na relação? Usa preservativo no brinquedo também? ❖ Você já teve alguma infecção sexualmente transmissível? Qual e em quais locais? ❖ Você está com algum corrimento ou alguma ferida na boca ou nos genitais?
Desejo e prazer	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Você tem desejo sexual?/ Você se sente excitada?/ Você tem vontade de transar? ❖ Você se masturba? Sabe onde fica o clítoris? ❖ Você gosta de transar? O quão satisfeita está com o sexo? ❖ Você tem prazer na relação? ❖ Você tem orgasmo? Sabe o que é orgasmo? ❖ Você sente dor ou desconforto na relação? ❖ Você está satisfeita com a sua lubrificação? Ou se sente seca?
Abuso/violência	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Você sofre ou já sofreu abuso/violência sexual? ❖ Como estão as coisas em casa? Você se sente segura? ❖ Há algum tipo de violência nos seus relacionamentos?

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

Houve uma crítica nos grupos focais quanto à pergunta: "você é sexualmente ativa?". De forma geral, lida-se com o termo "sexualmente ativa/o" na graduação em medicina, especificamente nos ambulatórios de especialidades; no entanto, a despeito de seu amplo uso e assimilação entre profissionais da saúde, trata-se de uma terminologia que pode ser ininteligível para a paciente.

E eu queria compartilhar uma situação que eu vivenciei no final do meu R2. Um preceptor perguntava para as pacientes se elas eram sexualmente ativas. E a paciente falou: "sim, eu sou sexualmente ativa". E a gente ia colocar um DIU nela. Show. Aí, ele: "ah, então, a gente vai fazer um exame em você, é... vai, vai, vai te colocar numa posição semelhante ao exame de preventivo. Beleza?". "Beleza."

Quando foi colocar o espéculo na mulher, a mulher: "não, peraí, peraí, o que tá acontecendo? O que tá acontecendo?". A mulher era... Ela nunca tinha sido penetrada. E aí ela tinha feito sexo oral, ela tinha, é... acho que tinha sido penetrada digitalmente, mas ela nunca tinha sido penetrada por um pênis ou por algo um pouco maior. E aí, pra ela, aquilo ali foi super traumático. E a gente ficou... Cara, perguntar se é sexualmente ativa não é a pergunta certa. Porque existem vivências muito plurais de sexo, né? E às vezes a gente se esquece disso. Só pra compartilhar. (GF4P5).

Esse compartilhamento torna visível o quanto é relevante que as/os profissionais reconheçam a importância de aprender a realizar questionamentos específicos sobre as práticas sexuais antes de submeter a mulher a um exame ginecológico. Mais amplamente, o que se prescreve neste subcapítulo é uma prática mais completa de comunicação, que leve em conta os contextos social, o ambiente, a consulta, as idiossincrasias do sujeito e a linguagem adequada ao interlocutor e não focada apenas no emissor, aspectos que serão aprofundados nos próximos capítulos da tese.

5.4 VETORES QUE INTERFEREM NA COMUNICAÇÃO DA SEXUALIDADE

A consulta é a principal e uma das mais complexas atividades de médicas/os de família e comunidade (RAMOS, 2009). O modo de condução de uma consulta pode sofrer inúmeras variações (RAMOS, 2009), mas o ensino da consulta no contexto estudado de residência médica é estruturado no olhar integral sobre o sujeito e instrumentalizado pelo Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) (STEWART, 2017), o que demanda das/os profissionais competências clínicas e comunicacionais para viabilizar a gestão do cuidado e da agenda.

Muitos vetores podem interferir na comunicação da sexualidade na consulta da APS, mas, aqui, apresento aqueles que mais se destacaram nas discussões dos grupos focais, a saber: tempo de consulta e vínculo e longitudinalidade.

5.4.1 Tempo de consulta

Estudos indicam que falta organização do tempo de consulta, além de conhecimentos e habilidades necessárias para aperfeiçoar a abordagem de questões relacionadas à sexualidade por médicas/os de família e comunidade (ABDOLRASULNIA, 2010; ALARCÃO et al., 2012; PRETORIUS; COUPER; MLAMBO, 2021; RABATHALY; CHATTU, 2019).

Eu tive poucas oportunidades de abordar isso [sexualidade] de forma direta. Porque, normalmente, não vem de forma explícita e, quando vem, eu também não tenho muito espaço pra poder abordar da forma como eu gostaria. (GF2P3).

O "espaço" sobre o qual se fala neste comentário diz respeito à ideia de "tempo necessário" para a abordagem da sexualidade em uma consulta da APS. Um maior investimento de tempo, afinal, pode melhorar as condições de diálogo, auxiliar na captação de informações relevantes, para além da história da doença, e na condução de questões de saúde sexual, como também visto em outros estudos (ALARCÃO et al., 2012; PRETORIUS; COUPER; MLAMBO, 2021; ROSEN et al., 2006).

Em estudo recente realizado na África do Sul, em contexto de alta prevalência de AIDS, a história sexual foi obtida em apenas 3% das consultas videogravadas. O conteúdo das consultas revelou abordagens precárias da história sexual diante de atitudes médicas paternalistas, pouca cordialidade, bem como contato visual, escuta e profissionalismo deficientes. O tempo de consulta também foi um dado importante: o estudo verificou uma média de 11 minutos de duração por consulta, dos quais menos de um terço eram destinados à escuta da/o paciente (PRETORIUS; COUPER; MLAMBO, 2021).

Nos grupos focais desta pesquisa, as/os residentes julgaram como curto o tempo médio destinado às suas consultas, normalmente em torno de 20 minutos, apresentando como motivos a inexperiência clínica com o tema da sexualidade e a falta de longitudinalidade. O vínculo com a mesma usuária constrói-se de forma processual, com a repetição dos encontros e a continuidade das consultas (RAMOS, 2009; STEWART et al., 2000); nesse sentido, as/os residentes apontaram que, a

partir de suas experiências, conhecer o perfil da paciente resulta em consultas mais rápidas, o que não afasta as dúvidas sobre a dimensão do "como" realizar a abordagem da sexualidade.

Acho que a longitudinalidade é uma ferramenta também que auxilia nesse quesito, né? De você saber quando que você pode abordar mais e ir construindo vínculo. Mas aí também me traz algumas dificuldades, nas barreiras, que eu penso que seriam em relação a como explorar determinadas situações. (GF4P7).

De fato, o tempo de consulta no contexto da Atenção Primária à Saúde é normalmente escasso para se discutir saúde sexual, inclusive para as/os médicas/os mais experientes (RABATHALY; CHATTU, 2019). Preceptoras/es e professoras/es queixaram-se de um tempo reduzido destinado à abordagem integral, particularmente quando há fatores limitantes no funcionamento das UBS, como falta de profissionais ou consultórios³⁰. Também enfatizaram o momento vigente de crise sanitária, com grande pressão assistencial, como representou a pandemia de covid-19:

Depois da covid-19, a demanda cresceu exorbitantemente [...]. Então, a gente não tem muito tempo pra abordar todos os aspectos, assim, do paciente. (GF1P5).

A pandemia de covid-19 trouxe angústia às/aos trabalhadoras/es e a necessidade imediata de atualização clínica, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos sintomáticos respiratórios e de seus familiares, bem como de vigilância e ações de prevenção e promoção na comunidade adscrita, buscando evitar contaminação em massa. No entanto, as demais condições de saúde, em especial as crônicas, foram hiperdimensionadas (como as questões de sofrimento mental) ou tamponadas (como o acompanhamento regular de diabetes e hipertensão arterial). O sistema de saúde ficou globalmente sobrecarregado durante a pandemia: os hospitais estavam lotados e a ESF teve que absorver as margens das urgências e emergências, além de ser a porta de entrada dos atendimentos de síndrome gripal e do fluxo habitual de trabalho. Ademais, várias/os profissionais de saúde foram afastadas/os e direcionadas/os ao trabalho remoto por serem

³⁰ Essas limitações estruturais serão abordadas com maior precisão no próximo capítulo, na seção 6.2 "Barreiras estruturais dos serviços de saúde da APS".

consideradas/os de grupo de risco. Todas essas adequações demandaram rearranjos profundos no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF):

É, eu também acho que o tempo é muito difícil, quando você está com agenda, com vários pacientes, assim, é muito complicado... Quando tem alguma coisa que permeia esse tema [da sexualidade], eu já olho mais ou menos como tá a agenda, porque sempre tem que tá fazendo essa gestão, né? Do tempo. Então, assim, eu acho bem difícil nas unidades em que a demanda é muito grande. (GF1P7).

A maioria das/dos participantes do estudo consideraram que o tema da sexualidade prevê um certo "espaço de tempo" e não estaria necessariamente elencado como uma prioridade, diante da imensidão de outras questões a serem abordadas na consulta da APS. Dito isso, mesmo que as possibilidades clínicas relacionadas à sexualidade sejam inúmeras – como já observado no quadro 14 – embora enfrentem obstáculos como as inseguranças de médicas/os para lidar com queixas desconhecidas ou inespecíficas, como é caracterizada a sexualidade em muitas das ocasiões.

Mas, assim, às vezes, em momentos que eu percebo que eu tenho um pouco mais de tempo, eu acho que eu consigo conversar melhor. Porque eu acho que também falar sobre, às vezes falar sobre sexo, a gente precisa de um pouco mais de tempo, até para o paciente se sentir mais à vontade pra falar. Mas, de uma maneira geral, eu acho que eu não tenho tanta dificuldade. (GF4P4).

O tempo alargado de que as/os profissionais afirmam sentir necessidade relaciona-se a uma escuta que exige atenção, uma presença de qualidade e tempo disponível, justamente por não haver protocolos à mão capazes de categorizar determinada queixa ou de respondê-la em tempo hábil. Esperandio, Moura e Favoreto (2020, p. 9) discutem uma dificuldade similar na abordagem da violência, que, por se tratar de um tema igualmente sensível, necessita de "tempo, vínculo e confiança". Consultas que envolvem a sexualidade demandam frequentemente uma expansão do tempo, uma vez que também mobilizam as habilidades e atitudes subjetivas e reflexivas das/os profissionais. Assim, parece haver uma combinação entre os aspectos individuais de cada profissional e questões institucionais:

Uma coisa que eu sinto muita dificuldade é em relação, justamente, à questão do tempo mesmo, né? Eu acho que uma conversa tranquila, né, se você puder abordar, fazer toda a questão da comunicação, entender como é que o paciente se sente, deixar ele falar à vontade, eu acho que isso é muito importante. E, às vezes, a gente não tem esse espaço todo, né? Tem uma demanda muito grande, uma demanda reprimida, assim, que a gente tem que dar conta, tem que dar vazão. Então, é um grande desafio, assim, pro médico da atenção primária, que tem que abordar vários temas delicados, com profundidade, mas não tem as condições ideais para fazer isso. (GF1P6).

O comentário acima revela condições laborais que podem não ser adequadas devido à pressão assistencial e às limitações do tempo destinado ao atendimento de cada paciente, o que pode reprimir o aprofundamento de questões mais complexas (ESPERANDIO, MOURA, FAVORETO, 2020). Há, nessa e em outras falas, uma associação entre o cuidado integral e o tempo de consulta, como se a integralidade devesse ser exercida com profundidade em uma única consulta ao invés de ser mediada ao longo do tempo a partir do cuidado longitudinal. Starfield (2002) compreende que a integralidade nos serviços de APS requer das/os profissionais o reconhecimento das reais necessidades das/os pacientes, o que torna-se potencialmente mais complexo quando as questões envolvidas são de origem psicológica ou psicossocial, como a sexualidade.

Os recortes “ter que dar conta” e “ter que dar vazão”, bem como todos os aspectos discutidos aqui, refletem o peso coletivo de se estar profundamente implicada/o no trabalho assistencial da APS. Nesta pesquisa, as discussões desenvolvidas em grupo foram capazes de mobilizar o sentimento de sobrecarga das/os profissionais diante da infinidade dos agenciamentos em que estão envolvidas/os, incluindo a gestão do tempo de consulta, a gestão da agenda, a gestão do cuidado de pacientes, famílias e comunidade, a gestão da equipe, além da gestão de crises das mais diversas naturezas – humanas, sanitárias, gerenciais, estruturais, acadêmicas, econômicas e de provimento de materiais adequados. Destaca-se ainda a importância dos aspectos subjetivos das/os trabalhadoras/es, como sofrimentos pessoais, a síndrome de burnout³¹ e os processos transferenciais

³¹ "Síndrome de Burnout ou Síndrome do Esgotamento Profissional é um distúrbio emocional com sintomas de exaustão extrema, estresse e esgotamento físico resultante de situações de trabalho desgastante, que demandam muita competitividade ou responsabilidade. A principal causa da doença

negativos³², sobretudo quando são abordadas questões sensíveis de sexualidade, podendo ativar traumas e experiências de conflito interno.

A especialidade de medicina de família e comunidade, assim como toda a equipe de Saúde da Família (eSF), está imersa em responsabilidades que excedem o trabalho clínico-assistencial do consultório, envolvendo também funções administrativas, pedagógicas, relacionais e comunitárias. PRETORIUS; COUPER; MLAMBO (2021) propõe, como uma das possibilidades para a otimização do tempo de consulta, a oferta de tecnologia adequada que favoreça o cuidado centrado na/o paciente e evite o investimento excessivo em questões burocráticas e administrativas.

No contexto brasileiro, no entanto, a tecnologia por si só não parece suficiente para lidar com a diversidade de problemas relacionados ao tempo de consulta – uma variável que envolve múltiplos fatores. Nos últimos anos, sobretudo durante o governo do ex-presidente Jair Bolsonaro, o país atravessou um processo de desmonte de políticas públicas em várias áreas, incluindo a da saúde; esse cenário foi acompanhado pela precarização dos serviços, aumento da mortalidade e sobrecarga das/os profissionais (SOUTO, 2018; HONE et al., 2019). No contexto de uma rede de saúde precarizada, com profissionais exaustos, como esperar a qualificação das consultas e a disponibilidade afetiva para abordagem de temas sensíveis?

As observações das/os participantes da pesquisa, somadas à experiência clínica desta pesquisadora, sinaliza que a queixa relacionada ao tempo de consulta é em geral um sintoma aparente e de fácil localização, devido à materialidade da questão cronológica e da organização da agenda; no entanto, ao ser analisada em seus desdobramentos, ela nos desloca para outras problemáticas enfrentadas no cotidiano da APS. Assim, embora não seja um fator limitante, a possibilidade de um tempo mais elástico na abordagem clínica da sexualidade evidencia-se claramente como um fator determinante para a investigação adequada de questões complexas, como aquelas tomadas por esta tese como objeto.

é justamente o excesso de trabalho. Esta síndrome é comum em profissionais que atuam diariamente sob pressão e com responsabilidades constantes, como médicos, enfermeiros, professores, policiais, jornalistas, dentre outros". (BRASIL, [s.d.]).

³² Para uma definição dos processos de transferência e contratransferência, consulte a nota de rodapé n.º 8 (p. 30).

5.4.2 Vínculo e longitudinalidade

Os cuidados no contexto da Atenção Primária à Saúde se estabelecem por meio de relação contínua e longitudinal entre usuárias/os e equipe de saúde: é precisamente a isso que se refere a longitudinalidade do cuidado, um atributo da APS que descreve a permanência do serviço de saúde como uma fonte regular de atenção ao longo do tempo, independente da frequência dos cuidados em saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Já o vínculo entre profissionais/serviço e usuárias/os, por sua vez, diz respeito ao entendimento, à profundidade e à qualidade da relação.

Quando o paciente traz essa demanda. Mas é bem desafiador, eu acho que exige essa questão de longitudinalidade, do vínculo, né? É... pro paciente também se sentir à vontade pra poder ter esse espaço de conversa. (GF1P6).

As/os médicas/os participantes do estudo disseram se sentir mais confortáveis em abordar a sexualidade quando a confiança e o vínculo já estão estabelecidos. Além disso, também foi uma queixa a falta de longitudinalidade na relação médica/o-paciente em situações de ausência de continuidade da/o profissional no serviço, seja por aspectos relacionados a fatores estruturais da UBS, à gestão ou ao sistema de saúde – o que é corroborado por Stewart et al. (2017) e Onocko Campos (2005) ao tratarem da complexidade de elementos na intersecção profissional-usuária/o. Os serviços e profissionais de saúde, bem como a relação terapêutica, podem gerar demandas específicas no contexto da saúde, onde o vínculo assume uma função elementar no processo de comunicação entre as partes envolvidas e, conseqüentemente, na definição de prioridades (MODESTO; COUTO, 2016).

Quanto mais natural a gente tem o tema, mais natural ele surge no consultório, sabe? E... o vínculo do médico com o paciente, a gente é o principal responsável por esse vínculo. Então, quando o paciente entra no consultório e eu deixo de perguntar pra ele qual é a religião dele, quantos filhos ele tem, como é na família, qual é a orientação sexual dele, quando eu deixo de perguntar isso, o vínculo, ele demora mais pra ser estabelecido... E quando eu pergunto, quando é, quando eu olho e falo "cara, eu vou perguntar antes de eu saber por que ele veio aqui, eu vou perguntar

qual é a religião dele, o que ele acha da vida, qual é a orientação sexual dele, como é a estrutura familiar dele". Quando eu faço isso no consultório, muitas questões sexuais aparecem sem eu nem ter... ido além pra perguntar sobre as situações sexuais. É... Às vezes, o paciente chegou lá com dor de cabeça e só de eu ter abertura de perguntar qual é a orientação sexual dele, ele já chega e "ah, doutora, já que você me perguntou isso, eu tive uma relação sexual desprotegida com um parceiro". E aí isso abre toda a consulta. (GF1P3).

A comunicação parece fluir melhor para as/os profissionais integrantes do estudo ao abordar o tema de forma espontânea e quando há interesse em obter informações valiosas para a caracterização da pessoa atendida. As perguntas iniciais da anamnese sexual e do próprio prontuário podem auxiliar no uso das habilidades de comunicação de temas complexos. Mas, antes, a sexualidade precisa ser validada e viabilizada como um tema em saúde pelas/os próprias/os profissionais, levando à sua tematização no encontro clínico a partir de uma atitude ativa. Trata-se, porém, de algo que, a priori, estaria sujeito ao investimento interessado na (auto)capacitação em torno do tema e sua abordagem.

Para mim, também não é um assunto fácil. Então, eu não abordo isso tão facilmente. Eu abordo quando eu me sinto mais à vontade com o paciente, quando eu já tenho vínculo, quando tem alguma coisa que me deixa à vontade. (GF2P3).

A longitudinalidade e a construção do vínculo foram insistentemente citadas pelas/os profissionais da pesquisa como facilitadores da abordagem da sexualidade. A esse respeito, foi destacado, em particular, seu potencial para o aprofundamento e comunicação de questões que, muitas vezes, localizam-se no limite do que cada sujeito considera como íntimo e privado. Tanto a longitudinalidade quanto a construção do vínculo parecem amplificar os efeitos e benefícios do MCCP e favorecer o trabalho de médicas/os de família e comunidade, com diagnósticos e tratamentos mais precisos e redução de encaminhamentos desnecessários (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Não sei, eu acho que é muito, muito vínculo, às vezes, né, pra se aprofundar nessas questões. Que a gente se aprofunda às vezes mais com os amigos e essas coisas, né? (GF1P8).

Eu acho que é o mais difícil, talvez, da gente abordar a sexualidade, porque você precisa conhecer um pouco do outro, entender um pouco quem é aquela outra pessoa, né? E aí, essa que, pra mim, é a questão, assim. A gente tem que ter um pouco de intimidade para conversar com as pessoas sobre isso, né? Pra poder abordar isso e pra outra pessoa se sentir à vontade e achar que ela vai ser respeitada pra poder falar sobre isso. Eu acho que esse é o mais difícil, assim, mas é o mais interessante também, porque esse é o individual de cada um, né? (GF1P7).

De imediato, esses comentários abrem margens para duas reflexões centrais à presente discussão. A primeira delas encontra sua síntese na imagem da "caixa da pandora": para algumas/uns médicas/os, as questões relacionadas à sexualidade são aparentemente tão complexas que, a qualquer possível abordagem, opõe-se uma espécie de "a priori" profissional sustentado inúmeras barreiras e medos. Como se o estabelecimento de uma comunicação sobre o tema devesse prescindir de um vínculo prévio ou de uma extensão temporal determinada para a criação desse vínculo. De modo complementar, a segunda reflexão diz respeito à natureza do laço no âmbito clínico combinada, por um lado, à suposta necessidade de saber a *verdade* sobre o sexo, e, por outro, à ideia de que sua abordagem implicaria na "confissão" e descrição minuciosas de práticas e experiências de âmbito privado.

Ambas as reflexões podem ser desdobradas e amparadas, tanto do ponto de vista histórico quanto teórico, quando lidas sob a ótica de Michel Foucault (2019) em "A história da sexualidade", observando-se sobretudo a influência do contexto do confessionário da pastoral cristã na comunicação da prática clínica. Quando a sexualidade se torna objeto da medicina, no século XVIII, seu poder sobre o paciente habilita a proximidade física, a vigilância sobre os corpos e uma comunicação ancorada no questionamento exaustivo, na observação e exercício de desnudar, examinar e apalpar os corpos – do que resultam os processos de protocolar, normatizar e medicalizar. À época, a narrativa sexual em confissão era tecnicamente útil à igreja, mas também à medicina, cuja leitura permitiu a etimologia das perversões no campo médico (FOUCAULT, 2019).

Considerando que dificilmente haverá todas as condições ideais, a saúde sexual precisa de visibilidade como outras questões prevalentes atendidas no contexto da APS, o que demanda disponibilidade profissional na investigação. A comunicação clínica possui uma importância imensa no contexto da Estratégia

Saúde da Família, no exercício de construir e manter vínculo com a família e o território e garantir o cumprimento dos princípios do SUS e da APS.

Diante desse contexto e das problemáticas observadas, abordaremos a seguir as barreiras de comunicação da sexualidade na consulta médica, as lacunas profissionais com relação a conhecimentos, habilidades e atitudes na condução de problemas sexuais, em busca de reconhecer as ferramentas da especialidade compatíveis aos desafios identificados e fundamentar a importância do investimento pedagógico na capacitação de médicas/os de família e comunidade.

6 SEXUALIDADE E COMUNICAÇÃO CLÍNICA: BARREIRAS E DESAFIOS

Este capítulo representa a contribuição teórica sobre as inúmeras barreiras de comunicação da sexualidade em consultas médicas no contexto da Atenção Primária à Saúde. São abordadas as barreiras relacionadas às/aos pacientes, as barreiras estruturais dos serviços de saúde da APS, as barreiras técnicas e formativas, as barreiras relacionadas à relação médica/o-paciente, assim como as barreiras relacionadas às iniquidades em saúde, que apareceram na pesquisa de forma transversal, a saber: as barreiras relacionadas à população LGBTQIA+, a barreiras relacionadas à população idosa, as barreiras relacionadas à abordagem da violência, as barreiras interculturais e as barreiras na intersecção entre sexualidade e religião. O estudo das barreiras de comunicação representa um processo indispensável ao avanço teórico, prático e pedagógico em campo. Neste momento da tese, a escrita de narrativas transcriadas a partir das entrevistas começam a aparecer para exprimir as histórias ouvidas das/os profissionais.

Ao menos desde 1994³³, a abordagem da saúde sexual no contexto da Atenção Primária à Saúde tem sido defendida pela OMS e outras instituições internacionais parceiras (UN, 1996; WAS, 2008; WHO, 2006, 2011) como parte elementar dos direitos e cuidados em saúde, levando-se em conta, por um lado, o elo entre a saúde sexual e a saúde reprodutiva, e, por outro, as interações entre a saúde e a sexualidade diante de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, jurídicos, históricos, religiosos e culturais (WHO, 2015). Trata-se de uma agenda que fomenta a priorização da pauta nesse nível de atenção. A definição de saúde sexual, como já exposto no início da tese, é um processo conceitual sujeito a diversas compreensões e perspectivas ao longo da história, em sincronia às transformações contemporâneas sobre sexualidade.

Atualmente, a importância dos cuidados em saúde sexual para a expressão e a vivência saudável da sexualidade e das relações já é algo fortemente estabelecido (WHO, 2006, 2010, 2015, 2017). Há, porém, uma distância prática entre o que se pretende enquanto direcionamento conceitual da saúde na construção de políticas e a produção de ações em saúde operacionalizadas por profissionais.

³³ Ano que marca a inclusão da saúde sexual na definição de saúde reprodutiva no âmbito da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo (UN, 1995), tal como já mencionado anteriormente na tese.

As discussões em torno da sexualidade e saúde sexual são muitas vezes invisibilizadas em ambientes clínicos, a despeito da ampla manifestação de problemas sexuais na comunidade e de seus efeitos negativos na qualidade de vida da população (MOREIRA et al., 2005, 2008; PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010; PRETORIUS; MLAMBO; COUPER, 2022). Médicas/os dificilmente oportunizam consultas para tratar da sexualidade no contexto da APS (ALARCÃO et al., 2012; DUNN; CROFT; HACKETT, 1998; GOTT et al., 2004; MEYSTRE-AGUSTONI et al., 2011), o que está associado a diferentes barreiras pessoais, profissionais, educacionais, normativas e institucionais (LLOYD, 2018; GOTT, 2003; KINGSBERG, 2004; MICHAL, 2020; PALAIODIMOS et al., 2020; PRETORIUS; COUPER; MLAMBO, 2021, 2022; SARKADI; ROSENQVIST, 2001).

Os desafios à abordagem da sexualidade por trabalhadoras/es de saúde mostram-se semelhantes em diferentes contextos geográficos e socioculturais (WHO, 2006, p. 2) e parecem associar-se fortemente à morosidade para a sua concretização como uma questão de saúde no encontro clínico. Nesse sentido, reconhecê-los e discuti-los torna-se essencial a fim de delinear lacunas e necessidades formativas, além de traçar possíveis soluções no enfrentamento ao subdiagnóstico e ao subtratamento de problemas sexuais (PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010).

Nesta pesquisa, as dificuldades na abordagem da sexualidade, circunscrita à prática médica integral da medicina de família e comunidade, revelaram-se inúmeras e diversificadas. Para efeito de contextualização, são exemplos de barreiras sistêmicas os tabus sociais; os aspectos religiosos e outras crenças das/os envolvida/os na consulta; as interseccionalidades e vulnerabilidades da pessoa e da comunidade atendida; o desconhecimento social sobre saúde sexual; a estrutura machista e patriarcal da sociedade e outros fatores que preveem condicionantes sociais de gênero na consulta e podem prejudicar a abordagem da sexualidade como uma questão central na saúde das pessoas.

Assim, busquei organizar e discutir essas barreiras a partir da articulação entre os sentidos atribuídos à comunicação clínica e à narratividade da experiência clínica, o que resultou nas seguintes classificações:

1. Barreiras relacionadas às/aos pacientes;
2. Barreiras estruturais dos serviços de saúde da APS;

3. Barreiras técnicas e formativas;
4. Barreiras relacionadas à relação médica/o-paciente;
5. Barreiras relacionadas à população LGBTQIA+;
6. Barreiras relacionadas à população idosa;
7. Barreiras relacionadas à abordagem da violência;
8. Barreiras interculturais;
9. Barreiras na intersecção entre sexualidade e religião.

Nas próximas seções, essas barreiras serão abordadas na mesma ordem em que estão apresentadas acima.

6.1 BARREIRAS RELACIONADAS ÀS/AOS PACIENTES

Embora os problemas sexuais sejam altamente prevalentes, pacientes dificilmente procuram ajuda médica ou tematizam a sexualidade caso não sejam questionadas/os (ALARCÃO et al., 2012; BOR; LLOYD; NOBLE, 2021; CESNIK-GEEST, 2016; PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010), de forma que a maioria nunca teve a oportunidade de falar sobre sexualidade durante um encontro médico (MEYSTRE-AGUSTONI et al., 2011). O quadro 17 revela as barreiras à comunicação da sexualidade na consulta da APS associadas às/aos pacientes:

Quadro 17 - Barreiras à comunicação da sexualidade na consulta da APS associadas às/aos pacientes

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pouca procura por ajuda profissional relacionada às queixas sexuais; ❖ Não priorização de questões sexuais enquanto queixas na consulta médica; ❖ Baixo letramento em saúde: dificuldade para identificar o que seriam problemas de saúde de origem sexual; ❖ Medo de reprovação e julgamento de profissionais de saúde; ❖ Dificuldade de acesso aos serviços de saúde; ❖ Atitude expectante: esperam ser questionados por profissionais; ❖ Interseccionalidades e vulnerabilidades da pessoa e da comunidade atendida; ❖ Aspectos religiosos e outras crenças; ❖ Contexto histórico: estrutura machista e patriarcal da sociedade, que preveem condicionantes sociais e de gênero na consulta.

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

Entre as barreiras à comunicação sobre sexualidade na consulta, localizam-se, em primeira instância, a falta de entendimento de pacientes sobre seu funcionamento sexual e as dificuldades para identificar o que seriam problemas de saúde de origem sexual (GORE-GORSZEWSKA, 2020; MEYSTRE-AGUSTONI et al., 2011; PACAGNELLA, 2009). Esses aspectos estão relacionados ao frágil letramento em saúde³⁴, que pode ser intensificado pelo baixo nível de escolaridade da população assistida nas áreas estudadas.

Destacam-se ainda o medo da reprovação das/os médicas/os, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o receio de que suas queixas sejam julgadas como triviais (GORE-GORSZEWSKA, 2020), a desconfiança e dúvida quanto à capacidade de médicas/os para tratar determinadas queixas (MOREIRA et al., 2005), o constrangimento e a falta de interesse diante de tópicos sexuais (HUMPHERY; NAZARETH, 2001), além da desinformação sobre as IST, muitas vezes sustentada pelo fato de nunca terem passado por uma investigação de IST (MEYSTRE-AGUSTONI et al., 2011).

No entanto, quando questionadas/os diretamente, as pessoas atendidas costumam julgar o tratamento do tema como apropriado e sentir-se confortáveis para falar sobre seus problemas sexuais, caso estes tenham sido abordados pelas/os médicas/os responsáveis por seu acompanhamento (HINCHLIFF; GOTT, 2011; METZ; SEIFERT JR, 1990; MOREIRA et al., 2005, 2008; READ; KING; WATSON, 1997).

As pesquisas revelam que pacientes desejam suas/seus médicas/os tivessem uma postura mais proativa e questionassem sobre aspectos de sua vida sexual (FLYNN et al., 2019; HINCHLIFF, GOTT, 2011; KINGSBERG, 2004; MEYSTRE-AGUSTONI et al., 2011; MOREIRA et al., 2005, 2006; 2008; SARKADI; ROSENQVIST, 2001; SOBECKI et al., 2012). A esse desejo, contudo, opõe-se a sensação de que as/os profissionais não corroboram essa intenção (MEYSTRE-AGUSTONI et al., 2011; NAZARETH et al., 2003; PACAGNELLA, 2009; READ; KING; WATSON, 1997), o que é válido para todas as faixas etárias, incluindo

³⁴ O letramento em saúde envolve a capacidade de obter, processar e compreender informações e serviços básicos de saúde, no intuito de tomar decisões relativas à sua saúde e seus cuidados médicos, o que prevê de pacientes competência funcional para usar e interpretar textos, documentos e números (PASSAMAI et al., 2012; WEISS, 2005). Envolve determinantes individuais e sistêmicos, habilidades de comunicação entre pacientes e profissionais de saúde, aspectos culturais, complexidade do sistema de saúde, bem como as demandas da situação ou do contexto (NUTBEAM; KICKBUSCH, 1998).

adolescentes (DUNN; CROFT; HACKETT, 1998; MOREIRA et al., 2008) e idosos (GOTT; HINCHLIFF; GALENA, 2004; HINCHLIFF, GOTT, 2011).

O estudo de Meystre-Agustoni et al. (2011) derrubou a crença de que pacientes se sentem mais desconfortáveis quando falam sobre sua sexualidade e sustenta que, a despeito de qualquer incômodo, as pessoas estão cada vez mais preparadas para discutir sobre sexualidade desde a primeira consulta. Especialistas entendem que a vergonha e/ou o medo de profissionais de constranger as/os usuárias/os pode estar relacionado às suas próprias projeções e dificuldades (BURD; NEVADUNSKY; BACHMANN, 2006; MEYSTRE-AGUSTONI et al., 2011; PRETORIUS et al., 2022).

Os grupos focais realizados revelaram que os entraves comunicacionais entre profissionais e pacientes precisam ser superados. As/os médicas/os participantes gostariam de perguntar mais sobre a sexualidade, saber como abordá-la melhor e acreditam que um interesse mais genuíno pelo tema poderia beneficiar as mulheres assistidas. Nesse sentido, não estabelecer uma comunicação ativa sobre saúde sexual na consulta pode significar o abandono dessa esfera de cuidado, prejudicando esse eixo específico de atenção à saúde, em coerência com a vasta gama de pesquisas revisadas nesta tese.

Se a gente tá confortável com a nossa própria sexualidade, isso vai fluir muito mais naturalmente [...]. Às vezes, a principal queixa do paciente é ter vergonha. Ele veio pra aquilo e ele não sabe expressar. (GF1P4).

[...] A gente vê que [a sexualidade] é uma coisa intrínseca ali, importante pra muita gente. E, às vezes, eu me sinto um pouco pisando em ovos, quando eu tô lidando com esse tipo de situação, quando vem como demanda em algumas situações específicas ali, que eu não consigo abordar. Não tenho muito jogo de cintura ainda. (GF2P1).

Há, nesse sentido, um desencontro de expectativas entre médicas/os e pacientes, onde cada um/a espera que a outra pessoa tome a iniciativa. Portanto, um exercício de uma comunicação mais proativa pode beneficiar a abordagem clínica de questões de saúde sexual, por exemplo, como observado na fala desta médica:

Eu acho que teve essas, essas duas coisas que mudaram: foi começar a perguntar ativamente e perguntar considerando diversidade [...]. Desde que eu comecei a perguntar mais, as pessoas têm falado muito mais. As coisas saem muito mais fácil quando você consegue fazer a pergunta. (GF3P2).

O Estudo Global de Atitudes e Comportamentos Sexuais – Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors (GSSAB) –, de 2005, foi a primeira grande pesquisa multipaíses a estudar sistematicamente atitudes, crenças e saúde nas relações sexuais em adultos/os de meia-idade e idosos/os. A pesquisa envolveu 27.500 mulheres e homens, com idades entre 40 e 80 anos, de 29 países distribuídos por várias regiões do mundo. Entre seus resultados, o estudo detectou que 77,8% dos homens e 78% das mulheres não procuraram ajuda ou aconselhamento profissional para seus problemas sexuais, e que apenas 18% dos homens e 18,8% das mulheres tentaram procurar ajuda médica. E mostrou que, no Brasil, duas vezes mais mulheres, em relação aos homens, relataram conversar com médicas/os sobre problemas sexuais (MOREIRA et al., 2005).

A pesquisa observou que, quando há algum problema de origem sexual, 39% dos homens e mulheres costumam conversar com sua parceria; 17% dos homens e 16% das mulheres buscaram informações em livros/revistas, por telefone ou internet; e 16% das mulheres e 13% dos homens conversaram com amigos ou familiares sobre seus problemas sexuais. A frequência de busca por ajuda psicológica (psiquiatra, psicólogo ou conselheira/o) foi baixa e variou amplamente entre homens (2-12%) e mulheres (1-8%). Falar com um/a conselheira/o religiosa/o foi a ação com menor prevalência entre homens (3%) e mulheres (2%) (MOREIRA et al., 2005).

Como observado no estudo, o gênero, os estados psicossociais e os fatores culturais podem influenciar os padrões de busca de ajuda para problemas sexuais. Esses dados são de suma importância por dizerem respeito à comunicação de problemas sexuais de uma forma ampla, considerando a rede de apoio das pessoas quanto à sexualidade, que raramente inclui a dimensão do cuidado em saúde.

6.2 BARREIRAS ESTRUTURAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA APS

O encontro clínico que se estabelece na Atenção Primária à Saúde é influenciado por múltiplos fatores, a começar pela estrutura do cuidado a ser ofertado, o sistema de saúde e o ambiente terapêutico (CARRIÓ, 2012; CAPRARA; RODRIGUES). No contexto da saúde pública brasileira, a obtenção das condições ideais de atendimento pode ser um desafio, potencializado em Unidades Básicas de Saúde com problemas estruturais – como salas pequenas, mal ventiladas, desprovidas de isolamento acústico suficiente, pouco funcionais e com déficit de materiais. O quadro 18 revela as barreiras estruturais dos serviços de saúde da APS, que podem dificultar a comunicação da sexualidade nesse nível de atenção:

Quadro 18 - Barreiras estruturais dos serviços de saúde da APS à comunicação da sexualidade

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Consultório com ambiência inadequada: falta de isolamento acústico, falta de materiais adequados, ambiente desconfortável, desorganizado e/ou precário; ❖ Consultório com privacidade inadequada: consultórios rotativos e/ou coletivos, consultas entrecortadas ou com interrupções desnecessárias ou evitáveis, presença de acompanhantes que dificultam a abordagem da sexualidade; ❖ Atitudes inadequadas de profissionais de saúde: interrupção da consulta da/o colega, exposição em qualquer nível de quem está sendo atendida/o; ❖ Insuficiência/ausência de agentes comunitárias/os de saúde nas equipes de Saúde da Família (eSF), resultando em um desconhecimento sobre a área adscrita e sua população; ❖ Tempo de consulta limitado para a abordagem integral de pacientes; ❖ Sobrecarga da/o médica/o e da eSF: gestão do tempo de consulta, gestão da agenda, gestão do cuidado da pessoa, da família e da comunidade, gestão da equipe, além da gestão de crises das mais diversas naturezas – sanitárias, gerenciais, estruturais, acadêmicas, econômicas, de provimento de materiais adequados e subjetivas; ❖ Intensificação da pressão assistencial no contexto de pandemia de covid-19; ❖ Falta de recursos intra e intersetoriais para lidar com a complexidade dos casos; ❖ Vulnerabilidade da comunidade: acesso prejudicado aos cuidados em saúde; ❖ Problemas relacionados ao prontuário eletrônico do SUS (e-SUS APS); ❖ Desconhecimento de profissionais de saúde, em especial ACS, sobre o nome social, gerando cadastros com erros ou repetidos.

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

Quanto à privacidade, trata-se de um elemento central para o fluxo de questões sexuais na consulta e diz respeito tanto à ambiência (como porta e janela fechadas e cenários sem interrupções, entre outros) quanto às pessoas envolvidas

na consulta (se há outras pessoas além da/o médica/o e da paciente, como estudantes ou tradutoras/es) (SADOVSKY; NUSBAUM, 2006; NICHOLS, 2012) – fatores com o potencial de desviar o foco da consulta centrada na paciente e prejudicar o aprofundamento de algumas demandas (PRETORIUS; COUPER; MLAMBO, 2021). O Ministério da Saúde define a ambiência de uma UBS como:

o espaço físico (arquitetônico), que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana, tanto para os trabalhadores e profissionais de saúde, quanto para os usuários. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada pelas tecnologias ali presentes e por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato e audição. A luminosidade, a temperatura e os ruídos do ambiente são exemplos disso. (BRASIL, 2008, p. 27).

A tese de Antônio Modesto (2016) aponta como outros obstáculos à abordagem de queixas sexuais na APS (nesse caso, relacionados aos homens) fatores organizacionais e estruturais, o medo de vazamento de informações na comunidade, aspectos estéticos das UBS focados no público feminino e infantil, o ambiente de predominância feminina (tanto de profissionais quanto de usuárias) e a configuração da UBS, de instalações precárias e de pouca privacidade.

A Ambiência também depende muito do consultório, assim. Nesse último, nessa última UBS que eu tô, cada dia eu atendo no consultório de uma pessoa diferente, eu não tenho um consultório que é nosso, assim. Então, é muito ruim, é muito esquisito. Toda hora você tá num lugar, você não se sente, nem você se sente à vontade, quanto mais o paciente, né? Então, é, é bem estranho, assim. E... é, eu acho que mais, é, eu, é muito difícil. Se você não tiver, assim, à vontade, se o tempo não estiver bem organizado, é muito difícil você abordar isso, porque não dá pra você começar e simplesmente deixar pra lá. E falar assim, “ah, chega, não vou mais falar disso, porque acabou o tempo”. Não dá pra falar isso. Então, é bem delicado, assim. (GF1P7).

Pode haver dificuldade entre as/os próprias/os trabalhadoras/es da saúde para a compreensão da consulta como um lugar que prescinde de ambiência e privacidade. Nesta pesquisa, foi comum a queixa de médicas/os relacionada ao desconforto com suas/seus colegas de trabalho – em especial com aquelas/es que não desenvolvem atividades clínicas, como técnicas/os e agentes comunitárias/os de saúde (ACS) – diante de atitudes consideradas inapropriadas, tais como abrir a

porta na hora da consulta, falar alto e/ou fazer piadas no corredor ou causar qualquer outro nível de exposição às/aos usuárias/os. Em sintonia com essa perspectiva, Barreiros et al. (2021) compreendem que o corredor e a sala de espera devem ser considerados partes do ambiente de cuidado na UBS e, portanto, mantidas em silêncio e como espaços respeitosos.

A ambiência adequada para o cuidado em saúde é um elemento central para uma entrevista confortável, com materiais à disposição, ajuste do tempo da consulta e a ausência de interrupções (CARRIÓ, 2012; PRETORIUS; COUPER; MLAMBO, 2021). Tais aspectos auxiliam na manutenção de privacidade, tranquilidade e confiança, condições importantes para a emersão das queixas sexuais. Sobre a comunicação de temas sensíveis em ambiente clínico não controlado, um participante compartilhou:

Parece a Lei de Murphy, assim, quando você começa a falar de um tema... quanto mais tenso o tema, mais as pessoas vão entrar no consultório. É... eu geralmente tranco o consultório, só que, aí, tem uma outra coisa, que é muito esquisita, que é aqui, da, eu acho que tem em todas as unidades, é... material. Os materiais ficam espalhados por todos os consultórios possíveis; então, você tá atendendo e toda hora tem alguém, mesmo você com a porta trancada, tem alguém batendo, pra procurar nem que seja o espéculo... é... ou qualquer coisa. Então, até a caneta, as pessoas interrompem a consulta para procurar uma caneta. Então, é um pouquinho absurdo, assim. E atrapalha muito a consulta. Principalmente com, quando você tá atendendo uma, quando você tá abordando sexualidade com uma pessoa que não leva isso de maneira natural. Então, é a Lei de Murphy total, assim, sabe? (GF1P3).

As interrupções no consultório são comuns no ambiente da APS e podem atrapalhar o fluxo da consulta (BARREIROS et al., 2021; MODESTO, 2016; PRETORIUS; COUPER; MLAMBO, 2021). Na situação relatada, a necessidade de privacidade na comunicação com pacientes provocou a ação de trancar a sala, o que já seria muito complexo, por se tratar de um ambiente de trabalho em equipe e de formação de alunos e residentes, com diálogo constante entre as pessoas envolvidas.

Ramos (2009) argumenta que os aspectos estruturais são um componente importante da consulta e podem incluir o tempo previsto da consulta, a forma de chamar as/os pacientes na sala de espera, os elementos arquitetônicos, além da

disposição do mobiliário e de materiais do consultório, como computador, prontuário e múltiplos impressos. Nesse âmbito, as/os entrevistadas/os dizem não ter uma sala "para chamar de sua" e queixam-se de prejuízo no atendimento por desorganização do ambiente, resultante da rotatividade dos consultórios com colegas da mesma equipe de Saúde da Família (eSF) ou demais profissionais da UBS.

Essas dificuldades nos conduzem à reflexão de como médicas/os de família e comunidade e suas equipes podem construir ativamente um ambiente mais adequado para a consulta no contexto da APS, com organização habitual ou regulamentada, embora as condições de trabalho nem sempre sejam favoráveis.

6.3 BARREIRAS TÉCNICAS E FORMATIVAS

As consultas são um componente elementar ao trabalho de médicas/os de família e comunidade. Nelas, porém, os problemas de ordem sexual ainda precisam ser melhor localizados, como por meio da confiança na relação médica/o-paciente, da abertura das pessoas envolvidas à discussão dessa temática e, ao mesmo tempo, da competência técnica das/os profissionais para a abordagem dos aspectos da sexualidade (HINCHLIFF; GOTT; GALENA, 2005; PACAGNELLA, 2009; RABATHALY; CHATTU, 2019; SARKADI; ROSENQVIST, 2001).

Nesta pesquisa, foi de amplo consenso entre as/os médicas/os a necessidade de incorporar os aspectos da sexualidade ao atendimento integral à pessoa, mas também a sensação de que lhes faltam as ferramentas necessárias – o que poderia ser superado por meio do desenvolvimento de habilidades de comunicação, que são centrais à escuta, à organização da história sexual e ao aprimoramento da relação médico-paciente. O quadro 19 revela as barreiras técnicas e formativas à comunicação da sexualidade em consultas da APS:

Quadro 19 - Barreiras técnicas e formativas à comunicação da sexualidade em consultas da APS

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dúvidas das/os profissionais quanto à importância do tema para área médica; ❖ Dúvidas sobre as funções das/os médicas/os na abordagem da sexualidade; ❖ Escassez ou ausência da sexualidade nos currículos médicos; ❖ Falta de qualificação profissional teórica e prática; ❖ Treinamento inadequado em habilidades de comunicação; ❖ Insegurança de como introduzir a abordagem da saúde sexual na consulta: pouca autonomia para a elaboração de métodos e procedimentos próprios na comunicação de aspectos sexuais; ❖ Dúvidas sobre os limites comunicacionais: do que falar e não falar sobre a sexualidade na consulta; ❖ Desconhecimento e/ou falta de experiência para diagnosticar e conduzir casos de disfunção sexual; ❖ Escassez de protocolos e/ou outros materiais técnicos para tratar disfunções sexuais; ❖ O modelo biomédico hegemônico contemporâneo ocidental pode priorizar procedimentos clássicos de consulta no formato queixa-conduta, com pouca ou nenhuma abertura à comunicação da sexualidade ou outras questões de saúde que estejam subjacentes; ❖ O problema sexual é mais valorizado por médicas/os caso venha acompanhado de uma outra queixa física ou doença já estabelecida; ❖ Angústia dos profissionais diante de casos complexos.
--

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

Em âmbito mundial, a capacitação insuficiente e inadequada na comunicação clínica da sexualidade parece ser uma das principais barreiras a serem superadas (ALARCÃO et al., 2012; HINCHLIFF, GOTT, 2011; PARISH; ROSEN et al., 2006; READ; KING; WATSON, 1997; RUBIO-AURIOLES, 2010). Médicas/os frequentemente não sabem o porquê de perguntar, como perguntar e não veem a necessidade de abordar o assunto em uma consulta (SKELTON; MATTHEWS, 2001). Esse aspecto se manifestou nesta pesquisa, inclusive, a partir de questionamentos sobre quais nuances da sexualidade teriam de fato uma importância médica. Por exemplo, até que ponto a abordagem do casal, bem como questões emocionais e relacionais seriam objeto da medicina de família e comunidade?

Acho que talvez a primeira barreira pra gente trabalhar a questão da sexualidade é entendê-la como uma questão, sabe? Eu acho que a gente negligencia a sexualidade como uma questão, né? [...] Até pra definir [a sexualidade] a gente já tem alguma dificuldade. E aí dá um estranhamento. Será que é isso? Será que não é? Eu acho que isso evidencia o quanto que é uma questão não trabalhada, né? Uma questão que a gente não aborda, uma questão que não é familiar pra gente. Não é íntima da

gente, né? E eu acho que, assim, talvez a primeira grande barreira seja a visibilidade dessa questão, seja tratá-la como uma questão, seja abordá-la. "Poxa, a gente não tem isso no currículo da graduação, a gente não tem isso no currículo da residência. Poxa. Precisamos falar sobre isso." Acho que, assim, a principal barreira é, acho que é justamente abordar. [...] "Poxa, porque a gente não tá estudando isso, a gente não tá vendo isso, não tá focando nisso." Então, acho que a grande questão que fica é que a sexualidade precisa ser uma questão. Acho que a principal barreira é isso. Por que falta teoria? Por que falta instrumento? Por quê!? Porque não é uma questão, né? (GF4P8).

Este comentário dialoga com que foi descrito no início da tese e que, depois, mostrou-se como uma das primeiras barreiras: a dificuldade em definir e validar a sexualidade e seus efeitos como uma questão de saúde. Apesar de presentes cotidianamente, esses efeitos podem gerar resistências, desconforto e dúvidas nas/os médicas/os, sobretudo devido às dificuldades em compreender sua função na abordagem da sexualidade e validá-la como um tema de saúde (BOR; LLOYD; NOBLE, 2021; DALL'AGNOL, 2003; LLOYD, 2018; MODESTO, 2016; VIEIRA et al., 2019). Pesquisadores em comunicação clínica exemplificam que, por valores, crenças ou mesmo falta de habilidades, experiência ou treinamento, pode haver resistência de médicas/os para explorar um motivo tão elementar para a/o paciente, a exemplo da sexualidade (BOR; LLOYD; NOBLE, 2021; LADY; BURNHAM, 2019; LLOYD, 2018; PENDLETON et al., 2011; PRETORIUS; COUPER; MLAMBO, 2021).

Segundo Foucault (2019), a sexualidade é uma questão histórica e humana fundamental atravessada por jogos de poder nas mais distintas práticas, discursos e instituições, o que é inseparável do que é apresentado pela/o médica/o na citação acima em torno da negligência da sexualidade enquanto uma questão de saúde para o bem-estar dos sujeitos. A questão levantada remete à invisibilidade da sexualidade na gramática médica – via ausência ou precariedade do tema nos currículos, na pesquisa e na epidemiologia –, o que seria a barreira primária à sua comunicação no âmbito da consulta, levando em conta seus desdobramentos práticos na clínica. A ausência ou escassez da sexualidade enquanto objeto de reflexão e produção teórica na estrutura curricular dos cursos de medicina não condiz com as políticas que sustentam a sexualidade como um componente central da saúde humana (BRASIL, 2004a; BRITTO, 2014; CONCEIÇÃO, 2021; WHO, 2006, 2008, 2010).

Há uma lacuna entre a demanda em saúde por parte de pacientes, que tematizam a sexualidade de forma mais ativa, e a estrutura formativa dos cursos de saúde, que não confere a devida prioridade ao tema (PACAGNELLA, 2009; PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010). Somado a esse aspecto, a falta de qualificação profissional teórica/prática e a sensação de despreparo estão entre as principais justificativas para a negligência do tema (ALARCÃO et al., 2012; CESNIK-GEEST, 2016; PRETORIUS; COUPER; MLAMBO, 2021; PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010). Quanto à abordagem da sexualidade na consulta, ainda houve comentários como os seguintes:

A gente teve que aprender isso (sobre sexualidade) meio que na marra, né? (GF3P5).

Como que eu atuo nas consultas? É, eu vejo com relação à demanda que o paciente traz primeiro, porque se a gente, se o paciente chega e eu já vou falando sobre sexualidade sem que seja a demanda principal dele, pode se tornar algo invasivo, né? Então, assim, no meio da demanda dele, se eu vejo a oportunidade de entrar no assunto, eu já entro, né, no assunto. Se não, quando ele me demandar dessa questão (GF1P9).

Essas falas contribuem para demonstrar como médicas/os de família e comunidade se sentem mais confortáveis quando a sexualidade é trazida voluntariamente pela pessoa atendida, o que se justifica pelos receios em incluir a saúde sexual no atendimento de rotina e inviabilizar a comunicação. Médicas/os tendem a não adotar uma abordagem proativa para o gerenciamento da saúde sexual nas consultas de rotina (HINCHLIFF, GOTT, 2011; MOREIRA et al., 2008), sendo mais propensas/os a realizar a anamnese sexual quando há relação direta com a queixa principal (WIMBERLY et al., 2006).

Eu acho que eu aprendi muito a não ter vergonha de falar sobre isso [a sexualidade]. E a perguntar ativamente, sabe? E a conversar com as minhas pacientes sobre isso. Eu acho que isso a residência me trouxe muito. E acho até um certo diferencial, porque eu ainda vejo que muitos colegas nem tocam no assunto assim, sabe? São capazes de fazer um atendimento de saúde da mulher, às vezes trabalhando a parte genital e sexual, e não perguntar, por exemplo, se a mulher tem orgasmo ou não. Ou se tem uma história de violência ou não. Então, eu até acho que eu aprendi a perguntar, eu perdi um pouco dessa vergonha. (GF4P1).

Essa médica teve a oportunidade de fazer consultas compartilhadas com uma professora sexóloga na residência médica, além de ter recebido incentivo de seus preceptores para a anamnese sexual, o que se traduz na construção de uma atitude mais ativa e confortável diante do tema. De modo inverso, um ensino médico inadequado com relação aos cuidados de saúde sexual e a não obtenção da história sexual entre médicas/os que atuam na APS dificultam a iniciativa de perguntar mais e melhor e driblar o terreno de desconforto (ABDOLRASULNIA et al., 2010; PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010; PRETORIUS et al., 2022; RABATHALY; CHATTU, 2019).

A maioria das pessoas participantes desta pesquisa, enquanto médicas/os e coordenadoras/es do cuidado, consideraram fundamental abordar as práticas sexuais e demais aspectos da sexualidade na consulta médica, bem como saber dos seus efeitos na vida das pacientes. Entretanto, muitos também demonstraram profundas inseguranças sobre quando e como introduzir a comunicação em sexualidade, principalmente entre residentes. Estas/es, mesmo quando conseguem abordar o tema, temem causar desconforto ou arriscar a relação médico-paciente, além de questionarem se conduziram o encontro clínico da melhor forma. Nesse sentido, evocam certa expectativa em receber orientações padronizadas para direcioná-las/os, enquanto um preceptor sustenta: "A forma de abordar não vai ser receita de bolo." (GF3P3).

Eu não acho que médicos de família estão ferramentados para lidar com sexualidade. (GF4P2).

"Eu não me sinto, eu não fui instrumentalizado pra isso (lidar com queixas sexuais) nos espaços de formação, seja na graduação, seja na residência. E, embora não seja um tema que eu entenda, pra mim não é um tema difícil de conversar. Mas, é... ele precisa estar derivado dentro de um outro assunto pra poder eu conseguir caminhar com mais desenvoltura. E... É mais por isso mesmo, por essa preocupação de não estar sendo invasivo no momento em que não dá para ser. Claro que, quando a gente trabalha numa lógica de longitudinalidade, isso vai ficando mais tranquilo. (GF4P3, médico homem).

Neste comentário, o médico relata sentir-se mais seguro em abordar a sexualidade dentro da avaliação de outras queixas que sirvam como um mote, no

intuito de contextualizá-la clinicamente. Além das habilidades comunicacionais, a abordagem da saúde sexual das mulheres também está relacionada à intersecção com outros problemas, a exemplo da falta de confiança de MDCs e à percepção de que as terapêuticas existentes ainda parecem ser ineficazes (ABDOLRASULNIA, 2010; ALARCÃO et al., 2012).

O déficit formativo de médicas/os nesse assunto resulta em inseguranças estruturais amplas, mesmo para preceptoras/es e professoras/es, a exemplo das dúvidas sobre quando, como e o quanto investir na abordagem da sexualidade. No entanto, o treinamento das/os profissionais em aspectos atitudinais que sustentam a abordagem da sexualidade na consulta médica ainda é escasso, o que inibe o investimento profissional não apenas na anamnese sexual, mas também na promoção e prevenção da saúde sexual na prática assistencial (HINCHLIFF; GOTT, 2011).

As pessoas entrevistadas demonstraram ter pouca ou nenhuma autonomia para a elaboração de métodos e procedimentos próprios na comunicação de aspectos sexuais, destacando, inclusive, suas dúvidas a respeito do que não se deve falar com pacientes. Trata-se de um cenário que realça a necessidade de um melhor arcabouço teórico na formação em saúde – envolvendo ferramentas clínicas, ferramentas de habilidades de comunicação e atitudinais, por exemplo – para sustentar a complexidade da sexualidade e, assim, reconhecer, conduzir e aprofundar problemas clínicos nesse âmbito, a fim de garantir o seguimento das/os pacientes (ALARCÃO et al., 2012; HINCHLIFF, GOTT, 2011; HUMPHERY; NAZARETH, 2001).

Tais limitações formativas, associadas ao contexto de pressão assistencial da APS do Distrito Federal e ao medo de não saber responder adequadamente à complexidade dos casos, distanciam as/os profissionais da abordagem da saúde sexual. Essas dificuldades reforçam ainda mais a importância do ensino das ferramentas de comunicação clínica e da relação médica/o-paciente.

Nunca tive um momento assim, ah, que eu, que eu peguei e agora eu só vou estudar isso [saúde sexual]. Não, não teve. (GF4P4).

Eu vejo como barreira, é... muito intensa a questão da veiculação da informação, né? Esse assunto, ele não é falado, né? Então, eu acho que toda essa questão que a gente falou, aqui, de construção cultural, de organização, de sociedade, né? De

comportamento, né? Que isso influencia muito, né, nesse encontro clínico, né? Até nossa expressão corporal também, eu acho que isso é muito ausência de informação em relação a esse assunto, né? É... a gente não encontra fácil. É... ler sobre sexualidade, assim. A não ser quando, talvez, as pessoas tragam algo mais, mais erotizado, enfim... Então, acho que tem uma grande barreira aí em relação a acesso à informação mesmo. (GF3P10).

No Brasil, é escassa a disponibilidade de informações técnicas sobre a abordagem da sexualidade no cenário clínico-assistencial e, particularmente, a partir da perspectiva da comunicação clínica e da saúde integral, o que parece ser multifatorial: envolve a escassez de protocolos e/ou outros materiais didáticos sobre saúde sexual voltados a profissionais de saúde, por exemplo, mas, igualmente, o déficit formativo, a falta de treinamento específico em toda a carreira médica, a falta de experiência, a não priorização da educação permanente e o desinteresse pelo tema. A dificuldade de encontrar protocolos que sustentem os casos de queixas sexuais representa uma barreira para que as/os médicas/os de família e comunidade iniciem esse diálogo na consulta (ALARCÃO et al., 2012; PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010).

Outra queixa das/os participantes foi direcionada ao fato de que, quando há a oferta de cursos esporádicos pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) sobre algum assunto específico que envolva a sexualidade, o tema é abordado de forma estratificada e não integral, especialmente nos tópicos "saúde da criança", "saúde dos adolescentes", "saúde da mulher" e na "abordagem à violência".

O reconhecimento das barreiras comunicativas e de limites técnicos de médicas/os de família e comunidade na abordagem da sexualidade foram essenciais para embasar perguntas importantes que surgiram no trajeto da pesquisa.

À pergunta sobre quais seriam as habilidades de comunicação necessárias às/aos MFCs na abordagem da sexualidade na APS?, por exemplo, busquei responder a partir de uma proposta de currículo baseado em competências (CBC), disposto no último capítulo desta tese.

Outras duas perguntas continuam como apontamentos a serem elucidados no contexto da educação médica brasileira: quais seriam as fragilidades clínicas de médicas/os de família e comunidade relacionadas ao tema da saúde sexual? E, ainda: quando as/os médicas/os de família e comunidade devem encaminhar

pacientes com queixas sexuais para serem avaliados por serviços de outros níveis de atenção à saúde?

6.4 BARREIRAS RELACIONADAS À RELAÇÃO MÉDICA/O-PACIENTE

A relação médica/o-paciente é a estrutura fundamental da prática médica (BALINT, 1998; TAHKA, 1988) e deve estar contextualizada para ser melhor compreendida (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010). No âmbito do sistema público de saúde brasileiro, o SUS, as/os médicas/os de família e comunidade são as/os primeiras/os a ver as/os pacientes, sendo responsáveis por acompanhá-las/os e conhecê-las/os a longo prazo (CAPRARA; RODRIGUES, 2004; MCWHINNEY; FREEMAN, 2010; NORMAN, 2015). Nesse sentido, a relação médica/o-paciente se estabelece como a pedra angular da especialidade em MFC por simbolizar o elemento estruturante do cuidado próximo e cotidiano proposto pela especialidade (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010; NORMAN, 2015). O relacionamento satisfatório entre a/o paciente e a/o médica/o, além de essencial (ALTHOLF et al., 2013; NUSBAUM; HAMILTON, 2002), pode aliviar a ansiedade e favorecer o diálogo, trazendo benefícios à saúde das/os usuárias/os (DANG et al., 2017). O quadro 20 revela as barreiras relacionadas à relação médica/o-paciente que podem dificultar a comunicação da sexualidade na consulta da APS:

Quadro 20 - Barreiras relacionadas à relação médica/o-paciente

continua

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sentimento de constrangimento de médica/o ou paciente na abordagem da sexualidade na consulta; ❖ Evitação, por profissionais, da abordagem da sexualidade – pela consideração do tema como um tabu, pelo medo do não saber e/ou por inexperiência; ❖ Desencontro de expectativas de paciente e entrevistador/a; ❖ Falta de habilidades de profissionais para acessar demandas ocultas; ❖ Questões subjetivas das partes envolvidas e dificuldades para lidar com a relação transferencial associada às diferenças ou semelhanças de idade, gênero, crenças, valores religiosos, políticos, etc.; ❖ Ênfase para o gênero dissonante entre entrevistador/a e paciente;

continuação

- ❖ Angústia diante de casos complexos;
- ❖ Necessidade do médico homem estar acompanhado no exame físico ginecológico por uma profissional de saúde mulher (técnica de enfermagem, enfermeira ou acadêmica) para garantir a sua segurança e a da paciente na relação profissional;
- ❖ Relação médica/o-paciente frágil: pouco vínculo, falta de longitudinalidade, processos transferenciais negativos, desejo da avaliação direta por subespecialista (urologia, ginecologia ou sexologia);
- ❖ Aspectos intrínsecos à personalidade profissional³⁵ da/o médica/o;
- ❖ Receio do profissional de arriscar a relação médico-paciente ao abordar um tema sensível.

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

Em uma aproximação entre a perspectiva habermasiana (HABERMAS, 2012) e o campo da medicina, a forma de consulta, em sua dimensão comunicativa, torna explícita a escolha de cuidado e a intencionalidade da ação profissional, permitindo ou não que a paciente se subjetive no ato do encontro, a depender dos afetos e de sua aposta de cuidado – o que segue em linha ao proposto por Merhy (2000) ao discorrer sobre os efeitos da subjetividade na produção do trabalho em saúde. Nesse ínterim, a ação comunicativa torna-se equivalente à produção de um compromisso; um compromisso entendido, aqui, como ético, humano, técnico e sanitário, que seja aceito pela interlocutora, em circunstâncias coerentes para ambas as partes (HABERMAS, 2012).

O desafio que se apresenta, no entanto, ainda diz respeito ao "não dito", ao que não se encaixa no discurso médico ou ao que se desacredita ou é invalidado no discurso da/o paciente (CLAVREUL, 1983). A sexualidade é normalmente apresentada como uma "demanda oculta" (BOR; LLOYD; NOBLE, 2021), conceito que se refere a uma queixa e/ou necessidade inaparente das/os pacientes ou não percebida pelas/os profissionais (MODESTO; COUTO, 2016). Compreendo a demanda oculta como um "ponto cego" da consulta e da formação médica, que torna-se especialmente importante por evidenciar a dimensão da negligência médica

³⁵ "Personalidade profissional" é um conceito de Michael Balint (1998) e diz respeito às atitudes médicas na prática clínica, sobretudo ao modo como a/o profissional responde às necessidades de pacientes e às emoções mobilizadas na consulta. Aqui, o conceito torna-se particularmente relevante na medida em que associa a "não neutralidade" ao encontro clínico, sobretudo quanto aos aspectos de transferência e contratransferência. Balint considerava que os sentimentos, as reações e a personalidade profissional eram de suma importância tanto para a relação clínica quanto para o seguimento terapêutico de pacientes, com é minuciosamente apresentado nos casos relatados no livro de Balint e Norell (1998).

associada a repostas automáticas, como “você não tem nada” (Jorge, 1983, p. 17) ou “isto é coisa da sua cabeça” (TAHKA, 1988, p. 64).

É fundamental que se perceba, portanto, que a racionalidade biomédica, mesmo que instrumentalizada com a extensão de aparatos tecnológicos da medicina contemporânea, é insuficiente para a apreensão da experiência do adoecimento (TEIXEIRA, 2005). A investigação de demanda oculta prevê, assim, um cuidado atento e centrado na pessoa, cuja dimensão intersubjetiva pode revelar queixas mascaradas:

Depende dos dois lados estarem dispostos, né? É... e ainda, vem com uma queixa, muitas vezes, mascarada, quando a gente consegue pescar lá, tirar toda a terra de cima, é que vem realmente a questão da sexualidade. É... entendo assim. (GF3P5).

Nessas circunstâncias, torna-se essencial o exercício de uma comunicação clínica efetiva, com habilidades de escuta e de análise de sinais não verbais, bem como a construção de vínculo, buscando um diagnóstico biopsicossocial integral, que amplie as possibilidades de repercussão do atendimento (GROSS et al., 2008; MODESTO; COUTO, 2016).

Ainda na perspectiva da sexualidade enquanto uma dimensão silenciada no encontro clínico, Cesnik-Geesk (2016) verificou que as/os pacientes que mais necessitam discutir sobre sua sexualidade são justamente aquelas/es que a evitaram por fatores como o constrangimento. Os grupos focais de residentes destacaram maiores dificuldades em abordar aspectos da sexualidade nas consultas com mulheres em comparação aos homens, ao que foi associado à maior prevalência de demanda oculta, ao "sinal da maçaneta"³⁶, assim como às atitudes de timidez, silêncio ou retraimento dessa população. Esses dados diferem do observado em outras pesquisas, nas quais as mulheres parecem comunicar e interagir melhor do que os homens com as/os profissionais de saúde (FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011; GOMES et al., 2011; PINHEIRO; COUTO 2013).

³⁶ O "sinal da maçaneta" refere-se ao momento final do atendimento clínico, quando a/o paciente se prepara para se despedir e abrir a porta, mas apresenta queixas novas, muitas vezes mais importantes do que as já relatadas até então, alterando o curso da consulta em seu momento tardio. Tal evento ocorre quando essas queixas estavam ocultas e não foram plenamente investigadas durante o encontro clínico (Modesto e Couto, 2016).

[Apesar dos esforços investidos, com] *nem todos os pacientes a gente consegue abordar a sexualidade. (GF3P5).*

O que eu noto é que elas são as maiores utilizadoras do sistema, são as que mais buscam, são as que mais somatizam, né? É... ainda por cima. É... algumas pacientes, assim, com dores pélvicas crônicas e constipação e tudo ali relacionado à região pélvica. E é claro que a gente não pode fazer uma abordagem direta assim, né? Mas, de pouquinho em pouquinho, a gente tem que ir até... depois que tiver uma confiança maior, tentar abordar alguma questão assim. Mas elas não trazem como queixa, às vezes nem a principal, nem a demanda oculta, nem nada. É um... é um mistério, assim, conseguir esse tipo de informação das mulheres, né? E os homens são, são realmente... não vou nem dizer que são bem mais abertos, né? Só quando interessa mesmo eles buscam, eles conseguem falar abertamente. (GF2P4).

Esta pesquisa, endossada por dados de outros estudos, revelou que, diante de problemas sexuais, as/os profissionais podem ter dificuldades em abordar a sexualidade de seus pacientes devido a uma série de impedimentos relacionados às dimensões subjetiva e relacional, de que são exemplos o medo de gerar constrangimentos (MEYSTRE-AGUSTONI et al., 2011); o medo de errar e receio de não saber lidar com os desdobramentos do tema, especialmente pela falta de qualificação profissional teórica e prática (ALARCÃO et al., 2012; BARNHOORN et al., 2022; PRETORIUS; COUPER; MLAMBO, 2021); e a sensação de inexperiência, por ser um tema pouco trabalhado subjetivamente pela/o profissional (CESNIK-GEEST, 2016). Essas dificuldades manifestam-se nos comentários a seguir:

Medo de não saber como reagir ao que eu vou ouvir. (GF2P5).

Tenho muita dificuldade, assim, de quando é que eu vou falar, porque é o que a gente tava falando, né? [A sexualidade] permeia tantas coisas. Por que a gente tem que esperar um assunto que tenha relação com o sexo, ou com relação com os órgãos genitais pra poder falar de sexualidade, né? De contracepção e tudo mais? Porque tá em tanta coisa. Qual é o receio? Meu mesmo, nosso, como profissional de saúde, de abordar isso, sendo que tem a ver com muito mais coisas, né? E aí eu percebo, assim, que eu não abordo tanto como eu poderia. Talvez porque eu fico nessa coisa de eu quero entender um pouco melhor como eu posso fazer isso sem ser invasiva, sem parecer que eu tô, é... querendo passar de um limite, que nem sei se existe, mas eu fico com esse receio, sabe? Então, eu abordo menos do que eu acho que deveria. (GF1P7).

Há, nessas falas, a expectativa de um saber prévio sustentada pela própria formação em medicina e a ideia subjacente de que a/o médica/o é aquela/e que sabe, enquanto a prática clínica impõe, na contramão, um confronto contínuo com o que não se sabe, domina ou não se pode controlar. As/os pacientes, de fato, podem convocar suas/seus médicas/os para lugares inesperados, nos quais o "não saber" gera importantes implicações para a formação profissional em saúde, como a necessidade de aprender a lidar com frustrações, angústias e hesitações (CARRIJO, 2017). A imprevisibilidade do encontro clínico e as incertezas associadas podem afetar profissionais, desorganizando seus saberes prévios protocolares e deslocando-as/os do exercício de poder na prática clínica (BALINT, 1998; BALINT; NORELL, 1998; CARRIJO, 2017; CARRIÓ, 2012; FERNANDES, 1993; ONOCKO CAMPOS, 2005).

Geralmente, [as pacientes] não trazem isso pra gente diretamente no consultório. (GF2P1).

A partir do comentário acima, é possível questionar se as/os pacientes não trazem suas queixas sexuais, se as/os profissionais não se atentam ou se realmente não haveria interesse médico em investigá-las. Embora as/os médicas/os de família e comunidade reconheçam a necessidade de aperfeiçoamento, elas/eles se sentem ambivalentes quanto a abordar ou não a sexualidade por priorizarem outras queixas clínicas (HINCHLIFF; GOTT; GALENA, 2004). Estudos mostram o impacto de processos transferenciais nesse aspecto, que incluem sentimentos de conflito, insegurança, angústia, desconforto, atitudes de preconceito e evitação de médicas/os (HINCHLIFF; GOTT; GALENA, 2004; LOPES; NASCIMENTO; REZENDE, 1992; ROSEN et al., 2006). Há, independente das vias, prejuízos no bem-estar sexual e na qualidade de vida das/os pacientes quando o assunto é tamponado.

Como exemplificam os comentários expostos neste subcapítulo, portanto, a relação médica/o-paciente colaborativa mostra-se essencial em circunstâncias complexas e sensíveis, como na abordagem da sexualidade, sobretudo se acompanhada de um investimento processual e continuado no encontro clínico (ALARCÃO et al., 2012; ALTHOF et al., 2013; Nusbaum; Hamilton, 2002). Uma boa

relação médica/o-paciente gera efeitos positivos para o encontro clínico vigente, para a saúde de pacientes, para a satisfação das/os envolvidas/os e para a qualidade dos serviços (CAPRARA; RODRIGUES, 2004). Pacientes aderem mais e respondem melhor quando médicas/os entendem suas preocupações (CAPRARA; RODRIGUES, 2004; Dyche e Swiderski, 2005), em coerência com a perspectiva do método clínico centrado na pessoa (MCCP), cujo cuidado proposto parece evoluir de forma efetiva, com menos exames e encaminhamentos (STEWART et al., 2000, 2017).

6.4.1 (Des)encontros de expectativas entre profissionais e pacientes no encontro clínico

Cesnik-Geesk (2016) e Pretorius, Couper e Mlambo et. al (2021) argumentam que a abordagem da sexualidade deveria buscar certa imparcialidade profissional e alinhar-se às necessidades das/os pacientes. No entanto, em que medida a imparcialidade seria algo factível? Ainda que sob a pretensão de ser o mais técnico e distante possível, o encontro clínico é dificilmente compatível com qualquer neutralidade ou indiferença (CARRIJO, 2017), de modo que, talvez, não seja possível senão "passar uma imagem" de imparcialidade.

Essa discussão torna-se central quando há tensões na consulta, especialmente quando preveem posicionamentos ético-políticos, pois, afinal, as/os trabalhadores em saúde agem em defesa de quem e de quê? (MERHY, 2013; ONOCKO CAMPOS, 2005). As atitudes e crenças pessoais, portanto, são uma importante barreira ao diálogo em torno da saúde sexual (ALARCÃO et al., 2012; PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010). O desconforto de médicas/os é comum ao entrevistar pacientes muito jovens, idosas/os, do sexo oposto, com baixos níveis de escolaridade e estado civil solteiro ou divorciado (BURD; NEVADUNSKY; BACHMANN, 2006; SADOVSKY; NUSBAUM, 2006). De forma similar, nos grupos focais estudados, houve ênfase sobre as dificuldades em comunicar sobre a sexualidade diante de diferenças relacionadas à idade, gênero, crenças, valores religiosos e posicionamentos políticos, entre outros.

Eu acho que é um desafio grande pra mim, ia ser ruim eu atender alguém, uma pessoa que tem práticas muito fora do habitual, tipo zoófilo. Eu acho que um zoófilo que fala pra mim que pratica atos sexuais com animais. Eu acho que aí, pra mim, seria complexo abordar isso. Ou, então, um pedófilo, que fala pra mim, que apesar de todo o sofrimento dele, que é um pedófilo que está em sofrimento, né? Se ele chegar pra mim e falar que ele sofre, ao mesmo tempo ele contar pra mim que já fez alguma coisa com uma criança. Eu acho que, que chegaria, eu acho que seria muito difícil. Acho não, eu tenho certeza que ia ser muito difícil atender, é... uma pessoa que tenha esse tipo de prática sexual. [...] Por isso que eu falo: será que eu tô caindo naquele lugar que é perigoso? De que, é... Eu não sei que eu não sei? Será que eu tô num buraco de ignorância? Mas eu, atualmente, assim, eu não consigo identificar que eu tenha tanta dificuldade pra falar, pra perguntar. Mas eu não faço uma busca ativa. Acho que, quando eu percebo que tem alguma coisa por trás, eu pergunto, mas, às vezes, acaba que fica focado só no que a paciente traz... (GF4P4).

Novamente o "não saber" aparece como uma reflexão significativa, sobretudo no trecho onde o participante se pergunta: "será que eu tô caindo naquele lugar que é perigoso? De que, é... Eu não sei que eu não sei?". Seu comentário estabelece, aqui, um ponto de partida à reflexão sobre o quanto seria possível antecipar o que não se sabe antes que o problema se apresente de forma mais específica na consulta. De uma perspectiva ética, moral e legal, as situações hipotéticas colocadas atravessariam os limites pressupostos do exercício clínico³⁷.

As médicas e médicos podem fazer uso das consultas para ampliar suas habilidades e atitudes diante da dimensão relacional, buscando compreender suas próprias lacunas (PENDLETON et al., 2011). Há, porém, uma certa ansiedade quanto à imprevisibilidade de situações que poderiam surgir em consulta, além de uma autocobrança dessas/es profissionais relacionada, por exemplo, à necessidade de conhecer a pluralidade de práticas sexuais, de ter um posicionamento diante delas e de saber regular seus afetos e julgamentos a fim de alcançar, com isso, uma certa atitude profissional capaz de "dar conta daquele cenário". Mas, de acordo com Fernandes (1993), a consulta é um lugar com resistência à premeditação – ela transpassa a racionalidade humana e, portanto, sua dimensão afetiva é da ordem do imprevisível.

³⁷ Os aspectos legais da consulta e da relação médica/o-paciente não são do escopo desta pesquisa, mas podem ser pesquisados no mais recente Código de Ética Médica (CFM, 2019).

As dúvidas que ainda se colocam em torno de como abordar, como se comunicar e como conduzir situações complexas relacionam-se sobretudo, aqui, ao desconforto diante do inesperado. O exercício de desconstrução de poder sobre a vida, o desejo e o corpo do outro, na conjuntura assimétrica da relação médica/o-paciente (CAPRARA; RODRIGUES, 2004), deve ser uma aposta em prol da autonomia de quem busca cuidado e de suas necessidades de saúde. Como as circunstâncias apresentadas entrariam no escopo da medicina e como deveriam ser conduzidas por MFCs são, de fato, questões pertinentes para a educação médica, mas, ainda assim, haveria pontos cegos. O "lugar perigoso" mencionado há pouco talvez possa ser compreendido como o hiato da ignorância, indicando que, a despeito dos progressos inestimáveis da medicina, esta mostra-se ainda insuficiente diante das complexidades dos sujeitos sociais (TAHKA, 1988).

No encontro clínico pode haver dissonâncias de expectativas, o que demanda da/o profissional tanto um treinamento técnico quanto um arcabouço emocional para a melhor condução de suas frustrações – a exemplo daquelas que se estabelecem, por exemplo, em situações nas quais o investimento técnico e afetivo é contraposto à falta de reciprocidade ou abertura ao cuidado (CARRIJO, 2017). As barreiras de gênero e/ou idade foram identificadas por profissionais de diferentes especialidades na abordagem da sexualidade na consulta médica (BURD; NEVADUNSKY; BACHMANN, 2006), como exemplifica a seguinte fala de um residente:

E aí, quando eu toquei nesse assunto, eu acho que ele ficou até meio ofendido, assim, sabe, aquela coisa de "como assim? Você tá me chamando de broxa?" [...] Não quero mentir, não; ele foi bem claro, ele disse isso com todas as palavras: "eu não gosto de médico". E era isso, eu acho que ele entendia que os problemas de saúde dele estavam atrapalhando a vida sexual dele. Ele queria que eu resolvesse os problemas dele, porque ele achava que, por tabela, ele ia conseguir resolver os problemas sexuais ali dele, sabe? (GF2P1).³⁸

O residente ainda complementou seu relato afirmando que, após a experiência descrita, ele se sentiu desconfortável e inseguro, receoso de que sua abordagem da sexualidade pudesse ter sido interpretada como invasiva, uma vez

³⁸ A escolha pela inclusão desse comentário sobre o atendimento de um paciente homem, que não é o foco desta pesquisa, justifica-se pelo fato de que ele opera, aqui, como um exemplo objetivo de um momento tenso e de desencontro de expectativas em uma abordagem de queixa sexual realizada no âmbito de uma consulta médica na APS.

que a investigação resultou em um comportamento reativo do paciente. Diante desse e outros relatos colhidos na pesquisa, assim como de outros estudos consultados, percebe-se que situações semelhantes a essa são mais comuns quando a relação médica/o-paciente é frágil, quando há processos transferenciais negativos (HINCHLIFF; GOTT; GALENA, 2004) e quando há desejo de avaliação direta por uma/um subespecialista (urologia, ginecologia e/ou sexologia), por exemplo, enquanto o tempo curto das consultas ou a falta de privacidade também se tornam, em paralelo, um fator determinante (KINGSBERG, 2004).

Os grupos focais de residentes reconheceram seus impasses na abordagem à saúde sexual de seus pacientes, optando por assumir uma atitude mais cautelosa e uma comunicação processual. Os relatos indicaram uma certa dificuldade em confiar e/ou investir em seu estilo como entrevistadoras/es por se sentirem facilmente julgadas/os e não validadas/os por suas/seus pacientes. Da perspectiva individual de médicas/os, observa-se que os aspectos intrínsecos à personalidade profissional podem influenciar na abertura, na condução e na abordagem terapêutica da consulta (BALINT, 1998; BALINT; NORELL, 1998).

Quanto à discussão sobre o gênero dissonante entre profissionais de saúde e usuárias/os, esta teve grande repercussão entre as/os entrevistados devido ao seu potencial para gerar desconforto, constrangimento e restrições comunicacionais e técnicas. As/os pacientes parecem preferir ser consultadas/os por médicas/os do mesmo sexo (HINCHLIFF; GOTT; GALENA, 2005; SARKADI; ROSENQVIST, 2001).

Geralmente eu falo somente com homem. Com mulher, eu acho que eu tenho um pouco mais, eu não chego a falar tão abertamente, perguntar ativamente... É, mais a paciente que traz essa demanda para mim [...]. (E2, médico homem).

Com os homens eu não sei nem dizer quando é esse momento [de falar sobre sexualidade], porque, quando aparece, se aparece, é sempre com muita timidez. (GF2P5, médica mulher).

Quando eu atendo homem também é muito difícil pra mim, sabe? [...] A questão de gênero vai estar marcada. (GF4P2, médica mulher).

Médicas de família e comunidade demonstram maior disponibilidade e segurança para abordar a sexualidade quando suas pacientes são mulheres –

processo que, inversamente, torna-se mais difícil quando o atendimento é direcionado a pacientes homens. Também surgiram questões associadas à diferença de gênero quando médicos homens, por sua vez, atendem pacientes mulheres, como observa-se no comentário abaixo:

Quando se trata de eu, como homem, hétero-cis, digamos assim, falando com uma mulher, com uma pessoa do sexo biológico feminino. É, perguntar, por exemplo, sobre um orgasmo, que vocês comentaram assim, eu acho que é uma coisa importante. Porém, às vezes, me parece muito difícil de saber como fazer isso sem trazer um recuo dessa pessoa, um... um desconforto por conta de uma questão meio dogmática. E eu vejo que tem uma cultura em que se falar sobre esse tema é algo que a gente não precisa trazer numa consulta e que a gente não pode falar, porque aquilo é uma coisa meio proibida. Eu entendo que é importante a gente quebrar esse gelo lá, da proibição, mas, às vezes, é meio, me soa bem desafiador fazer essa quebra. (GF4P7).

Nessa fala, há uma preocupação do médico sobre quais margens éticas não devem ser ultrapassadas. O juízo de valor moral, construído socialmente sobre a sexualidade, pode ter efeitos em sua abordagem profissional e técnica. As dúvidas em torno dos limites comunicacionais da sexualidade na consulta médica da APS também comparecem em outros estudos, como os de Alarcão et al. (2012) e Moreira et al. (2005). No cenário clínico relatado acima, há uma assimetria de gênero circunscrita na relação de poder entre um médico homem e uma paciente mulher – relação esta que sofre a interferência de papéis sociais de gênero e trazem, como resultado, inseguranças à conduta médica.

Para mim, é difícil abordar a sexualidade de mulheres de forma mais espontânea num ambiente de consulta, porque, pra mim, é... é uma percepção da linha entre demonstrar interesse enquanto médico de família e ser invasivo nesse tema, eu acho que é muito tênue e... Enfim, me gera algum desconforto, o que faz com que dificilmente eu aborde isso de forma espontânea [...]. É um tema que, pra mim, surge mais facilmente quando é um assunto a ser explorado dentro de um outro contexto. E que, só complementando, acho que tem uma questão de gênero envolvido, sim, porque eu consigo perguntar de forma mais tranquila, mais espontânea, mais ativa, quando eu tô conversando com outros homens. E, então, acho que tem essa, essa linha aí, é, um pouco tensa ao abordar o tema da sexualidade com mulheres. (GF4P3, médico homem).

Esse outro relato apresenta novamente uma situação de dissonância de gênero entre médico e paciente e o desconforto frente aos limites comunicacionais e éticos da relação. Nesta pesquisa, o mesmo desconforto foi observado quando os participantes foram questionados sobre quais assuntos, no escopo da sexualidade, seriam de fato necessários, importantes ou indispensáveis e quais seriam considerados invasivos. Houve discordância entre médicos e médicas, por exemplo, quanto à importância de abordar o desejo sexual, o prazer e o orgasmo. Enquanto as médicas destacaram a importância do tema na investigação de demandas ocultas, afirmando tratar-se de algo fundamental para a saúde e qualidade de vida das mulheres, os médicos homens enfatizaram seus receios e inseguranças sob diversos ângulos para a abordagem da sexualidade.

Eu noto que mais mulheres frequentam a unidade, às vezes elas não têm muita abertura para conversar comigo sobre questões de sexualidade. (GF2P2, médico homem).

Em relação a elas trazerem, “ah, é... eu não sinto prazer durante a relação”, “ah, eu estou ressecada”. Elas trazem isso com mais facilidade quando só há presença de mulheres. E também as que já foram abusadas, no exame físico, no exame especular, é... parece que elas revivem esse trauma ainda mais, quando o examinador é do sexo masculino, entendeu? (GF1P1).

Atendo a paciente e aí depois a minha colega atende e ela fala "Nossa, você sabia que ela tá muito angustiada? Me falando que ela vinha aqui e que a queixa dela é que ela é casada há 4 anos e nunca teve um orgasmo?" [...] Coisas que elas não falam, assim, comigo, muito, né? Então, acho que é a questão do, às vezes, por outro lado, isso é bom. Porque, às vezes, quando eu atendo homens, eles tendem a falar um pouco sobre impotência sexual, é o tipo de coisa que eles não falam com mulheres. Então, eu acho que o gênero às vezes é uma barreira e às vezes ele facilita, dependendo do seu público. (GF2P2, médico homem).

As/os médicas/os participantes do estudo demonstram dificuldade na comunicação de aspectos da sexualidade quando há desconhecimento (ou falta de autoconfiança com relação ao que já se sabe sobre o tema) e, ainda, medo de interferências no vínculo e na confiança profissional-paciente, o que está alinhado a resultados de outras pesquisas já referenciadas. As/os profissionais relataram,

igualmente, a preocupação em causar danos às mulheres com experiência traumática prévia, como abusos e violências. Nesse sentido, enfatizaram a importância de o profissional homem estar acompanhado por uma profissional de saúde mulher no exame físico ginecológico para a garantia da segurança e conforto da paciente.

6.4.2 Processos transferenciais associados ao gênero: médicas e pacientes mulheres

Ainda sobre a influência do gênero na abordagem à sexualidade em consulta, observa-se um nítido processo transferencial das profissionais mulheres, que me pareceram especialmente implicadas com as necessidades das pacientes (MERHY, 2000, 2013), balizadas pela perspectiva do cuidado centrado na pessoa (STEWART et al., 2017). Para além de um agir profissional técnico, observei que os aspectos vivenciais das médicas influenciam nos cuidados em saúde oferecidos, mobilizando a empatia, o apoio, o tempo e o interesse na investigação dos casos, o que dialoga com o agir comunicativo da teoria Habermasiana (HABERMAS, 2012). Há aqui uma abordagem médica que prioriza a saúde sexual das mulheres pelo reconhecimento de que este objeto é interpelado por fatores sociais, históricos e culturais, tornando-se uma demanda em saúde sem a visibilidade e atenção necessárias.

É muito difícil dar nome. Nos mínimos, no mínimo olhar, no menor, no mínimo suspiro, eu percebo. E aí vem o gancho, né? Eu acho que essa é uma ferramenta, porque ela surge muito comumente nas minhas consultas, porque eu acho que, como eu, penso muito sobre, sei lá. Eu não sei, né? Tá dentro da consulta, ela surge... Eu acho que essa é uma ferramenta. Muitos, muitos homens já fizeram a fala: "Eu nunca vou conseguir fazer uma consulta como a tua". E, de fato, não vai, porque a gente nunca vai fazer uma consulta igual, sabe? (GF4P2).

No trecho citado acima, a participante aborda os efeitos de, enquanto médica, atender uma outra mulher, sugerindo que a correspondência de gêneros entre profissional e paciente opera como um facilitador para a identificação de questões subjacentes relacionadas à sexualidade que precisam ser exploradas em consulta –

uma percepção comum entre as demais participantes mulheres da pesquisa. Essa fala revela pontos cegos sobre as interferências do gênero na visibilidade ou invisibilização de problemas de saúde. Neste estudo, foi frequente entre muitas das médicas mulheres o relato de um investimento pessoal e afetivo intenso, uma atenção constante, uma hiper-responsabilização, o que é intensificado quando há vulnerabilidades de cor/raça e/ou renda.

Olha, eu escuto. E eu tive que. Eu me modifiquei para entender, para escutar aquela demanda, para, enfim. Eu tomo o mínimo cuidado, eu estou atenta". Isso tem um atravessamento de formação pessoal do feminismo, né? Mesmo que a gente não leia como feminismo. O feminismo como, é... eu permitir que a mulher seja. Eu permitir com que ela se personifique ali, na consulta, né? Nesse sentido. Não sei. E isso talvez, para o homem, seja um pouco mais distante, no sentido de identificação com o próprio movimento. Porque, me parece, que ninguém teve na graduação, assim, uma formação tão teórica, né? Mas tem um investimento pessoal muito mais forte do que o investimento acadêmico propriamente dito, né? (GF4P9).

A subjetividade da profissional entra em jogo nessa fala. A abertura e o interesse em escutar as pacientes, suas histórias e suas demandas representa um interesse direto na relação médica/o-paciente, a despeito da presença limitada da sexualidade na formação teórica em medicina. Na consulta, a identificação de gênero entre duas mulheres parece superar qualquer outra possível assimetria. Expostas aos efeitos do sistema de dominação patriarcal, no qual a posição de exploração e superioridade dos homens sobre as mulheres é amplamente naturalizado (BRITTO, 2014; MENEGHEL e INIGUEZ, 2007), elas encontram, na clínica, um espaço de cumplicidade e reconhecimento mútuo – fenômeno que será exemplificado nas narrativas das seções seguintes.

A gente, que vive essa questão, sabe, tem feeling de saber que a pessoa tá passando. (GF1P10).

Há uma aposta dessas médicas ao considerarem a sexualidade como componente central da saúde e da construção do sujeito. É possível observar o investimento em uma atitude atenta e interessada, que promova uma escuta sensível como meio de captar o que parece implícito e silenciado na comunicação,

relacionado sobretudo à possibilidade de violências, frequentes nas comunidades em que atuam. A atitude profissional que prioriza as habilidades relacionais demonstra que o conceito de saúde segue em disputa, em especial quando se pretende superar o cuidado fragmentado do corpo e dos sujeitos (CAPRARA; RODRIGUES, 2004; MERHY, 2000; MCWHINNEY; FREEMAN, 2010).

Acho que é de vivência de vida, de eu buscar conhecer mais o feminismo, é... querer estudar mais sobre o assunto. Política mesmo de vida, de como eu enxergo o mundo, quais são as minhas questões com o mundo. Eu acho que isso me ajuda a trazer pro consultório, sabe? Mas é muito mais com relação à parte de conhecimentos fora da medicina, que, na verdade, tudo é medicina pra mim, então, tudo é medicina e tudo é política. Então, quando eu enxerguei que tudo é medicina e tudo é política, eu comecei a misturar mais os dois meios e tentar estudar, e aprender melhor sobre isso. Mas me falta literatura com relação à área de Saúde. (GF1P3).

O aprendizado da sexualidade e seus efeitos nas habilidades clínicas parece ter uma influência e um investimento de origem mais pessoal que técnico, teórico ou formativo. A atenção das médicas mulheres ao atender outras mulheres parece ser um sintoma de um problema profundo, a ponta de um iceberg que precisa ser investigado. Esse é um recorte de gênero na clínica, uma influência das vivências do sujeito no exercício profissional que, no caso de profissionais mulheres, manifesta-se no interesse em estudar a sexualidade da forma mais abrangente possível a fim de ampliar a percepção das pacientes sobre si e seu entorno. Mas o que podemos fazer enquanto formadoras/es, professoras/es e preceptoras/es para que essa escuta atenta e sensível não dependa do gênero da/o profissional?

As falas incluídas neste subcapítulo revelam o quanto o encontro clínico pode ser um disparador de afetos entre os envolvidos e inclui, nas entrelinhas, ferramentas utilizadas por médicas/os de família e comunidade para estabelecer o vínculo relacional: a medicina centrada na pessoa (STEWART, 2017); as tecnologias leves/relacionais (MERHY, 2000) e as habilidades de comunicação clínica (BARREIROS et al., 2021; CARRIÓ, 2012). O agir médico é direcionado a conhecer as necessidades da usuária do sistema de saúde, permitindo que ela acesse as suas subjetividades no encontro clínico, superando intervenções ou procedimentos focais já pré-definidos por um saber médico de viés estritamente biologicista.

Como visto, a abordagem da sexualidade permanece como um elemento determinante para a saúde integral dos indivíduos, embora se configure de forma um tanto complexa no âmbito da relação clínica. É necessária uma certa plasticidade para que aconteça o deslocamento da perspectiva "profissional-centrada" para "paciente-centrada", tão importante para a dimensão intersubjetiva do cuidado em saúde. Nesse descompasso, uma atenção adequada na formação médica pode contribuir para ampliar pesquisas nesse campo e o arcabouço de competências e habilidades da comunicação clínica, assegurando maior autonomia, segurança e técnica para as/os profissionais.

6.5 BARREIRAS RELACIONADAS À POPULAÇÃO LGBTQIA+

Como a diferença designa o outro? Quem define a diferença? Quais as normas presumidas a partir das quais um grupo é marcado como diferente?³⁹

(Hevelyn Rosa M. da Conceição)

Apesar dos avanços legais, no SUS há barreiras de ordem estrutural, financeira, de gestão e de recursos humanos, além da inadequação formativa das/os profissionais no âmbito de gênero e sexualidade (MEDEIROS, 2012). Nessa reflexão, torna-se primário revisitar a formação profissional para questionar o quanto médicas/os são preparadas/os para atuar em diferentes territórios e condições de vulnerabilidade valorizando a diversidade da expressão humana, o que envolve habilidades e atitudes específicas (STEINAUER et al., 2009).

A falta de atenção adequada no contexto de atendimento em saúde sexual relacionado às questões étnica/raciais, culturais, religiosas e relativas à diversidade está entre as principais barreiras do ensino da sexualidade (PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010). Especificamente sobre o campo da diversidade sexual, este é ainda repleto de disputas, sujeições e resistências (CANO-PRAIS; COSTA-VAL; DE SOUZA, 2021). O quadro 21 revela as barreiras relacionadas à abordagem da

³⁹ CONCEIÇÃO, Hevelyn Rosa Machert da. **As mulheres nas políticas públicas de saúde dos anos 2000: tecnologias de produção do sexo e do gênero no imbricamento entre Estado e movimentos sociais.** 2021. 368 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021, p. 125.

sexualidade no cuidado destinado à população LGBTQIA+, na consulta médica da APS:

Quadro 21 - Barreiras relacionadas à população LGBTQIA +

- ❖ Falta de equidade: população com dificuldade de acesso aos cuidados de saúde;
- ❖ Estigmatização e discriminação nos serviços de saúde;
- ❖ Discurso médico patologizante sobre a diversidade sexual;
- ❖ Despreparo técnico para abordar aspectos específicos da sexualidade de pessoas LGBTQIA+;
- ❖ Desencontro de expectativas na relação e na comunicação médica/o-paciente;
- ❖ Dificuldade dos profissionais para realizar a anamnese sexual nas consultas cotidianas;
- ❖ Rede de saúde com estrutura inadequada para atender as demandas da população LGBTQIA+.

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

Governos, políticas e programas de saúde, gestoras/es e trabalhadoras/es que atuam na prestação direta do cuidado em saúde precisam desenvolver a compreensão sobre o papel positivo que a sexualidade pode ter na vida das pessoas para proporcionar a oferta de serviços, atendimentos e cuidado que busquem a promoção de sociedades sexualmente saudáveis (WHO, 2006).

No contexto da APS, especialmente diante das dificuldades de lidar com temas sensíveis, é essencial que a equipe de Saúde da Família (eSF) supere o modelo biomédico, compreenda a finalidade social de seu trabalho em saúde, atue voltada aos princípios da APS, questione e crie novas possibilidades de cuidado, ancorada na competência cultural e na compreensão das interseccionalidades, buscando criar diálogos e vínculos em prol da comunidade que assiste (ESPERANDIO; MOURA; FAVORETO, 2020).

O enfoque formativo torna-se central quando se pretende operar na reflexão e na transformação de valores e atitudes, reduzindo preconceitos e amplificando o diálogo na garantia do direito à saúde sexual (HASLEGRAVE, 2006). Nesse sentido, a estrutura curricular, em confluência com a capacitação docente, tem importante definição no propósito de formar profissionais éticos, socialmente engajados e coerentes aos valores do SUS (BRASIL, 2014). Considerando o contexto da residência médica em medicina de família e comunidade, o papel pedagógico de preceptoras/es torna-se fundamental para apoiar as/os residentes na sua formação clínica e na abordagem individual, familiar e comunitária (SBMFC, 2014; VIEIRA et al., 2021), como veremos no decorrer desta tese.

O cuidado médico integral e humanizado para a atenção em saúde sexual da população mostra-se necessário e factível (WAS, 2008), melhora os desfechos de saúde e a satisfação de pacientes (CESNIK-GEEST, 2016; ESPERANDIO; MOURA; FAVORETO, 2020; MODESTO, 2016; PRETORIUS; COUPER; MLAMBO, 2021; SARNO et al., 2021; SCHRAIBER, 2008), além de ser uma importante prática preventiva em saúde (BURD; NEVADUNSKY; BACHMANN, 2006). Porém, esse cuidado revela-se efetivamente precário em circunstâncias específicas, como na abordagem do aborto, da violência e no acompanhamento de pessoas LGBTQIA+, situações em que sistema de saúde e profissionais podem ser potenciais barreiras e colaboram com a perpetuação da violência às pessoas atendidas, por meio de julgamentos morais, práticas sexistas e não validação das queixas (BRASIL, 2013; CAVALCANTI; GOMES; MINAYO, 2006; DE FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009; MELLO et al., 2011; PAULINO, 2016; PEDROSA; SPINK, 2011).

Eu me lembro da primeira vez que eu fui olhar alguma coisa de... cartilha da relação, da prevenção de IST em relações homossexuais. E caramba!, como isso me espantou assim. De caramba!, eu não sei nem como que eu vou falar sobre isso. Primeira vez que eu olhei, eu acho que isso foi uma coisa que me trouxe um certo choque. Como perguntar? Eu acho que eu também uso estratégia da parceria, né? De falar em parceria, de falar de uma forma mais aberta. E quando eu falo também, abrir o verbo mesmo, e perguntar: você se relaciona com homens, mulheres, com os dois, como é que é? (GF4P7).

Como mostra esse comentário, na pesquisa apareceram dúvidas de como captar as necessidades específicas e de como abordar a população LGBTQIA+, subjacente a um certo receio de não ter uma atitude politicamente correta. Diante desse desafio, que me pareceu compartilhado entre as/os médicas/os participantes da pesquisa, Sarno et al. (2021) propõem que definir uma postura de sempre perguntar sobre a identidade de gênero, a orientação afetivo-sexual e usar linguagem não generificada (homem/mulher cis; homem/mulher trans; preservativo interno/externo; parcerias) revela-se um bom começo para evitar estigmas e produzir melhores desfechos em saúde.

As/os participantes apontaram também as barreiras de acesso da população LGBTQIA+ e suas experiências desagradáveis nos serviços de saúde, onde são comumente estigmatizadas/os e discriminadas/os, prejudicando a construção de

confiança e vínculo junto às equipes de Saúde da Família (eSF). E apontaram o acolhimento dos serviços à diversidade sexual e a presença de profissionais capacitadas/os para o acompanhamento às minorias sexuais como fatores importantes para que pessoas LGBTQIA+ sejam bem atendidas.

A comunidade LGBTQIA+ é considerada um segmento social vulnerável e marginalizado (WHO, 2015), o que faz o estudo das interseccionalidades ser fundamental para operar um cuidado em saúde adequado. Gênero e sexualidade são considerados determinantes sociais em saúde e estão relacionados às iniquidades e injustiças sociais, devendo ser, assim, integrados aos currículos dos cursos de saúde (WHO, 2006, 2015).

No final do R2, eu ainda não sabia muito bem como discutir sobre a pluralidade LGBTQIA+ e tal. E como usar os melhores termos... E eu fui atender justamente um homem trans e era muito... apropriado. Ele era militante e estava envolvido até com alguma questão de gravação. E foi uma coisa que eu vi que não surgiu muito aqui. Que eu sei que não tá diretamente na questão da sexualidade, mas eu acho que entra na minha barreira da dificuldade de como você aborda essas pluralidades, que às vezes ainda não são tão... que você ainda não tem muita familiaridade. Isso eu acho que é uma das dificuldades. (GF4P7).

Esse relato mostra o desconforto do profissional em relação a como se comunicar com a pessoa trans⁴⁰, que desafia e desorganiza o saber médico apenas pela sua presença, por transpor o inteligível e o controlável. As pessoas estudadas relatam que, apesar do interesse, sentem-se despreparadas e inseguras para exercer um cuidado adequado à população LGBTQIA +. Faltam às/aos profissionais de saúde competências, habilidades e atitudes para lidar com as especificidades da saúde dessa população (BRASIL, 2013; SARNO et al., 2021; WHO, 2015), o que pode ser conquistado pela formação médica inclusiva à temática LGBTQIA+ em qualquer nível formativo (COOPER; CHACKO; CHRISTNER, 2018; RAIMONDI, 2019; RAIMONDI; MOREIRA; DE BARROS, 2019).

Transexualidade se refere a pessoas com uma identidade de gênero diferente daquele designado ao nascimento. (CIASCA; HERCOWITZ; LOPES JUNIOR, 2021, p. 16).

⁴⁰ Pessoas trans são um termo amplo ("guarda-chuva") usado para incluir uma diversidade de pessoas cujas histórias, corpos e formas de se reconhecer podem ser bem diferentes, mas que compartilham o fato de não se identificarem com o gênero que lhes foi atribuído ao nascimento (CIASCA; HERCOWITZ; LOPES JUNIOR, 2021, p. 14).

Na 72ª Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2019, em Genebra, na Suíça, a transgeneridade deixou de ser considerada um transtorno mental. Na 11ª edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-11)⁴¹, organizada pela OMS, houve a substituição dos termos "transexualismo" e "transtorno de identidade de gênero", da CID-10, para "incongruência de gênero", termo que compõe a CID-11 no capítulo "Condições relacionadas à saúde sexual" (WHO, 2023).

Apesar da reclassificação buscar despatologizar e excluir os estigmas adjacentes, o fato da condição de transgeneridade ainda ter um número CID de destino, mantém um enquadramento diagnóstico. O desafio contemporâneo é despatologizar e garantir o acesso ao cuidado integral em saúde, já que a classificação diagnóstica é usada nos procedimentos em saúde, incluindo o processo transexualizador, disponível no SUS desde 2008 (CANO-PRAIS; COSTA-VAL; DE SOUZA, 2021).

Narrativa – É Gabriel

Eu chamei por Gabriela. Mas na sala de espera não havia ninguém com fenótipo feminino. Repeti algumas vezes, falei mais alto, saí da sala, olhei no corredor. E nada. Chamei por Gabriela, mas era Gabriel. Um pouco depois, abria a minha porta um jovem: "Sou eu, doutora". Eu nunca havia atendido uma pessoa com demanda específica, pura e simplesmente relacionada à sexualidade. Aquilo me marcou, aquilo mexeu comigo. Aprendi com meus erros naquele encontro. Aprendi com Gabriel. Sem ele saber, me ensinou tanto. Mas só aprende quem quer. Tem médico medíocre, que se orgulha de sua ignorância. Mas, para mim, não tem outro caminho que não seja desconstruir preconceitos e formular novos lugares.

A narrativa, inspirada na fala de uma das profissionais da pesquisa, parece central, especialmente porque dela surgiu uma pergunta urgente: *Como estamos aprendendo e ensinando sobre a sexualidade na formação em medicina? O*

⁴¹ "A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) tem como função registrar e relatar condições relacionadas à saúde em âmbito global. A CID garante a interoperabilidade dos dados de saúde digital e sua comparabilidade. A CID contém doenças, distúrbios, condições de saúde e outros. A inclusão de uma categoria específica na CID depende da utilidade para seus diferentes usos e de evidências suficientes de que exista uma condição de saúde." (WHO, 2023, [n.p.], tradução nossa).

encontro marcante de uma médica com o seu não saber diante de uma pessoa trans⁴², cuja única demanda na consulta estava em torno da sexualidade, me fez pensar sobre as lacunas formativas em relação à sexualidade na prática clínica. Médicas/os se formam sem as competências adequadas ao cuidado da população LGBTQIA+, desde acolhimento, consulta e orientações em saúde (RAIMONDI; MOREIRA; DE BARROS, 2019).

Essa narrativa nos relembra que a ambiência do atendimento compõe a prática do cuidado e que o nome e pronomes utilizados, de acordo com a autodefinição da/o usuária/o, evita constrangimentos e demonstra acolhimento e respeito (LADY; BURNHAM, 2019; SARNO et al., 2021), destacando que as pessoas transexuais e mais pobres são as que mais sofrem preconceitos, discriminação e exclusão (MELLO et al., 2011).

Médicas/os tendem a supor que todas as pessoas são casadas, heterossexuais e monogâmicas (SADOVSKY; NUSBAUM, 2006) e não costumam perguntar sobre a orientação sexual, por se sentirem desconfortáveis (HINCHLIFF; GOTT; GALENA, 2004, 2005; VIEIRA et al., 2019). No universo da comunicação clínica, temas como a saúde sexual podem ser de difícil abordagem pelas/os profissionais de saúde por inúmeras razões, como medo, vergonha, receio de não saber se expressar e insegurança técnica (ABDO et al., 2004; ABDO; OLIVEIRA JUNIOR, 2002; BOR; LLOYD; NOBLE, 2021), o que pode ser intensificado diante de outras possibilidades de orientações sexuais e identidades de gênero além da heteronormativa (LADY; BURNHAM, 2019; SARNO et al., 2021; VIEIRA et al., 2019).

A heterocisnormatividade é uma estrutura social que impõe um padrão heterossexual (pessoa que tem atração pelo gênero “oposto”) e cisgênero (pessoa que se identifica com o gênero designado ao nascimento) na definição do que seria permitido e autorizado ao ser humano. (CIASCA; HERCOWITZ; LOPES JUNIOR, 2021, p. 13).

No comentário a seguir, uma participante, que é médica de família e comunidade e ginecologista, relata sua experiência formativa na medicina, na perspectiva da heterocisnormatividade:

⁴² No Brasil, os movimentos sociais organizados preferem o uso das expressões transexualidade/transsexual em relação aos termos transgeneridade/transgênero por considerarem que estes podem inviabilizar a identidade travesti (CIASCA; HERCOWITZ; LOPES JUNIOR, 2021, p. 16).

Eu não tive na faculdade nenhuma abordagem que não fosse abordagem do casal. Né? Na minha residência, também em ginecologia, a mesma coisa. Então, eu tive sempre uma abordagem de homem e mulher. Na questão da sexualidade, dificilmente isso foi abordado, mesmo na prática clínica, fora desse contexto. E sempre trazendo muito mais foco na patologia: na disfunção sexual, na questão do problema da menopausa, do problema da libido, do problema, né? Da violência... E muito pouco em termos de expressão da sexualidade fora do ato sexual, inclusive, ou de formas diversas que não fosse, é... no conceito casal, né? (GF3P5).

A fala descreve a relação heterocisnormativa como um pressuposto concreto na abordagem da sexualidade pela medicina, de tal forma que a relação do corpo da mulher com o outro passa a se sobrepôr ao conhecimento sobre si e ao seu prazer, além de limitar-se na presunção da heterossexualidade. Assim, o exercício clínico busca o problema inserido no corpo e não a expressão de suas potências, possibilitando que as vulnerabilidades sejam diagnosticadas como disfunções (FOUCAULT, 2014). A medicina é convocada, então, a transgredir seu universo de atribuições para além de categorizar os corpos e medicalizá-los.

Na formação médica, a discussão sobre papéis de gênero, violências, história da sexualidade, identidade, cultura, direitos sexuais e reprodutivos – relevantes domínios para o adoecimento no âmbito sexual é frequentemente negligenciada, refletindo diretamente no despreparo de profissionais para sua abordagem assistencial (PEDROSA; SPINK, 2011; RAIMONDI, 2019; RUFINO; MADEIRO; GIRÃO, 2013). O discurso médico sobre a diversidade sexual foca nas disfunções sexuais e nos aspectos biológicos, ainda enfatizados, em detrimento da construção social da sexualidade (RUFINO; MADEIRO; GIRÃO, 2013). Nesse sentido, privilegia-se uma abordagem biomédica, patologizante e heterocisnormativa (NARDI; RAUPP RIOS; MACHADO, 2012; DEVITA; BISHOP; PLANKEY, 2018).

Eu me percebo, em geral, muito atenta aos desvios da norma. Então, assim, é, como eu entendo? Como, pra mim, é uma coisa muito clara, que é fonte de sofrimento não, não estar na norma. É... Que interfere no ajustamento das pessoas na sociedade. Então, sempre que eu cato algum sinal de que eu estou de frente de uma pessoa que não, que não é hétero, que não é cis ou que me parece, assim, pela performance da pessoa, é... fugir um pouco, se eu capto alguma coisa no discurso, eu vou estar

totalmente aberta pra falar disso na menor brecha que a pessoa me der. Porque eu quero saber se, se isso é fonte de sofrimento pra ela. (GF4P5).

A médica está atenta ao que chama de "desvios da norma" e se sente hábil para a escuta dos sofrimentos relacionados. O aspecto sobre a delimitação das normatividades pela medicina não pode passar despercebida nesta análise, lembrando que o discurso médico-psiquiátrico assumiu a responsabilidade de definir comportamentos sexuais normais e disfuncionais. A produção discursiva sobre o sexo, por instituições como a igreja, a escola, a família, a medicina e a psicologia, intensificou-se a partir do século XIX, caracterizando e associando a sexualidade heterossexual ao familiar, enquanto relacionada a homossexualidade ao desvio sexual e perversão (FOUCAULT, 2019).

A formação médica, no entanto, é falha em discutir as barreiras e incongruências da própria ideia de normatividade, mantendo estigmas e assumindo uma atitude cis-normativa e transfóbica, que pode se reverberar no sistema de saúde. A classificação no campo das sexualidades restringe formas de ser e estar no mundo que não se adequam à dinâmica binária e heteronormativa (CANO-PRAIS; COSTA-VAL; DE SOUZA, 2021).

Sobre os desafios de como melhor conduzir a anamnese sexual na consulta da APS, houve dúvidas desde a investigação da orientação sexual, em especial quando há a presença de acompanhantes, que podem interferir no fluxo da consulta (CARRIÓ, 2012):

O garoto respondeu 'sou bissexual'. Acabou a consulta, porque a mãe idosa estava do lado e começou a brigar com esse menino, porque ela 'eu não aceito que você fale isso, que não sei o quê'. Como é complicada essa questão pra família. (GF3P9).

Trata-se da consulta de um adolescente⁴³ e, talvez por inexperiência ou desconhecimento da médica, a abordagem à sexualidade foi realizada junto à mãe. Apesar da abertura da profissional em abordar a sexualidade, a anamnese sexual teria sido melhor conduzida apenas com o paciente no consultório, respeitando a sua privacidade e evitando desentendimento entre familiares.

⁴³ O Estatuto da Criança e do adolescente circunscreve a adolescência entre 12 a 18 anos (BRASIL, 2019) e a Organização Mundial de Saúde entre 10 e 19 anos (BRASIL, 2007).

A prática clínica pode apresentar novos dilemas dos âmbitos éticos, relacionais e comunicacionais, como no exemplo a seguir, que trata também de uma consulta voltada ao público adolescente, uma fase do desenvolvimento na qual é comum haver questionamentos sobre aspectos sexuais:

Me fez lembrar, por exemplo, de uma paciente que me parecia que ela não era heterossexual, mas era uma pré-adolescente. E aí, quando, até quanto eu posso abordar (a sexualidade)? O quanto que eu vou falar sobre isso? Em determinadas situações, isso me parece mais difícil. É... Quando, por exemplo, a pessoa ainda não, não tem ainda uma coisa que esteja mais clara pra ela. (GF4P7).

Queixas relacionadas à sexualidade podem ser mais frequentes do que as queixas orgânicas nas consultas de adolescentes (NEVES FILHO, 2007). Portanto, médicas/os de família e comunidade devem estar instrumentalizadas/os para garantir sigilo médico (BRASIL, 2019; CFM, 2019) e assegurar o acesso a programas e políticas de saúde sexual e reprodutiva a essa população (BRASIL, 2019).

Na consulta há um descompasso entre as expectativas de pacientes LGBTQIA+, que não relatam espontaneamente sua orientação sexual, por receio de serem julgadas e de profissionais, que evitam o tema por suposição na heterocisnormatividade e medo de insultar usuárias/os (FLYNN et al., 2019; LADY; BURNHAM, 2019). Como não se pressupõe a identidade de gênero ou a orientação sexual, sem que o próprio sujeito verbalize, torna-se essencial incluir tal pergunta na anamnese e esclarecer que toda diversidade sexual e de gênero será acolhida sem julgamento (LADY; BURNHAM, 2019; SARNO et al., 2021).

Caso profissionais se sintam desconfortáveis, devem refletir os porquês daquele assunto específico apresentar-se de forma complexa, atentar-se para as demandas ocultas, validar a importância do tópico para a paciente e demonstrar disposição para ouvir, buscando criar uma atmosfera relacional empática (BOR; LLOYD; NOBLE, 2021).

O cuidado deve ser individualizado seguindo o método clínico centrado na pessoa, que permite sua priorização de demandas, bem como o fortalecimento da confiança e o investimento na relação médico-paciente, buscando bons resultados terapêuticos. O treinamento específico em habilidades de comunicação melhora a

confiança de estudantes e médicos no atendimento da comunidade LGBTQIA+ (LADY; BURNHAM, 2019; RAIMONDI; MOREIRA; DE BARROS, 2019).

Os homens eram mais abertos a falar comigo sobre a homossexualidade deles, do que as mulheres sobre a homossexualidade delas. (GF3P6, médico homem).

Ficou evidente nesta pesquisa que médicas/os que mais relatam acompanhar mulheres trans, lésbicas e bissexuais já incluem a anamnese sexual em sua consulta ou já perguntam mais amplamente e de forma cotidiana sobre a sexualidade, ou seja, parece haver uma relação direta entre a abertura das/os profissionais para abordar a sexualidade e a resposta das pacientes.

O "contexto afirmativo de atendimento" é proposto por Sarno et al. (2021) como uma atitude profissional para evitar suposições da heterocisnormatividade, pelo qual se propõe abordar rotineiramente a identidade de gênero e a orientação afetivo-sexual de pacientes, a partir da compreensão sobre a sua influência nos desfechos de saúde. Nesse sentido, pergunto-me: como a formação médica pode auxiliar no exercício de uma linguagem acolhedora e menos genericada?

Vale ressaltar aqui que o tema LGBTQIA+ reverberou pouco nos grupos focais, então esta pesquisa não abarca a complexidade contemporânea do movimento político e social de inclusão de pessoas de diversas orientações sexuais e identidades de gênero LGBTQIA+, pois extrapolaria o escopo do estudo pela riqueza, diversidade e profundidade de conteúdo.

6.6 BARREIRAS RELACIONADAS À POPULAÇÃO IDOSA

Apesar da expressão sexual ser reconhecida como fundamental para a qualidade de vida nos diferentes ciclos de vida dos indivíduos (WHO, 2006; WAS, 2008), fatores como as mídias, o capitalismo, o capacitismo e o etarismo contribuem para que a sexualidade esteja socialmente relacionada à juventude (GOTT, 2001). O quadro 22 revela as barreiras relacionadas à abordagem da sexualidade no cuidado destinado à população idosa, na consulta médica da APS:

Quadro 22 - Barreiras relacionadas à população idosa

- ❖ Dificuldades de considerar a dimensão sexualidade no atendimento de pessoas idosas;
- ❖ Diferenças geracionais entre médica/o e paciente;
- ❖ Receio de abordar a sexualidade com pessoas com múltiplas comorbidades;
- ❖ Entraves técnicos no reconhecimento de sintomas relacionados a problemas sexuais em idosas.

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

Médicas/os da APS podem ter dificuldades de abordar a sexualidade nas consultas com pacientes idosas/os, reforçando o preconceito sexual pelo declínio natural da função sexual baseado na idade, havendo uma crença de que a saúde sexual seria um assunto a ser discutido com pacientes mais jovens (ANDREWS; PITERMAN, 2007; GORE-GORSZEWSKA, 2020; GOTT, 2001, 2004; HINCHLIFF; GOTT, 2011; MALTA et al., 2018; SADOVSKY; NUSBAUM, 2006). A maioria das/os médicas/os da APS não perguntariam às/aos pacientes acima de 45 anos, por exemplo, sobre orientação, parcerias ou abusos sexuais (RABATHALY; CHATTU, 2019) – questões centrais na abordagem da sexualidade na consulta.

A formação inadequada de profissionais pode inviabilizar a comunicação, pois pessoas idosas também tendem a não procurar ajuda médica de questões sexuais por acharem que esses problemas acontecem invariavelmente com a idade (GORE-GORSZEWSKA, 2020; HINCHLIFF; GOTT, 2011). Pelas diferenças geracionais entre médica/o e paciente, foram anunciadas dificuldades na abordagem da sexualidade na população adulta mais velha e em idosos, o que me parece circunstancial nesta pesquisa, pelo público-alvo jovem envolvido com a residência médica.

Por exemplo, ela veio pra colher um preventivo. Eu gosto de, antes de mais nada, perguntar se elas são sexualmente ativas. Sim ou não. E por quê? Né? Então, assim, é muito comum a mulher, pelo menos eu já me deparei com esse cenário várias vezes, de uma mulher ali, 50 a 60 anos, "ah, não, tem muito tempo. Agora, isso quase nunca acontece. Sou casada há muito anos". E aí eu costumo tentar dialogar isso um pouco com elas também, de por que não? É uma coisa que você não quer? Isso não existe mais na sua vida? E por que não existe mais? Né? Ou o que tá acontecendo? Como que você chegou nesse contexto? [...] Eu costumo resgatar isso um pouco também. (GF4P1).

A obtenção da história sexual contribui para melhores desfechos em saúde na Atenção Primária à Saúde, em especial quando validada como legítima e incorporada ao cuidado integral e ao acompanhamento longitudinal, todavia, ainda parece precária, especialmente em pacientes crônicos (GOTT; HINCHLIFF; GALENA, 2004; PRETORIUS et al., 2022; WIMBERLY et al., 2006). Não se pode perder de vista, no entanto, que, a exemplo do que foi verificado nesta pesquisa, pacientes podem fazer uso de queixas bastante indiferenciadas, como renovação de receitas ou suas questões crônicas já acompanhadas, para tentar avisar sobre suas queixas sexuais na consulta da APS.

Participantes dos grupos focais consideraram complexa a abordagem da sexualidade de pacientes idosas, particularmente na avaliação clínica de pessoas com múltiplas comorbidades clínicas associadas. Diabetes, hipertensão, problemas de saúde mental e outras condições podem prejudicar o reconhecimento de sintomas relacionados aos problemas sexuais que requerem tratamento (ALARCÃO et al., 2012; GORE-GORSZEWSKA, 2020).

Eu me sinto muito mal quando eu me percebo falhando nisso assim, mas eu tenho dificuldade de pensar na sexualidade da pessoa idosa ou da pessoa com deficiência. Eu tenho dificuldade de lembrar disso. Já comi bola e já... é... já desconsidereei essa dimensão das pessoas, de algumas pessoas que eu atendi por. É isso. Eu acho que essa sensibilidade pra essas pessoas eu, eu esqueço de ter, eu não. Não tá bem sedimentado em mim. (GF4P5).

Raramente médicas/os fornecem informações às/aos pacientes sobre como a condição clínica pode afetar sua função sexual (HINCHLIFF, GOTT, 2011; SARKADI; ROSENQVIST, 2001), por desconhecerem essa relação, o que demandaria uma instrumentalização teórica que ainda não se apresenta consistente em nenhum nível formativo da medicina – graduação, residência médica ou educação permanente (ALARCÃO et al., 2012).

Com foco nos cuidados em saúde sexual que promovem uma vida sexual satisfatória e saudável como parte da saúde integral, torna-se essencial refutar a crença de que idosas/os não são sexualmente ativas/os e promover espaços formativos sobre sexualidade na velhice, buscando atender às necessidades dessas/es pacientes (GORE-GORSZEWSKA, 2020; HINCHLIFF, GOTT, 2011).

O treinamento sobre comunicação da saúde sexual na vida adulta, incluindo habilidades para a investigação do histórico sexual na anamnese, sessões sobre saúde sexual na velhice e atualizações clínicas precisa ser reforçado na formação e nos currículos médicos para pautar os efeitos do envelhecimento na vida sexual e para viabilizar competências necessárias na condução de questões de saúde sexual prevalentes entre pacientes mais velhas (RABATHALY; CHATTU, 2019). Não abordá-las produz piores desfechos em saúde entre idosas/os, por diagnósticos inadequados, maior risco de disfunção sexual e pior qualidade de vida relacionada à saúde sexual (WILLIAMS; DONNELLY, 2002).

Em âmbito comunitário, as equipes de Saúde da Família (eSF) podem fazer uso de estratégias de promoção da saúde sexual usando mídias, materiais educacionais, grupos e outras ações coletivas que incluam a educação sexual para pessoas mais velhas. A disponibilidade de informações sobre formas de se relacionar e questões sexuais entre idosas/os pode ajudar no enfrentamento aos tabus da sexualidade e diminuir o desconforto enfrentado na consulta médica (GORE-GORSZEWSKA, 2020; RABATHALY; CHATTU, 2019).

6.7 BARREIRAS RELACIONADAS À ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA

Viver sem medo da violência é um aspecto importante dos direitos humanos.⁴⁴

(Patricia Collins e Sima Bilge)

A violência contra a mulher foi incorporada como objeto de estudo do campo da saúde a partir da década de 1980 por ação dos movimentos sociais de mulheres e feministas, especialmente dos feminismos negros (CONCEIÇÃO, 2021; COLLINS; BILGE, 2021; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999). Teve o apoio de ferramentas práticas e teóricas reconhecidas na agenda internacional, nos campos da saúde, direitos humanos e o desenvolvimento social, mas ainda carece de aprofundamento com o campo das ciências sociais (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999). A violência é

⁴⁴ COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sima. **Interseccionalidade**. Trad. de Rane Souza. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2021, p. 74.

reconhecida como um problema de saúde pública de alta relevância pela OMS (WHO, 2002, 2005; KRUG et al., 2002), integra a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004), e, no Brasil sua discussão foi fortalecida pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, conhecida como "Convenção de Belém do Pará", de 1994 (OEA, 1994).

A violência é um fenômeno altamente complexo e prevalente, que chega aos consultórios da Atenção Primária à Saúde de forma desafiadora (DE FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009; ESPERANDIO; MOURA; FAVORETO, 2020), subjacente a queixas e sintomas inespecíficos (DE FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009; SOUZA; CINTRA, 2018).

No domínio da comunicação da violência na consulta, profissionais de saúde se sentem despreparadas/os e apresentam dificuldades em identificar, abordar e registrá-la nos prontuários (DE FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009; MARINHEIRO, 2003; PEDROSA; SPINK, 2011; SCHRAIBER et al., 2003; SUGG; INUI, 1992), enquanto pacientes têm dificuldades de compartilhar suas vivências de violência (ESPERANDIO; MOURA; FAVORETO, 2020; SOUZA; CINTRA, 2018). O quadro 23 revela as barreiras relacionadas à abordagem da violência na consulta médica da APS:

Quadro 23 - Barreiras relacionadas à abordagem da violência

- ❖ Evitação das/os profissionais, pois os casos de violência podem ser de difícil condução.
- ❖ Naturalização da violência no contexto familiar e/ou comunitário.
- ❖ Angústia de lidar com a complexidade do atendimento à violência sexual.
- ❖ Despreparo técnico para identificar, abordar, registrar, conduzir e encaminhar casos de violência.
- ❖ Falta de recursos técnicos, humanos e estruturais da rede de atenção à saúde (RAS) e da rede de atenção psicossocial (RAPS).
- ❖ Receio dos aspectos legais e de segurança pessoal associados aos casos de violência.
- ❖ Lacuna formativa sobre violência em toda a carreira médica: graduação, residência e educação permanente.

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

A APS parece o cenário oportuno para o cuidado de mulheres em situação de violência (BRASIL, 2002; ESPERANDIO; MOURA; FAVORETO, 2020), no entanto, as pessoas entrevistadas relataram evitação e angústia diante da complexidade desses atendimentos. Reconhecem falta de recursos técnicos e humanos na

Estratégia Saúde da Família (ESF), nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), na rede de atenção psicossocial (RAPS) e nos órgãos intersetoriais para elaborar estratégias de enfrentamento aos fenômenos de violência narrados pelas mulheres.

Profissionais queixaram-se, ainda, da lacuna formativa no tema, o que corrobora com outros achados (DE FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009; ESPERANDIO; MOURA; FAVORETO, 2020; SOUZA; CINTRA, 2018): profissionais sentem-se sozinhas/os, desconfortáveis, impotentes, desterritorializadas/os e não instrumentalizadas/os para conduzir situações que incluam as diferentes modalidades de violência, como mostra a fala a seguir, sobre escuta e frustração diante desses casos:

Eu tenho, é... um olhar muito atento para as questões de violência. Parece que eu fico procurando, assim, isso o tempo inteiro nas consultas, sabe? É... e apesar de ficar procurando e de achar, muitas vezes eu não sei como lidar e eu não acho os recursos necessários no sistema pra lidar com isso. É... então, assim, são sempre momentos que, que me causam muita reflexão. Assim, porque, às vezes, eu fico pensando, até que ponto, né, a gente faz essa intervenção, a gente busca. É... até que ponto, o que é o nosso papel, né? É... até que ponto essa escuta é terapêutica ou, de repente, ela tá só vivenciando essa situação de novo e eu não tô sendo útil de nenhuma forma, né? [...] Eu não sei até que ponto só ter ouvido, é... é o suficiente, sabe? (GF3P11).

A escuta empática e ativa, o investimento no vínculo relacional e o desafio de não re revitimizarem a pessoa em sofrimento são ações estruturantes no processo de cuidado a ser ofertado (ESPERANDIO; MOURA; FAVORETO, 2020), mas se mostram limitados ao representar parte dos aspectos a serem considerados na operacionalização de um caso complexo, justificando o tom de frustração dessa fala. É comum que, diante da angústia do não saber, médicas/os ignorem o achado e não deem continuidade à abordagem da violência na consulta (MOREIRA et al., 2014; SOUZA; CINTRA, 2018). Mesmo que considerem importante, médicas/os evitam perguntar sobre violência, quando acham que isso abrirá uma "caixa de Pandora" com a qual elas/elas não conseguirão lidar por inúmeras razões, como falta de tempo, desconforto, perda de controle da consulta ou inabilidade (SUGG; INUI, 1992).

Na pesquisa, preceptoras/es, professoras/es e residentes expõem o quão desafiador torna-se lidar com atendimentos de violência nas comunidades, por falta de recursos na rede de saúde para apoiá-las/os no enfrentamento à violência e na garantia de cuidado às pacientes e suas famílias. Há, nesse sentido, uma sequência de adversidades: atender-se para perceber uma demanda oculta como uma questão de violência subjacente a ser investigada; ter dúvidas sobre como intervir de imediato e com quais profissionais compartilhar o caso; lidar com a resistência, o negacionismo ou a naturalização da violência pela família assistida, pela própria equipe de saúde e/ou pela comunidade; não entender a importância do preenchimento da ficha de notificação⁴⁵; ter receio da fragilidade da rede de atenção à saúde e psicossocial, com serviços escassos e fragmentados. Tais aspectos apareceram como potenciais causas de sofrimento na experiência clínica das/os participantes. Ademais, em especial considerando as mulheres periféricas, pardas e negras do contexto estudado, a sinergia da investigação e da *práxis* interseccionais tornam-se fundamentais para abordar o problema da violência de forma mais sólida (CRENSHAW, 1991; RIZKALLA et al., 2020).

Ao mesmo tempo, médicas/os estudadas/os têm receio dos aspectos legais e de segurança associados aos casos de violência, questionando os limites de seu envolvimento, especialmente no que se refere aos dilemas de confidencialidade característicos de pequenas comunidades (RIZKALLA et al., 2020). E se perguntam o quanto, em certa medida, conduzir o caso seria advogar por um lado da história, já que a violência pode ser vista como um aspecto relacional, podendo comprometer a relação de cuidado com as/os envolvidas/os (MOREIRA et al., 2014; RAFAEL; MOURA, 2014).

Profissionais desconhecem a complexidade jurisdicional dos serviços específicos (RIZKALLA et al., 2020) e temem estar envolvidas/os com os casos de forma além da perspectiva clínica-assistencial, com receio sobre sua segurança pessoal e envolvimento com questões judiciais (RODRÍGUEZ-BOLAÑOS; MÁRQUEZ-SERRANO; KAGEYAMA-ESCOBAR, 2005).

⁴⁵ Todas as violências passaram a fazer parte da Lista Nacional das Doenças e Agravos de Notificação Compulsória desde a publicação da Portaria n.º 104 de 25 de Janeiro de 2011. Portanto, a notificação dos casos suspeitos e confirmados de violência é obrigatória/compulsória a todos os profissionais de saúde de instituições públicas ou privadas. A Ficha de notificação/ investigação individual relacionada à violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais deve ser acessada pelo profissional de saúde pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (DELZIOVO et al., 2022).

Vale ressaltar aqui que muitas vezes profissionais confundem a abordagem da vivência da violência com a denúncia aos órgãos policiais, acreditando que devem, necessariamente, fazer uma denúncia à polícia ou estimular que a mulher o faça. Assim, deixam de realizar a abordagem mais essencial, que seria acolher sem julgar, identificar a rede de apoio e mapear o risco para a segurança. Deve-se lembrar que a notificação dos casos de violência à secretaria de saúde é compulsória e que não tem relação alguma com a polícia, conceitos que por vezes não estão claros para profissionais na APS (DELZIOVO et al., 2022).

Nesse contexto, “o uso ou a ameaça de violência é central nas relações de poder que produzem desigualdades sociais” (COLLINS; BILGE, 2021, p.79). Em termos práticos, nas comunidades periféricas, pobres e vulneráveis, os efeitos da violência atravessam os sistemas de poder, produzindo iniquidades em saúde, racismo, sexismo, colonialismo e heteropatriarcado, como discute Rizkalla et al. (2020) em pesquisa sobre as dificuldades de apoiar mulheres indígenas vítimas de violência. Uma análise que surgiu das/os profissionais estudadas/os foi a angústia referente ao atendimento de violência nas áreas rurais, onde as famílias parecem ser mais fechadas à comunicação da sexualidade e as mulheres estão mais expostas às vulnerabilidades de gênero, decorrente da estrutura patriarcal e machista. Mulheres que vivem em áreas rurais podem sofrer mais violência e casos mais graves do que as mulheres de áreas urbanas (RIZKALLA et al., 2020). O cuidado das vítimas e a condução dos casos nessas circunstâncias tornam-se ainda mais complexos quando, além de acobertar tais violências, familiares não colaboram.

O acompanhamento interdisciplinar é proposto pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em situações de maior complexidade, junto ao Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mas pode ser necessário acessar outras instâncias da rede de atenção à saúde ou órgãos intersetoriais, como no caso do Instituto de Medicina Legal (IML), por exemplo, diante de casos de violência sexual contra menores. Para garantir a coordenação do cuidado e o bem estar no cenário de abordagem e seguimento de pacientes vítimas de violência, a qualificação dos recursos humanos é essencial, bem como a sincronia e o entendimento do trabalho em equipe, balizado pelos princípios da APS (ESPERANDIO; MOURA; FAVORETO, 2020).

No complexo itinerário de cuidado às pessoas vítimas de violências, profissionais estudadas/os reconhecem que facilmente pode haver falhas na condução desses casos e relatam receio de serem elas/es mesmas/os agentes de iatrogenias – ao tentarem conduzir e ajudar, promoverem outras violências. Segundo a literatura no tema, isso em muito procede, a exemplo de atitudes de negligência e de conflitos morais e éticos que culminam na responsabilização das vítimas pela sua situação de violência (SOUZA; CINTRA, 2018).

Profissionais podem resistir a apreender que a violência não se trata apenas de um problema privado e que é um problema de saúde pública por vários motivos (SANTOS; MARQUES; VILLIGER, 2021). Nessa discussão, os movimentos feministas foram essenciais na luta por uma concepção de saúde democrática e equitativa, ao discutir problemas da vida privada na esfera pública, problematizando desigualdades entre homens e mulheres, desde o ambiente doméstico, e ampliando as perspectivas sobre a dinâmica saúde e doença (CONCEIÇÃO, 2021).

Ainda sobre as dificuldades profissionais, a abordagem à violência revisita outros entraves, como o medo das mulheres se sentirem ofendidas ao serem questionadas; o tempo restrito de consulta, o que dificulta vínculo, confiança e o diálogo sobre temas sensíveis; a relação profissional-paciente também com o agressor; as relações transferenciais; e os efeitos emocionais de abordar esse assunto; o desconhecimentos sobre os fluxos (SANTOS; MARQUES; VILLIGER, 2021); o sentimento de impotência (SUGG; INUI, 1992) e de sobrecarga (ESPERANDIO; MOURA; FAVORETO, 2020); e a falta de capacitação específica para a abordagem à violência (RIZKALLA et al., 2020).

Há, também, dúvidas sobre como conduzir o cuidado ao agressor, principalmente nos casos de pedofilia, e sobre como lidar com os limites quanto às práticas sexuais menos habituais:

Eu acho que um desafio, pra mim, seria atender essas pessoas SBDM quando não há um consentimento [...]. Às vezes, você vê algumas experiências de submissão muito fortes, que você fica assim: cara, nossa! E aí, você entra no mundo SBDM, eu fico imaginando assim será que é uma coisa da sexualidade da pessoa ou será que tem alguma coisa introjetada também da sociedade que quer que a mulher seja submissa? São questionamentos... Eu não sei, mas assim, não sei se eu teria dificuldade pra atender uma pessoa dessas. [...] Eu acho que, pra mim, o mais difícil seriam zoófilos e os pedófilos, que já cometeram algum, alguma... Independente do

sofrimento deles, já transaram com animais e com crianças. Porque, pra mim, aí é um limite muito forte, assim. Eu ouvir que um homem falar pra mim, mesmo em sofrimento, que ele estuprou uma criança, é, eu não sei o que... como eu lidaria com isso. (GF4P4).

Nessa fala há dois aspectos bem interessantes para a discussão. Um deles é o questionamento da médica sobre a prática de BDSM (*Bondage, Disciplina, Dominação, Submissão, Sadismo e Masoquismo*), termo que relaciona atos e prazer sexuais à dor. A experiência, em sua definição, exige respeito e consentimento de praticantes, mas a médica se incomoda e questiona as influências culturais quando a mulher está em posição de submissão sexual.

O outro aspecto é a dificuldade de lidar com as contratransferências negativas⁴⁶ associadas ao paciente que pratica a violência sexual, mostrando o quanto pode ser difícil estabelecer uma atitude empática com o agressor quando este é o destino do processo de cuidado em saúde. O trecho “aí pode ser um limite muito forte” revela a dinâmica de afetos do atendimento clínico e a humanidade do exercício da medicina. Profissional ou equipe podem responder a essa dificuldade patologizando o agressor ou medicalizando a violência e suas/seus envolvidos, com medidas intervencionistas e prescritivas, muitas vezes não analisando o fenômeno pelas suas perspectivas sociais, culturais e históricas (MOREIRA et al., 2014). Nos dois exemplos do comentário, há uma não identificação com a pessoa que busca ajuda, tornando possível inferir que a principal dificuldade que se estabelece no encontro clínico nesses casos é do domínio relacional.

O próximo comentário é de uma médica que revela ter grande implicação com as pautas da sexualidade e da violência:

Eu fui participante de uma liga de psiquiatria durante muito tempo. E gênero sempre foi algo que me tocou desde o início da faculdade. Então, a gente se propôs a estudar anorgasmia feminina [...]. Foi uma vasta pesquisa, assim... Eu lembro que me assustou muito pela parca evidência no sentido epidemiológico [...]. Orgasmo. Anorgasmia. Estupro. Né? Pra mim, eu acho que a coisa mais presente durante a minha graduação e sexualidade era estupro [...]. Então, a anorgasmia não era, não era pelo direito de ter um orgasmo. Eu fui descobrir isso. Não era sobre ter, uma mulher ter direito a ter orgasmo, mas era sobre ter o direito a ter um sexo consentido.

⁴⁶Para uma definição dos processos de transferência e contratransferência, consulte a nota de rodapé n.º 8 (p. 30).

Era muito anterior a isso, né? É, é não ter dor [...]. Não dá, hoje, pra gente falar de não sei quantos por cento de anorgasmia feminina sem a gente falar de estupro. Não dá. É impossível. (GF4P2).

Seu discurso diz sobre a alta prevalência da violência sexual contra as mulheres no Brasil (D'OLIVEIRA et al., 2020), seus efeitos deletérios no prazer feminino e o direito de ter sexo consentido.

O trauma condiciona a experiência de sexualidade dessas pessoas. Acho que é mais por aí, né? O trauma condiciona a experiência de sexualidade e limita toda a potência que as pessoas poderiam ter. (GF4P5).

Vivências traumáticas, estupro e outras violências são uma questão importante no processo saúde-adoecimento das mulheres, especialmente das mais vulneráveis (COLLINS; BILGE, 2021; MENDONÇA et al., 2020; RIZKALLA et al., 2020). O orgasmo seria, para essa médica, uma possibilidade posterior à não violência sexual, já que a discussão da sexualidade como lugar de prazer *versus* a vivência defensiva e dolorosa ainda é indissociável do debate da violência.

Outras barreiras para a abordagem da violência por médicas/os de família e comunidade são: preconceitos de classe e gênero, transferência da responsabilidade aos outros serviços de saúde e às próprias mulheres vitimizadas (DE FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009); dificuldades de acesso e descrença nos serviços de saúde, não validação das queixas das mulheres em situação de violência; problemas estruturais para a oferta de atendimento humanizado (RODRÍGUEZ-BOLAÑOS; MÁRQUEZ-SERRANO; KAGEYAMA-ESCOBAR, 2005); tecnicismo e medicalização do atendimento, não considerar a violência como problema de saúde, desconhecimento e falta de treinamento (D'OLIVEIRA et al., 2020).

Os problemas na capacitação profissional incluem: não saber como perguntar, falta de protocolo, desconforto com o tema, falta de supervisão (D'OLIVEIRA et al., 2020); dificuldade de identificação e de classificação de risco, confusão na condução do caso e no registro no prontuário, fazer uso das ferramentas intersetoriais e saber como referenciar (RODRÍGUEZ-BOLAÑOS; MÁRQUEZ-SERRANO; KAGEYAMA-ESCOBAR, 2005).

Não é uma situação fácil, né? A gente pode ler 1 milhão de vezes como é que a gente age nesse tipo de situação, a gente pode reduzir os erros, mas é sempre muito impactante, assim, né? Então, sempre foram descobertas assim, sobre abusos, abusos na infância, e tem outros ali, que apesar de eu nunca ter perguntado, eu tenho certeza de que tem alguma coisa, né? Só não vou adiantar o tempo da paciente. (GF2P4).

A importância da comunicação clínica para superar as dificuldades de lidar com o tema violência da perspectiva clínica se deve, em primeira instância, à urgência de se romper o silêncio e a invisibilidade do problema na APS, por meio de uma linguagem menos assimétrica e da inclusão da violência como um tema a ser questionado na anamnese (ESPERANDIO; MOURA; FAVORETO, 2020; MENDONÇA et al., 2020; SCHRAIBER et al., 2003).

Vale ressaltar que durante a confecção deste estudo, o contexto de pandemia de covid-19 desnudou sintomas de um Brasil doente também nas relações de gênero – os casos de violência e feminicídio aumentaram, especialmente entre as mulheres de maior vulnerabilidade, em cujo atendimento a atenção dos profissionais deve ser redobrada (INESC, 2023; ZAMPAR et al., 2020). O governo do ex presidente Bolsonaro (2019-2022) precarizou serviços e benefícios sociais e promoveu o retrocesso na garantia de direitos ao diminuir o orçamento de políticas públicas de saúde, educação, assistência social, transferência de renda e específicas para o enfrentamento da violência contra as mulheres, amplificando a vulnerabilidade das mulheres e os cenários de violência doméstica e outras violências de gênero (INESC, 2023). Esse efeito corrobora com o pensamento de Crenshaw (1991), em seu artigo inovador para a década de 90, no qual advoga que o enfrentamento à violência deve necessariamente incluir a sincronia de lentes de gênero, raça e classe.

Segue a narrativa construída a partir de um caso contado em uma das entrevistas (E1) da pesquisa:

Narrativa – O homem arregaça e sangra a mulher. Esta é a nossa história.

Esta é a história de uma puérpera de 7 dias. Chegaram na consulta ela, o seu bebê e o seu parceiro. Ela disse que tinha suporte e eu acreditei... tinha a mãe e tinha o marido. Do parto normal ficaram as lacerações, ainda dolorosas. Pedi para examiná-la sozinha, queria ouvi-la. Havia nela algum mistério. Mas quando a examinei,

abdômen, vagina, períneo, vi que os pontos eram profundos e muitos. Tampouco dava pra visualizar onde terminavam. Toquei e afastei com cautela o espécuro, tinha receio dos pontos se romperem. E foi aí eu que perguntei bem baixinho, não sei o porquê, como é que estava a questão da relação sexual. Parecia tão óbvio a impossibilidade de qualquer prática sexual penetrativa com aquele corpo todo machucado, mas ela respondeu: *"Ah, doutora, ele fica querendo. E briga comigo quando eu digo que não dá"*. Esse relato me tomou de raiva. Senti que eu precisava protegê-la. Pra mim estava tão claro que esta mulher precisava de ajuda, de cuidado, de proteção, de descanso, de recuperação, de cicatrização, de suporte, de tudo... O que ela não precisava era ser objetificada como corpo sexual pelo próprio parceiro e pai de seu filho. Lembrei da cena dos 3 entrando no consultório, o bebê sendo segurado pelo seu pai, a anamnese de puerpério confirmando a rede de apoio, tudo conforme seduz o comercial de família margarina. Mas, ali no exame físico, com corpo e feridas abertas na maca, a história era outra. O pai se irritava com o choro do bebê, não dava os banhos e nem fazia as trocas, não fazia a comida de casa... *"Ele fica com o bebê de vez em quando"* – essa parecia ser a sua função, além de insistir em transar com a esposa, mesmo que para abrir ainda mais fissuras. Eu só conseguia pensar que nós, mulheres, de uma maneira geral, não temos noção do que esperar de uma parceria. Foi então que a consulta tomou um tom confessional. Fizemos silêncio, falamos baixo. Não queríamos que outras pessoas nos ouvissem. Aquele era o nosso segredo. Assim eu poderia ajudá-la, como mulher e como médica. Nunca uma conduta foi tão poderosa, deve ser mesmo para isso que servem os carimbos. Eu dizia, *"Fica tranquila, se você não quer sexo, você não vai ter. Quantos dias você quer que eu fale pra ele que você não pode transar?"* Coloquei em letras maiúsculas: NÃO DEVE PRATICAR RELAÇÕES SEXUAIS POR 45 DIAS. Aquilo me deu um alívio, porque parecia ser a alegria dela. Eu combinei com ela o seguinte: *"eu vou falar que você está muito machucada, que se ele tentar qualquer coisa, você vai ter um sangramento, você vai ter risco de vida, você vai ter um sangramento tão bizarro, que você corre risco de morrer"*. Sim, a medicina pode ser como escudo das mulheres em casos assim. Eu sou médica, mas percebi que posso ser também advogada das minhas pacientes.

Essa história relata a primeira consulta puerperal de uma mulher, após o seu parto recente. O puerpério é o período que se inicia após o parto, sem término definido, que seria marcado pelo retorno do organismo materno ao estado pré-gravídico (STRAPASSON; NEDEL, 2010). Essa fase é caracterizada por profundas mudanças biopsicossociais – orgânicas, fisiológicas, hormonais, emocionais e relacionais, mas é comum que profissionais de saúde foquem a sua atenção no bebê e negligenciem as demandas relativas às subjetividades das mulheres na

adaptação à maternidade (SALIM; ARAÚJO; GUALDA, 2010; STRAPASSON; NEDEL, 2010). A vivência puerperal no âmbito da sexualidade também se torna singular, a partir de efeitos das tantas transformações envolvidas (SALIM; ARAÚJO; GUALDA, 2010).

A médica entrevistada⁴⁷ define o puerpério como um momento de maior vulnerabilidade e, optou, na ocasião, por fazer uma abordagem integral, que incluiu perguntas sobre: saúde mental; condições de amamentação e de recuperação no pós- parto; a relação com o parceiro; relações sexuais e planejamento reprodutivo; atividades de vida diárias (alimentação, hidratação, sono, higiene); e relação com familiares. Houve uma preocupação genuína da profissional quanto à rede de apoio da mulher e a divisão sexual do trabalho doméstico, as quais considera questões importantes de saúde nesse contexto de cuidados permanentes com o bebê.

Como estratégias de comunicação utilizadas pela médica, houve uma proposta de consulta centrada na mulher: na anamnese disponibilizou-se para a escuta, abordando questões não óbvias e não protocolares. No exame físico, solicitou a saída do acompanhante e buscou preservar a privacidade na consulta e a comunicação de questões mais sensíveis.

Eu já tiro o cara da sala, porque essa mulher precisa de um momento sozinha, nesse puerpério [...] cada vez mais, eu vejo que eu tenho que criar momentos para as mulheres ficarem sozinhas. (E1).

Nesse momento, perguntou assertivamente sobre práticas sexuais, mas falou com voz baixa, para que o marido, que estava na sala ao lado, não as ouvisse. Aproveito para acrescentar uma fala interessante, de um dos grupos focais, sobre um possível efeito negativo do parceiro no consultório:

A presença do homem no consultório é um limitador importante pra mulher. Então, quando ela tá com um parceiro, eu percebo que a conversa é muito limitada ao que

⁴⁷ Sobre a médica entrevistada, ela revela lacunas na sua formação quanto ao tema sexualidade na prática clínica. Disse não ter aprendido sobre isso na graduação, mas conviveu com preceptoras/es e professoras/es mais experientes no assunto durante a sua residência em medicina de família e comunidade. Tem interesse pessoal pelo tema, diz se incomodar com o machismo e as injustiças de gênero, valoriza a importância das redes sociais para acesso e democratização das páginas sobre feminismo, que lhe ajudaram a aprofundar nos estudos sobre gênero. E enfatiza que, ainda, muitas mulheres ainda não têm acesso a essas reflexões, principalmente pelas vulnerabilidades em que se inserem, como dificuldade de acesso, questões de raça/cor, educação, renda, oportunidades e falta de tempo.

ele quer ouvir. Nem sempre é tudo que ela quer falar. Né? Então, assim, é... uma coisa é a conversa com o casal, outra coisa é a conversa com a mulher sozinha, outra coisa é a conversa com o homem sozinho. A gente vai ter 3 histórias diferentes, 3 verdades diferentes da, do mesmo problema. E... e é totalmente isso". (GF3P5).

Na narrativa em estudo, a médica incentiva a mulher a refletir sobre sua vivência puerperal e seus atravessamentos – a sobrecarga, o automatismo do cuidado dos filhos pelas mulheres, o pouco suporte do companheiro e a assimetria da divisão sexual do trabalho doméstico e as mudanças e necessidades de seu corpo. Nesse movimento, a profissional permite que as insatisfações da puérpera apareçam, e que esta seja priorizada no encontro clínico. O uso da comunicação clínica, nessas circunstâncias, me pareceu uma atitude feminista pela super implicação da profissional por proteger a paciente do homem, da violência, da sobrecarga e do estresse.

Na evolução da consulta, a profissional apresentou contratransferências negativas⁴⁸ com o marido da paciente, pois relacionou suas atitudes ao machismo, ao patriarcado, à objetificação do corpo da mulher e à possibilidade de estupro marital, uma violência muitas vezes silenciada. Durante a entrevista, fez vários questionamentos reforçando a inutilidade da figura masculina nesse caso, diante das inúmeras demandas não atendidas do puerpério:

"Conta pra mim como é esse suporte que ele dá?". "ele dá banho no neném?". "Não". "Ele troca o neném?". "Não". Aí eu fiquei pensando, né? Cadê o suporte, né? Aí eu falei "ele faz a comida?". "Não. Minha mãe que faz". Aí eu falei assim "então, o que é que ele faz, de suporte, que eu ainda entendi?". Aí ela falou assim "não, ele fica com ele de vez em quando". (E1).

A médica também sente raiva do acompanhante por achar que foi enganada pela imagem de um suposto companheiro participativo:

Ele me passou a imagem de ser uma pessoa participativa e interessada, porque, inclusive, é, ela tinha fissura, e tinha que corrigir pega, eu pedi pra ele ajudar ela na hora de amamentar, eu ensinei ele. (E1).

⁴⁸Para uma definição dos processos de transferência e contratransferência, consulte a nota de rodapé n.º 8 (p. 30).

Por outro lado, a profissional sente empatia e se sente plenamente identificada com a paciente, enquanto condição de mulher:

Nossa, realmente, nós mulheres, de uma maneira geral, não sabemos o que é parceria. (E1).

Essa identificação é compartilhada nos grupos focais pelas mulheres médicas, que se reconhecem diante de situações de violência envolvendo a questão de gênero. Nesse caso, diante das circunstâncias que lhe causam raiva e angústia, a médica mostra-se implicada e parece querer fazer alguma justiça quanto às questões de gênero que emergiram. Para isso, mobilizou a voz imperativa da medicina no enfrentamento à atitude do marido, que priorizava o sexo, independente do bem-estar da parceira:

Eu entendi que a minha palavra, como médica, ali, pra ela, estaria agindo como proteção [...]. Eu combinei que eu ia deixar ele muito assustado. Pra ele nem chegar perto dela, nem triscar, nem encher o saco dela. Essa foi a maneira que eu senti que eu poderia proteger essa mulher. (E1).

Torna-se interessante destacar que a médica tem outros privilégios, que não o de gênero, diante daquele homem: de classe/renda, raça/cor, profissão e prestígio social. E faz uso intencional desses privilégios, da medicina e das estratégias de comunicação clínica como escudo para proteger sua paciente de novas violências, construindo um plano de cuidado em sua defesa, ancorada na crença de que "mulher é protegida por outras mulheres e desprotegida pelos homens".

Eu tenho muita empatia com mães, com grávidas, com puérperas, e eu acho que a gente tem que proteger essas mulheres. (E1).

Eu fiquei com tanta raiva dele. Que depois que ele voltou, eu respirei, eu falei assim. Quando eu fui chamá-lo, eu dei uma respirada, assim, eu falei assim... Cara, minha vontade era de falar assim "será que você não percebe que, se você forçar ela a transar com você, isso é estupro marital!?". É... "será que você não olhou? Olha bem". Minha vontade foi pegar a cara dele e botar na cara da vagina dela, e falar assim "olha só, não tem como você transar com uma pessoa que tá com uma vagina

assim, desse jeito, meu filho. Não tem como! É muito ponto aqui. Você vai arrebentar ela". E aí, depois, claro que eu não fiz isso, né? (E1).

O estupro ou coerção marital ocorre quando há sexo sem consentimento no casamento (SANTOS et al., 2020). Vários fatores contribuem para que a violência sexual praticada por parceiro dentro do contrato matrimonial seja legitimada socialmente, na dinâmica de direito do homem e obrigação da mulher, dificultando que seja reconhecida e conduzida como violência (SANTOS et al., 2020; ZANELLO, 2014).

Na consulta em questão, a médica perguntou à paciente sobre a vontade de manter relações sexuais com o parceiro, que respondeu: "*doutora, eu não quero de jeito nenhum*" (E1). Seguindo os elementos do método clínico centrado na pessoa (STEWART et al., 2017) e confirmando a convergência de sua avaliação técnica com a necessidade da paciente, a profissional proscreeu a relação sexual por 45 dias. O tempo para início da atividade sexual no puerpério é um fator relevante para as mulheres nessa fase, especialmente em respeito ao seu bem-estar físico e emocional (SALIM; ARAÚJO; GUALDA, 2010).

Em alguns momentos a dinâmica da relação médica-paciente tece atitudes que podem parecer invasivas, prescritivas e superprotetoras, mas que para a profissional estão coerentes às necessidades desta mulher:

Eu sei que eu entrei numa questão muito íntima, de quando é que, de quando é que o casal vai ter relação sexual no puerpério. Mas eu fiquei com tanta raiva, que eu falei assim "ele viu como é que tá a sua vagina?". Ela falou "ele viu, doutora. Ele viu". E eu falei assim "ele viu esses pontos e mesmo assim ele quis transar? [...] Sério, eu não sei se foi uma laceração de terceiro grau, eu sei que foram muitos pontos [...]. Se ela decidisse ceder e ter relação sexual com ele, ela ia se machucar muito. Então, eu usei o meu poder, minha autoridade médica, para proteger essa mulher de um estresse, que eu acho que ela não precisa nesse momento tão delicado da vida dela. (E1).

Dentre os medos mais prevalentes sobre o retorno das relações sexuais no puerpério estão a cicatrização dos pontos da região perineal e a dor na relação (SALIM; ARAÚJO; GUALDA, 2010), ambos presentes no caso apresentado. O exame físico foi especialmente importante para gerar informações técnicas para o

esclarecimento diagnóstico, prognóstico e a definição de gravidade e conduta. Portanto, a preocupação da profissional em ouvir, garantir conforto e privacidade, examinar e cuidar da paciente na relação clínica-assistencial faz jus à abordagem da sexualidade no período puerperal.

De fato, médicas/os possuem ferramentas para ajudar pacientes a entenderem sua situação clínica, o que pode ajudá-las/os a retomar o direcionamento sobre o que as/os afligem (SANDERS, 2010). Nesse sentido, a comunicação clínica, assim como a relação médica/o-paciente são importantes para garantir à usuária o direito de tomar decisões de forma autodeterminada, fazendo escolhas efetivas e conscientes sobre sua vida e sua saúde (BERGSTEIN, 2013).

Quantas pacientes minhas não estão sendo obrigadas a transar no puerpério sem estarem com vontade?" Né? Quantas? Não sei... (E1).

Esse caso não apenas mobilizou profundamente a profissional, como lhe gerou reflexões e o reconhecimento de boas práticas, que passou a sedimentar nas suas consultas às puérperas, compreendendo a saúde sexual como fundamental. Dentre essas ações, busca: garantir acesso à UBS; demonstrar disponibilidade e interesse para ouvir; fazer abordagem integral, para além do protocolo de atendimento do puerpério; garantir anamnese e exame físico com conforto e privacidade; se houver acompanhantes, solicitar que saiam da sala em algum momento da consulta; prover circunstâncias seguras para abordar questões sensíveis; perguntar sobre práticas sexuais quando a paciente estiver sozinha; prescrever o tempo mínimo de repouso sexual que a paciente desejar; investir no vínculo equipe e médica/o-paciente; fazer uso de ferramentas de comunicação clínica da medicina de família e comunidade. A abordagem integral à mulher no puerpério, com abertura para ouvir suas impressões, vivências e dificuldades, inclusive quanto à sua sexualidade, é fundamental para que medos e dúvidas sejam acolhidos e postos em análise no encontro clínico (SALIM; ARAÚJO; GUALDA, 2010).

Finalizando, quando a relação clínica está ao centro, para além das problemáticas institucionais e do sistema de saúde, o desafio que se apresenta é: como médicas/os de família e comunidade podem exercer uma dinâmica

comunicativa confortável, segura e com procedimentos adequados, que lhes deem segurança para o atendimento das mulheres em situação de violência sexual?

Considerando que essas/es profissionais são peça-chave para identificação, acolhimento e coordenação do cuidado dos casos de violência, em um trabalho de interlocução com paciente, família, comunidade, equipe, rede de saúde e rede intersetorial (D'OLIVEIRA et al., 2020; ESPERANDIO; MOURA; FAVORETO, 2020; MARINHEIRO, 2003), a aquisição de habilidades de comunicação em situações complexas e sensíveis é um dilema a ser enfrentado pela formação em medicina, para a dimensão cuidadora que se pretende na realidade prática da saúde pública.

6.8 BARREIRAS INTERCULTURAIS

A experiência da doença e a experiência da saúde são vivências culturais.⁴⁹

(Raman Kumar, Ana Nunes Barata & Mayara Floss)

O uso da palavra "transcultural" no contexto da saúde se refere às relações e trocas entre diferentes culturas (KUMAR; BARATA; FLOSS, 2016). Nesta pesquisa, opto pelo termo "intercultural", pois o foco foi na interação com pessoas especificamente de outra nação, o Haiti, em que discuto a dimensão relacional das culturas, mas sem fusão dos elementos culturais. Nos últimos anos, o fluxo migratório de haitianas/os aumentou no Distrito Federal (VIEIRA et al., 2021; Ventura, 2019), dando oportunidade às/aos profissionais da APS de experienciar atendimentos com pessoas de outros costumes.

A interação médica/o-paciente é influenciada pelo contexto cultural dos profissionais de saúde, que desempenham um papel crucial na maneira em que a consulta é conduzida (ALARCÃO et al., 2012). No caso de imigrantes haitianas/os, há uma intersecção de vulnerabilidades que podem contribuir com o adoecimento, como dificuldades legais, econômicas, de adaptação, de moradia, de comunicação, de trabalho, bem como os desafios emocionais relacionados às vivências de

⁴⁹ KUMAR, Raman; BARATA, Ana Nunes; FLOSS, Mayara. **Primary care education: Medical student and young doctors' perspective from Brazil, India and Portugal.** Education for Primary Care, LOCAL, v. 27, n. 5, pp. 345-348, p. 297.

rupturas e perdas (KUMAR; BARATA; FLOSS, 2016; Ventura, 2019; VIEIRA et al., 2021). Nesse ínterim, apesar do SUS ser de acesso universal e gratuito, as populações minorizadas por etnia, identidade de gênero, orientação sexual ou condição socioeconômica, podem enfrentar barreiras de acesso e apresentar piores indicadores de saúde (KUMAR; BARATA; FLOSS, 2016;). O quadro 24 revela as barreiras interculturais relacionadas à abordagem da sexualidade na consulta médica da APS:

Quadro 24 - Barreiras interculturais à abordagem da sexualidade

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Vulnerabilidades associadas à migração: dificuldades legais, econômicas, de adaptação, de moradia, de comunicação, de trabalho, bem como desafios emocionais relacionados às vivências de perdas/rupturas; ❖ Barreiras políticas, morais, étnico-raciais, religiosas e linguísticas entre profissional e paciente; ❖ Falta de habilidades comunicacionais para uma consulta intercultural; ❖ Racismo, xenofobia e outras discriminações; ❖ Ênfase na barreira linguística e na dificuldade de comunicação clínica; ❖ Ausência de tradutor e/ou presença de intérprete familiar na consulta; ❖ Divergências na concepção saúde-doença entre médica/o e paciente; ❖ Limitação do exame físico e procedimentos médicos por barreiras culturais; ❖ Falta de competência cultural de profissionais, das equipes e dos serviços de saúde; ❖ Falta de humildade cultural de profissionais e das equipes.
--

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

Os serviços e as equipes de Saúde da Família (eSF), em coerência com os atributos da APS, devem vislumbrar as particularidades de seu território, buscando uma compreensão ampliada dos condicionantes de saúde locais (Starfield, 2002). Quando necessário, fazer uso da "competência cultural", um conceito importante nessas circunstâncias, definido como a capacidade de reconhecer as características culturais e prover cuidado para pessoas de diferentes valores, crenças e necessidades em saúde, considerando que a dinâmica saúde-doença é interferida pelas concepções individuais, familiares, comunitárias, sociais e culturais (GOUVEIA; SILVA; PESSOA, 2019; KUMAR; BARATA; FLOSS, 2016).

O atendimento em contextos interculturais requer das/os profissionais a superação de barreiras políticas, morais, religiosas, éticas e linguísticas (Amadigi, 2009); a aquisição de habilidades comunicacionais para lidar com possíveis divergências de crenças (CAPRARA; RODRIGUES, 2004); e o enfrentamento do racismo e de outras discriminações, que podem adentrar na relação médica/o-

paciente, marcando diferenças e exclusões na forma de atender e conduzir o cuidado (KUMAR; BARATA; FLOSS, 2016).

A questão linguística apareceu na pesquisa como uma dificuldade central, pois imigrantes haitianas/os têm fluência em francês e *crioullo* e, até o momento, não há a disponibilidade de tradutores para integrar as consultas na Secretaria de Saúde do Distrito Federal (VIEIRA et al., 2021). Na perspectiva das/os médicas/os, as barreiras de comunicação apresentam repercussões importantes, como baixa adesão aos tratamentos propostos; letramento em saúde prejudicado; consultas longas e pouco efetivas; dificuldade de construção de vínculo entre pacientes/famílias com profissionais/equipes; consultas superficiais, com acesso apenas à queixa aparente; dificuldades de acessar temas sensíveis, como questões de saúde mental e sexualidade. O dispositivo digital *Google Tradutor*, além da linguagem não verbal, como mímicas e desenhos digitais, são utilizados por profissionais para ampliar as possibilidades de compreensão.

[...] *Ela não consulta sem o esposo do lado. E quem fala o que ela tá sentindo é ele. E se é um médico homem, por exemplo, não pode tocar nela, entendeu? Então, é... eu posso tocar pedindo permissão pra ele, e ele fica do lado o tempo todinho. Então, em relação à cultura, também de outros países, né? E tem muita gente do Haiti [...]. É muito difícil a sexualidade desse pessoal. É... em relação a... abuso, eu acho, sabe? Os homens são muito, muito ruins. E, e as mulheres... Enfim. É questão cultural, acho que é bem uma dificuldade aí.* (G3P9).

Há nessa fala a angústia da médica quanto à percepção de valores e atitudes de dominação de homens haitianos diante de suas parceiras, ficando a pergunta se são lidas como machistas, retrógradas e/ou violentas, questões essas talvez naturalizadas em seu país de origem (PINSKY, 2016). A violência na relação matrimonial e/ou nas relações de gênero pode mascarar camadas de silenciamentos: a estrutura patriarcal das famílias e suas relações de poder; a não autonomia da mulher sobre o próprio corpo e suas questões de saúde, inclusive no ambiente de cuidados médicos; e a dificuldade das mulheres de se comunicarem. Esses aspectos foram citados como de grande incômodo pelas médicas mulheres ao atenderem famílias estrangeiras.

Os principais desafios encontrados pelas/os médicas/os investigadas/os relacionam-se à comunicação das diferenças culturais (SADOVSKY; NUSBAUM, 2006), em especial as visões de mundo no âmbito dos cuidados em saúde, que em

muitos aspectos divergem da brasileira. Nesse sentido, torna-se fundamental que médicas/os de família e comunidade exercitem reconhecer como seus valores pessoais influenciam na postura profissional e na interpretação do discurso de pacientes (GOUVEIA; SILVA; PESSOA, 2019). O conceito de "humildade cultural" – compreensão de profissionais sobre as interferências da cultura nos comportamentos de saúde – pode ajudá-las/os a desenvolver uma atitude expectante e reflexiva diante das dessemelhanças, para evitar atitudes de persuasão pautadas nas suas crenças sobre "verdades médicas" (KUMAR; BARATA; FLOSS, 2016).

Sobre os relatos de atendimentos interculturais no Distrito Federal, as queixas agudas e/ou pontuais parecem ser a maioria, por parte de pacientes, o que mobiliza aspectos técnicos da relação médica/o-paciente voltados à uma abordagem mais superficial, de queixa-conduta. Profissionais buscam priorizar também os cuidados programáticos e básicos de saúde (atenção ao pré-natal, à puericultura e ao acompanhamento às condições crônicas, em especial hipertensão e diabetes). Enquanto isso, as barreiras linguísticas podem desorganizar a investigação de demandas ocultas e de questões de saúde que mobilizem aspectos mais subjetivos e o uso de ferramentas da APS, como o método clínico centrado na pessoa e a abordagem familiar, as quais demandam maiores investimentos de tempo e de habilidades de comunicação clínica.

O tempo de consulta parece aumentar drasticamente nas consultas com pacientes estrangeiras/os, com uma distribuição assimétrica e pouco efetiva no formato de registro clínico orientado por problemas⁵⁰ (RCOP/SOAP):

Quadro 25 - Distribuição das etapas da consulta em uma consulta intercultural de difícil comunicação

SUBJETIVO	Há muito tempo investido, mas, ainda assim, sem clareza das queixas.
OBJETIVO	Hipervalorização do exame físico, na busca (que pode ser angustiante) por um direcionamento clínico, não contemplado na coleta da história.
AVALIAÇÃO	A construção do raciocínio clínico pode ficar muito prejudicada, dificultando o esclarecimento diagnóstico.
PLANO	A consulta parece ineficaz e o plano terapêutico pode não corresponder às expectativas das/os envolvidas/os.

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

⁵⁰ A definição do registro clínico orientado por problemas e do SOAP estão no capítulo "Comunicação Clínica e relação médico-paciente".

Como observado no quadro 25, as/os profissionais estudadas/os acreditam que, apesar do tempo alargado da consulta intercultural, o entendimento das pessoas envolvidas sobre as reais necessidades de saúde é precário, causando profundo prejuízo no vínculo, na construção do raciocínio clínico e na efetividade do ato em saúde.

Você acaba que se passa meia hora tentando entender e depois você tenta examinar mais pra ver se, se você tira leite de pedra ali. É muito complicado, muito complexo. (E8).

Sobre a busca por cuidados em saúde na Atenção Primária à Saúde, as mulheres haitianas frequentam mais as UBS, mas os homens parecem ser mais fluentes no português, por já estarem no Brasil há mais tempo. Assim, é comum que eles atuem como intérpretes nas consultas de suas companheiras, o que pode ser um fator de confusão, pela possibilidade de distorção da história por familiares (KUMAR; BARATA; FLOSS, 2016), bem como de censura, constrangimento e intimidação.

O marido acaba sendo um, o intermediário no processo da consulta, muitas vezes, pela questão da língua. (E8).

O desconforto sobre a presença de uma terceira pessoa na consulta, especialmente quando pode haver uma relação de poder, como na relação matrimonial, reverberou na pesquisa com grande desconforto das/os entrevistados, como na reflexão a seguir.

Talvez em algumas mulheres isso esteja bom, dependendo do tipo de relacionamento que eles tiverem, né? Talvez seja mais uma ajuda. Mas se o relacionamento for conflituoso ou então, às vezes também, a mulher não se sente à vontade de compartilhar certas coisas, né? Mesmo que seja com o companheiro dela. Então, acho que isso quebra um pouco o sigilo. E na questão da sexualidade, que acabam sendo questões mais delicadas muitas vezes, que vão envolver o companheiro, talvez ela se sinta inibida. Então, talvez sejam até demandas ocultas que ela não chegava levar pra gente. Por saber que, eu imagino, né, que o esposo teria que ser intermediador nesse processo, né? (E8).

Essa médica considera um problema a presença do companheiro na consulta, à medida que tem a percepção sobre a possibilidade de quebra de sigilo, de inibição das queixas sensíveis e dos desdobramentos ruins que isso pode gerar para as mulheres, no sentido de não terem privacidade de compartilhar suas questões de saúde abertamente com seus/suas médicas/os.

Profissionais relataram se sentirem desafiadas/os por algumas questões em saúde da mulher relativas à perspectiva científica e comunicacional. Por exemplo, uma situação cotidiana relatada é que parece comum que mulheres haitianas, mesmo idosas, nunca tenham colhido o exame preventivo de câncer de colo uterino; as famílias parecem ser de configuração patriarcal, com resistência ao exame físico; as mulheres fazem abstinência sexual após o parto, por um período que dura de 3 a 6 meses, então não aceitam a oferta de contraceptivos nas consultas de puerpério; há resistência às medidas de contracepção em geral, especialmente ao DIU (dispositivo intrauterino)⁵¹. Esses são exemplos práticos da importância dos conceitos de competência e humildade cultural – atitude crítica, reflexiva e respeitosa diante da diversidade, da cultura e de suas repercussões – ainda a serem incorporados pela Estratégia Saúde da Família e no cuidado em saúde para acolher a pluralidade cultural (BRASIL, 2017a; GOUVEIA; SILVA; PESSOA, 2019; KUMAR; BARATA; FLOSS, 2016; SANTANA, 2018).

Ressalta-se que, apesar da angústia de trabalhadoras/es diante de cuidados em saúde diversos e de seus saberes técnicos-científicos já sedimentados, essas pacientes e famílias apresentam-se em circunstâncias de vulnerabilidade multifatorial: cor/raça; econômica; geográfica (longe de seu país de origem); cultural; linguística; e de gênero. O posicionamento das/os profissionais pode comprometer ou garantir os direitos sexuais e reprodutivos das/os pacientes (LEMOS, 2014).

Nesse sentido, os resultados desta pesquisa me permitem compreender que o investimento em educação permanente para a equipe de Saúde da Família (eSF)

⁵¹ O Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre (DIU TCu380A e TCu380S) é um método contraceptivo não-hormonal ofertado pelo Sistema Único de Saúde, que deve ser inserido na cavidade uterina, sendo, portanto, um procedimento invasivo, mas com baixas taxas de riscos e complicações. Atualmente o DIU é o método contraceptivo reversível mais utilizado no mundo, além de muito eficaz, com baixas de gravidez e alta taxa de continuação do método. Pelos seus benefícios, trata-se de um método muito estimulado no âmbito da APS, mas que pode sofrer resistências por parte de profissionais ou pacientes e famílias, especialmente por crenças religiosas que o definem como “método abortivo”, o que não corresponde às pesquisas científicas (RODRIGUES, 2020).

torna-se central para produzir plasticidade em suas formas de pensar e produzir os atos em saúde, podendo contribuir para: evitar iatrogenias; produzir compreensões sobre crenças, valores e hábitos em saúde da população estudada; adquirir e treinar habilidades comunicacionais; refletir sobre os comportamentos a serem evitados; mobilizar a criatividade na produção de um arcabouço terapêutico que seja coerente, confortável e benéfico às/aos envolvidas/os.

Em seguida, compartilho uma das narrativas da tese, produto de uma entrevista com uma médica residente em medicina de família e comunidade.

Narrativa – “A minha mãe está doente”

Não sei nem por onde começar. Essa história me parece uma cebola de mil folhas. “*A minha mãe está doente*”, foi assim que a consulta começou. Lara era uma menina de 8 anos, mas já traduzia a conversa para que sua mãe fosse atendida. Eram haitianas. Lara era não só a intermediária da comunicação, como do cuidado de sua mãe no Brasil. Apesar de criança, conseguiu falar, gesticular e demonstrar que a mãe sofria de convulsões há anos, mas sem qualquer cuidado prévio. Para seguir a investigação e o tratamento com segurança, eu precisava garantir a contracepção de Aina, a mãe. Assim, delonga o tobogã de incertezas. Aina usava ervas para não engravidar. Mas quais ervas? O quão seguras e eficazes seriam essas plantas? Teriam relação com as convulsões? Busquei referências no *google* e nada. Ofereci o que tínhamos de métodos contraceptivos. E apesar de nossos esforços, o DIU, que seria o método mais indicado para as circunstâncias clínicas, parecia amedrontar aquela mulher. Eu me pergunto o porquê as haitianas têm medo do exame físico ginecológico, medo do procedimento, medo da dor e medo do toque físico. Elas costumam resistir dizendo: “*Não, a gente não quer de jeito nenhum*”. Quando apresento os métodos injetáveis, o marido pergunta: “*Tem uma injeção pro homem?*”. Fico na dúvida se essa fala seria uma certa consciência da responsabilidade reprodutiva compartilhada ou se há um machismo intrínseco informando “*eu sou mais forte, eu sou melhor*”. A saúde da mulher parecia um universo novo e invasivo às mulheres haitianas e eu me sentia muito limitada como médica, porque tudo que eu sabia e oferecia parecia não fazer sentido algum para aquela família. Também fico pensando na questão do corpo feminino... Haveria algum motivo religioso, cultural, histórico ou das próprias relações de gênero nessas famílias, que poderiam justificar essa resistência ao exame das mulheres? Um corpo que não pode ser interferido, que não deve ser tocado, que não deve ser mexido? A racionalidade biomédica tem o corpo como objeto de investigação e intervenção, tanto que me parecia angustiante este caso. Tão obscuro, que eu pouco avançava. Investi tudo que podia nesse acompanhamento. Aumentei a frequência de retornos, reservei maior tempo de consulta, fiz visitas domiciliares, fiz

os atendimentos junto à minha preceptora, expliquei a importância do caso na reunião de equipe, fiz uso das ferramentas de comunicação que conhecia para explicar sobre o exame físico, a contracepção e a importância de seguirmos na investigação das convulsões. Também chamei o esposo e propus o planejamento familiar. Mas, pasmem, ela engravidou. Mas engravidou sem desejar engravidar. Agora Aina era uma gestante, que tinha convulsões frequentes e que se negava a tomar a medicação. *“Eu não acho que eu tenho uma doença. É uma manifestação espiritual”*. Aina precisava de ajuda. Por ela, por Lara, pelo embrião que crescia. Eu também precisava de ajuda. Havia entre nós uma lacuna, por mais que também houvesse laços. O idioma, as crenças, as expectativas, a religião... era uma questão de competência cultural. A família era de um segmento neopentecostal, de uma igreja evangélica, onde havia cultos com demonstrações públicas, ditas espirituais, que Aina adorava e fazia parte. Ali suas convulsões tinham outros simbolismos. Eu respeitava, eu me aproximei, eu consegui que aderisse ao tratamento. Consegui, enfim, fazer um vínculo enorme com Lara, aquela criança esperta que estava fora da escola porque era a *dona de casa*, cuidadora de uma família enferma. Esse é um outro capítulo das mil folhas, que por hora não tenho estômago pra contar. Bom, respirei aliviada por algumas semanas. Convulsões cessadas, seguimento clínico e pré-natal em dia. A tão sonhada equidade do SUS, agora garantida, me parecia fazer um sentido enorme. Até que Aina e sua família desapareceram sem avisar. Sim, sumiram do mapa, do meu mapa - afetivo, clínico, formativo... Fizemos busca ativa, visitas domiciliares, ligamos. E nada. A comunicação foi cortada, como um fio que se rompe e se perde. Não soube mais sobre elas e ele. O que sei e agora posso tentar entender são os vestígios dessa família na minha formação. Aprendi muito e ainda aprendo ao contar essa história. Mas esse processo todo me custou uma boa análise do meu papel como médica: *“Sim, eu me sinto muito pequena quando eu atendo uma paciente haitiana”*.

Essa é a história contada por uma residente que atua em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal, acessada por muitas famílias vindas do Haiti, para procedimentos em saúde. Acredita que sua equipe acompanha cerca de 100 pessoas haitianas, número que oscila com o tempo, por ser uma população migrante, cujas múltiplas vulnerabilidades incitam o uso frequente do SUS.

Participantes descrevem as mulheres haitianas dessa comunidade como jovens, na faixa etária de 20 a 40 anos; de cor de pele preta; orientação sexual majoritariamente heterossexual; de estado civil casadas e com filhas/os e famílias numerosas. Sobre as atividades laborais, trabalham como "donas de casa" ou em empregos informais, como faxineiras, garçonetes e caixas de supermercado,

atribuições normalmente sem vínculos empregatícios e/ou direitos trabalhistas. Da perspectiva da crença religiosa, são majoritariamente evangélicas neopentecostais e poucas de matriz africana. As famílias estão em condições socioeconômicas desfavoráveis, inclusive quanto ao acesso aos serviços de saúde e educação, que, mesmo presentes, podem não conseguir suprir as necessidades dessa população, pois isso lhes demandaria um investimento maior para oferecer o cuidado necessário, amparado pelo conceito de equidade (VIEIRA et al., 2021).

A médica entrevistada entende que a equipe de Saúde da Família (eSF) ainda não está preparada para lidar com as especificidades desta comunidade, enquanto um corpo coletivo de trabalhadores/as que propõe práticas de forma conjunta. Há discordâncias internas na eSF sobre o acompanhamento dessas famílias, sendo comuns falas como: “Ah, já chegou um haitiano. Ai, menos um, mais um. Meu Deus” (E8). Por mais que exista a disponibilidade de profissionais envolvidas/os com a formação de estudantes e residentes, ou seja, trata-se de um contexto de “UBS escola”, a equipe se sente sobrecarregada, podendo ser impaciente e desenvolver atitudes de xenofobia⁵² e racismo. Vale ressaltar que o material da pesquisa foi colhido em vigência do governo do ex-presidente Jair Bolsonaro (2019-2022), político que oficializou o discurso de ódio publicamente. Os efeitos disso nas relações humanas e na micropolítica do cuidado são devastadores ao inflamar o não acolhimento das diferenças, inclusive no âmbito da saúde, contexto que deveria exercer o cuidado de forma segura, mas que pode reproduzir violências à dignidade humana.

A ascensão do populismo de extrema direita, que promove políticas públicas contra imigrantes, mulheres, pessoas negras, minorias raciais/étnicas, pode ser vista como uma forma de política identitária que também agrega ideias de raça, gênero, sexualidade, capacidade e cidadania. (COLLINS; BILGE, 2021, p. 187).

A implicação da residente no cuidado destinado às/aos pacientes haitianas/os revela sua forma singular e ética de trabalhar em saúde e, à sua maneira, estabelecer vínculo, responsabilização e cuidado (FRANCO, 2013). O seu agir-

⁵² A xenofobia se define como uma “aversão a estrangeiros; repugnância a pessoas ou coisas provenientes de países estrangeiros: refugiados sofriam xenofobia em alguns países”; “repúdio a algo ou alguém que não faz parte do local onde se vive ou habita; hostilidade”. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/xenofobia/>. Acesso em: 28/02/23.

trabalhador, mediado pelos afetos do encontro, proporcionou um investimento vigoroso em algumas ferramentas possíveis no contexto da APS: visitas domiciliares; busca ativa de pacientes; teleconsulta; aumento do tempo de consulta; negociações na reunião de equipe; uso do *google* tradutor nas consultas; discussão, junto aos gestores da SES-DF, sobre a possibilidade da presença de tradutores nos atendimentos; bem como estudo exaustivo dos casos, o que deu origem à publicação de um artigo científico em periódico nacional sobre atendimentos de pacientes haitianos no Distrito Federal (VIEIRA et al., 2021).

Voltando ao caso descrito na Narrativa “A minha mãe está doente”, a residente se entendia como médica coordenadora do cuidado, relatando, na entrevista, receio de referenciar⁵³ a paciente para outros serviços da rede de atenção à saúde (RAS), por riscos de novas iatrogenias. Considera que na atenção secundária (ambulatórios) e terciária (hospital), médicas/os teriam poucas ferramentas para lidar com as dificuldades de comunicação e não estariam preparadas/os para atender estrangeiras/os. Além da falta de comunicação entre profissionais dos diferentes níveis de complexidade das RAS, há uma desconfiança da residente nas/os colegas especialistas focais quando, para além das competências técnicas, são necessárias habilidades e atitudes de humanização do cuidado, como pode ser entendido pelo comentário a seguir:

A gente não tem coragem, quase de referenciar eles (pacientes). A gente referencia assim, a mulher que está parindo, né? Porque ela vai precisar de uma assistência. É muito difícil, porque assim, se lá na equipe a gente já tem essas dificuldades e a gente tenta de alguma maneira trabalhar, imagine na secundária, com profissionais que não têm noção do que é competência cultural, que são especialistas focais, que não sabem o que é Medicina Centrada na Pessoa. Impossível. (E8).

⁵³ De acordo com a PNAB (Brasil, 2017a), a *referência* e a *contrarreferência* compõem os processos de regulação locais, por meio da mobilidade de pacientes pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com as suas necessidades de cuidados. Permitem a prática integral da saúde, favorecem a troca de informações entre os níveis de atenção da RAS, o compartilhamento de casos e a continuidade do cuidado. A referência aos serviços especializados deve ser realizada e coordenada preferencialmente por profissionais da Atenção Primária à Saúde. Muitas vezes esse mecanismo de contrarreferência pode não funcionar na prática, pela não compreensão dos profissionais das atenções secundária e terciária sobre a importância da comunicação clínica do paciente para o seguimento conjunto, fato que raramente recebemos contrarreferências por escrito na APS.

Nessa fala é possível ler a angústia da médica sobre não se sentir segura para compartilhar o cuidado da paciente com outros níveis de atenção, ao passo que se responsabiliza em excesso pela condução integral do caso. Nisso estão implícitas as dúvidas de caráter institucional, quanto às lacunas sobre o referenciamento da pessoa estrangeira e seu itinerário nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Na entrevista, a médica questiona alguns pontos importantes: Como e para onde encaminhar?; De que forma garantir que o caso seja bem conduzido?; A paciente será bem acolhida ou sofrerá novas violências institucionais?; A APS receberá a contrarreferência dos procedimentos realizados em outro nível de atenção à saúde? Suas perguntas são coerentes às circunstâncias apresentadas, especialmente pelas barreiras burocráticas enfrentadas por estrangeiros nas relações com as instituições governamentais, incluindo os serviços de saúde. Por outro lado, compreendo que essas dificuldades podem dizer respeito e são compartilhadas com qualquer outra vulnerabilidade ou iniquidade em saúde das/os pacientes, como no uso das RAS em circunstâncias de violência e atendimento da população LGBTQIA+.

Outras dificuldades desse acompanhamento, agora de caráter cultural e que interferiram na relação clínica foram: barreiras linguísticas; barreiras interculturais; diferentes concepções dos cuidados em saúde, como resistência aos contraceptivos; o uso de ervas com possível efeito contraceptivo pela paciente (mas sem clareza da substância ativa, ações, interações, efeitos e eficácia); e diferenças de crenças, como o papel da religião na compreensão dos estados de saúde e doença, interferindo na compreensão sobre o fenômeno da convulsão e colocando em disputa o tratamento médico *versus* a manifestação espiritual.

Apesar dos aspectos complexos a serem considerados no processo saúde-doença e na construção de um plano de cuidados compartilhados (GOUVEIA; SILVA; PESSOA, 2019), a médica foi atenta e cuidadosa ao manejar o quadro clínico interpelado pela crença religiosa. Seguiu, ainda que sem conhecer, as orientações da Organização Mundial de Saúde, no caminho da tolerância aos princípios e às distintas crenças e valores e no respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, buscando promover saúde e assumindo um cuidado sem discriminação de classe social, de cultura, de religião e de raça/etnia (WHO, 2011).

A despeito de toda a sua implicação com a paciente, sua família e com o acompanhamento técnico do caso clínico, a médica ainda se sentia impotente, diante do hiato entre suas expectativas de cuidado pleno de saúde e o que

conseguiu realizar: *“Nossa, eu me sinto muito pequena quando eu atendo um haitiano [...]. No meu tempo como residente lá (na UBS), foi algo muito incrível e angustiante”*. Para mim, enquanto pesquisadora e trabalhadora da APS, trazer essa história de mil folhas, mil facetas e mil possibilidades para a dimensão reflexiva e da escrita me faz pensar o quão inusitado, desafiador e infindável pode ser o trabalho a ser realizado na Atenção Primária à Saúde.

6.9 BARREIRAS NA INTERSECÇÃO ENTRE SEXUALIDADE E RELIGIÃO

A misoginia adquire sentido diante de outras opressões que agem por meio da raça, religião, heterossexualidade, classe e capacidade.⁵⁴
(Patricia Collins e Sima Bilge)

A partir da perspectiva do método clínico centrado na pessoa, o contexto de vida da pessoa que está em atendimento em muito interessa às/aos médicas/os de família e comunidade. Aspectos da cultura e da vida em sociedade, como família, amigos, trabalho, religião, escola, status social e econômico, hábitos e recursos de saúde auxiliam profissionais a compreenderem seu comportamento diante da dinâmica de saúde e doença de forma mais abrangente (LOPES; RIBEIRO, 2015; STEWART, 2017). Na intersecção entre sexualidade e religião não é diferente, esta aparece capilarizada no tecido social, como mostra o quadro 26, sobre as barreiras de comunicação clínica da sexualidade na consulta médica da APS, relacionadas à religião.

Quadro 26 - Barreiras na intersecção entre sexualidade e religião

- ❖ Vulnerabilidades associadas aos ciclos de vida, como adolescência e casais maduros;
- ❖ Influências de crenças e valores: componente moral e repressivo sobre a sexualidade;
- ❖ Valorização da virgindade das mulheres e da estrutura anatômica do hímen;
- ❖ Desconhecimento e/ou desinformação relacionados ao corpo e à sexualidade;
- ❖ Comportamento sexual mediado pela religião, pelo líder religioso ou pela família;
- ❖ Perpetuação da assimetria de gênero;
- ❖ Ausência do campo "religião" no prontuário do e-SUS APS.

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

⁵⁴ COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sima. Interseccionalidade. Trad. de Rane Souza. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2021, p. 74.

Embora o tema religião tenha surgido de forma longitudinal como um dos sentidos de análise desta Tese, o estudo apenas pincela a espessura teórica dos atravessamentos da religião no comportamento sexual das pacientes ao trazer exemplos cotidianos da religião como um importante elemento da cultura na construção das subjetividades, como mostra a fala a seguir:

Ela era evangélica, mas ela se sentia atraída por mulheres. Então, a gente conversou muito sobre essa questão da sexualidade na consulta dela, assim. E foi uma consulta que me marcou muito. Eu fiquei 'gente, olha, como isso é importante abordar, o quanto que isso é significativo pra vida dessa mulher'. Né? Assim, que reprime a própria sexualidade, ela se atrai por outras mulheres, ela sabe que se atrai por outras mulheres, mas é casada e, ao mesmo tempo, sofreu abuso na infância. Então, assim, é, são as demandas ocultas, né? E eu vejo que a sexualidade, ela entra muito nessa questão, com uma demanda oculta, seja por tabu, né? E... 'n' questões, assim... (GF1P4).

Esse cenário reforça a importância do acolhimento e da abertura de profissionais na comunicação clínica da sexualidade, no intuito de acessar convergências como as expostas nesse relato: compreensões de certo *versus* errado mediadas pela religião; orientação sexual; histórico de violências e abuso sexual; bem como a dimensão afetivo sexual dos relacionamentos. Nesse caso, o casamento aparece em oposição à possibilidade de vivências da sexualidade.

E eu fiquei refletindo, assim, que tipo de sociedade a gente tem, né? A gente tem uma sociedade machista, né? A gente tem uma sociedade com uma influência da cultura judaico-cristã muito forte, né? Então, toda a expressão, sexualidade, que a gente, na medicina de família, a gente tem uma outra visão, sabe? A gente parte de um grupo muito diferente do retrato da sociedade, pelo menos a partir da minha visão, né? Então, tanto que, aqui, é um espaço onde a gente tá discutindo isso, com pessoas, enfim, né, com identidade, orientações diferentes. E é super tranquilo pra gente, a gente se sente à vontade. Às vezes a gente não se sentiria à vontade na nossa própria Unidade Básica de Saúde, né? (GF1P8).

A dimensão religiosa é apresentada na pesquisa como intrínseca às questões de saúde e foi apontada como um fator que dificulta a abordagem ampla da sexualidade na consulta médica. Na impressão de médicas/os interlocutoras/es deste estudo, as pacientes atendidas ainda veem a sexualidade como um tabu, seja

por questões religiosas ou por desconhecimento sobre o próprio corpo. A religiosidade, em especial ligada às igrejas neopentecostais, parece ser um fator que baliza o comportamento moral e sexual nas comunidades estudadas, bem como a comunicação sobre a sexualidade, deveras inibida nas famílias.

Nesse contexto, as narrativas buscam aqui exemplificar algumas situações clínicas permeadas pelo viés religioso para pensar criticamente como a medicina de família e comunidade pode contribuir para que pacientes percebam melhor a si e suas necessidades de saúde, em interlocução com a vida em sociedade. Sobre a relação de aspectos religiosos com a saúde sexual, surgiram histórias bem interessantes:

Narrativa – Era uma vez o hímen

Clara tinha 17 anos. Dizia que não tinha vida sexual ativa. Não sabia que tinha. Fazia sexo oral, anal e o parceiro tinha ejaculação vulvar... Só se lembrava da mãe dizendo: *“Minha filha, mantenha esse hímen fechado, hein!?”* E o hímen estava lá, intacto. Mas ela engravidou. Sim, caso raro. Ela no Rio, o parceiro na Paraíba, viam-se de vez em nunca. Faziam de tudo, menos sexo penetrativo, o proibido. Achava que assim estaria salva – da mãe, do purgatório e dos bebês. H-Í-M-E-N, que palavra linda! Ouvia tanto, mas continuava sem entender. Ela me apareceu tão assustada no pré-natal: *“Mas, dra., eu sou virgem. Como isso pode ter me acontecido?”*. Era de uma família religiosa de classe média, onde sexo é daquelas coisas tabus. Xiii. Ela só tinha que se casar virgem. E Clara realmente achou que estava cumprindo os requisitos religiosos da família. Uma coisa que me marcou é que eu podia mudar a pergunta: *“Você tem vida sexual ativa?”* ou *“Você já teve algum tipo de contato sexual?”* Ela entendia que não. Para Clara, contato sexual era um hímen que se rompe ou que não se rompe. Sim, ainda há uma hipervalorização da materialidade anatômica do hímen. Há séculos é visto como um simbolismo do início da vida sexual da mulher. O hímen virou uma entidade à parte, seja em tempos remotos, como uma imposição da igreja, das famílias ou dos casamentos, mas, que, de certa forma, permanece na contemporaneidade: é mãe procurando a equipe de saúde pra saber se sua filha tem hímen preservado, é mulher querendo saber se tem o hímen íntegro para passar despercebida em um novo relacionamento, ou, como Clara, pessoas ou instituições que ainda acreditam que sexo tem a ver com a rotura himenal. Clara não precisava engravidar, pois não queria engravidar. A desinformação gera problemas enormes. Os tabus geram catástrofes.

A estrutura social machista, racista, misógina, heteropatriarcal, discriminatória e, mais recentemente, com clara bipolarização política entre ideias progressistas e libertárias *versus* o crescimento expressivo da extrema direita, com argumentos refutáveis sobre ideologia de gênero, religião e comportamento humano e sexual, nos faz compreender as disputas no campo da discussão de gênero. A sexualidade é um assunto crítico desde o acesso à educação sexual e aos serviços de saúde e contraceptivos às políticas que protegem ou penalizam certas formas de expressão sexual (COLLINS; BILGE, 2021).

A constatação que direitos à saúde no exercício saudável e seguro da sexualidade (SINDING, 2004; WAS, 2008; WHO, 2006, 2011, 2015, 2017) passem a ser vistos como uma ameaça aos valores tradicionais cristãos é um fantasma ainda não superado (PINSKY, 2016). Em contexto bem contemporâneo, após as eleições de 2016 nos Estados Unidos (COLLINS; BILGE, 2021) e de 2018 no Brasil, as crises política, científica, financeira e ética aprofundaram a ação de grupos políticos ultraconservadores e do populismo de extrema direita, produtores de *fakenews* (desinformação deliberada para o confundimento público), que tentam controlar os sujeitos e seus corpos justificados por pressupostos da moral e da religião. Nos esforços para disciplinar as escolhas sexuais de mulheres e meninas, sustentados por normas culturais, há, muitas vezes, uma violência intrínseca (COLLINS; BILGE, 2021).

Profissionais destacaram na pesquisa que, nas comunidades em que atuam, adolescentes costumam negar veementemente a prática de atividade sexual quando questionadas nas consultas. Na narrativa sobre o caso de Clara, atendida por uma das preceptoras, há aspectos complexos a serem analisados. De início, o desconhecimento de Clara sobre o que seria "vida sexual ativa" e "contato sexual". Clara desconsidera que praticar sexo oral e anal seriam modalidades de relação sexual, pois parte da premissa que o ato sexual deve envolver a penetração do pênis na vagina (AMORIM; GARCIA; SOUSA, 2022). Essa crença revela a desinformação de Clara sobre anatomia e fisiologia básicas dos órgãos genitais feminino e aspectos fisiológicos da reprodução, achado comum em adolescentes grávidas (BVS, 2009).

Apesar de Clara ser uma adolescente de classe média que, pela idade e *status* social, poderia ter angariado tais ensinamentos na escola, na família ou em seu acompanhamento com profissionais de saúde, de acordo com o acesso à saúde

sexual e reprodutiva, previsto no Estatuto da criança e do adolescente (BRASIL, 2019), ela permanece sem compreender como se deu sua gravidez. Nesse aspecto, sofre importante influência da sua formação religiosa nas concepções de sexo e sexualidade, que definem as crenças e valores da família quanto à virgindade e comportamento sexual. A estrutura do hímen aparece como simbolismo do início de sua vida sexual, restringindo e prejudicando o exercício de sua sexualidade e as decisões sobre seu próprio corpo.

O assunto virgindade e início da vida sexual das mulheres é cercado por mitos, equívocos e desinformação (BROCHMANN, NINA; DAHL, 2017, p.24). Há em suas margens questões de ordem social, econômica, jurídica, sexual (AMORIM; GARCIA; SOUSA, 2022), religiosa e política. Sobre as mulheres recai o veredicto, que transpassa culturas, de ser pura/impura, de acordo com seu status himenal, persistindo a ideia desse rito de passagem ainda no século XXI (KNIBIEHLER, 2016). No caso de Clara, a gestação não modificou a sua crença sobre ser uma mulher virgem, por considerar a virgindade feminina apenas pelo seu aspecto físico – corpo que não sofreu penetração – e disso derivam os aspectos moral e religioso.

Há, na supervalorização dessa estrutura anatômica, uma importante assimetria de gênero, especialmente quando se pensa no hímen como uma marca de castidade. Homens não podem ser julgados por sua análise genital como (im)puros, tampouco passam por testes de castidade ou têm sua honra questionada por uma questão anatômica (BROCHMANN, NINA; DAHL, 2017). As mulheres sim, mesmo que as evidências sejam contrárias – a ideia em torno do hímen como uma prova anatômica sobre a sexarca é uma falácia, já desconstruída pelo trabalho de peritos da medicina legal (INDEPENDENT FORENSIC EXPERT GROUP, 2015), ou seja, o exame de inspeção da genitália feminina não diferencia hímens de quem já teve ou não relações sexuais (Adams e Botash, 2004; RAVEENTHIRAN, 2009).

Em linhas gerais, o hímen é uma dobra da mucosa vaginal, que forma uma coroa na parede vaginal; é aberto, permitindo a saída de fluidos; é elástico e extensível; sua anatomia é diversa em cada mulher (BROCHMANN, NINA; DAHL, 2017; VELASQUEZ; BRINEZ; DELGADO, 2012). Algumas mulheres podem sangrar na sua primeira relação sexual, mas isso depende da flexibilidade da estrutura. A penetração vaginal não resulta em evidências observáveis, portanto, os testes de virgindade não fazem sentido, da perspectiva científica, são clinicamente irrelevantes e podem ser confundidores (ADAMS; BOTASH; KELLOGG, 2004; INDEPENDENT

FORENSIC EXPERT GROUP, 2015). Entretanto, o hímen permanece como destino de especulações quanto às suas funções e sua relação com a virgindade (KNIBIEHLER, 2016).

Voltando ao caso de Clara, a sua família, de formação católica, entende que a preservação da estrutura himenal é importante pelo seu valor moral e religioso, traduzido pelo *status* social de virgindade para o casamento, na perspectiva daquele núcleo da Doutrina Cristã. Apesar de discussões progressistas relacionadas à liberdade sexual e à emancipação feminina dos movimentos feministas, a virgindade das mulheres parece ainda preservar grande importância simbólica em alguns grupos e comunidades (KNIBIEHLER, 2016; PINSKY, 2016). Com tal ênfase e atualidade que existem no mercado objetos de consumo, como o hímen artificial *virginity* – um produto erótico produzido pela marca *SoftLove*, e a himenoplastia – procedimento cirúrgico de reconstrução e reparação do hímen, que seriam simulações de uma "nova" perda da virgindade destinada a agradar o outro, o parceiro (AMORIM; GARCIA; SOUSA, 2022).

O temor pela liberdade sexual das mulheres persiste na contemporaneidade, o que significa que, apesar das conquistas do século XX – o declínio das vocações religiosas; a disseminação da psicanálise; o advento da contracepção; a proliferação de pesquisas sobre sexualidade; a referência ao sexo nas artes e na mídia; e as bandeiras feministas – o hímen e a virgindade permanecem como símbolos da moralidade e valorização das mulheres (KNIBIEHLER, 2016).

Há, no caso relatado, um importante direcionamento familiar heteronormativo e religioso na compreensão e na tomada de decisões de Clara sobre o próprio corpo e no seu comportamento sexual, vindo de discursos que emitem o que pode ou não o corpo da mulher, comum a algumas culturas conservadoras (PRETORIUS; MLAMBO; COUPER, 2022). As premissas religiosas sobre sexo – erro, pecado e vergonha – confundem, culpabilizam e não se traduzem em suporte emocional. As famílias não falam ou falam mal de sexo; a escola não investe na educação sexual ou fracassa em sua responsabilidade básica de educar (LOURO; FELIPE; GOELLNER, 2019; SRINIVASAN, 2021); e a sexualidade é tida de forma estigmatizante como um risco social (WHO, 2006).

Apesar do acesso aos métodos contraceptivos ter desvinculado, há décadas, o ato sexual da reprodução, seguem atrelados os graves efeitos da desinformação, tanto de Clara quanto de seu parceiro, como um fator de confusão, que culminou em

uma gravidez indesejada. Estima-se que 50% das gestações não sejam desejadas (BVS, 2009). Às/aos profissionais de saúde interessa não perder de vista que as conquistas políticas, de direitos e dos movimentos feministas vêm garantindo às mulheres maior autonomia e domínio sobre seus corpos e sobre o exercício de sua sexualidade (AMORIM; GARCIA; SOUSA, 2022; GIDDENS, 1993; KNIBIEHLER, 2016). Em um dos grupos focais analisados, houve um relato interessante sobre uma jovem que procurou uma especialista em ginecologia para inserir o DIU:

Ela tem endometriose, mas ainda não teve relação sexual com penetração. E aí ela falou: “Eu quero colocar um DIU. Eu acho que o meu hímen é só uma... não, não significa minha virgindade. Então, eu queria, tipo, que eu pudesse intervir de alguma forma pra eu colocar o DIU. Eu tenho endometriose e eu não tô bem”. E aí a ginecologista ficou, tipo: “Não, eu não consigo. Tipo, é além do que eu consigo”. (GF4P10).

Nesse relato, a jovem paciente fez uso de sua autonomia e liberdade para comunicar o que desejava enquanto método contraceptivo, mas seu direito não foi protegido, apesar de, nesse caso, não haver contraindicações técnico-científicas para o procedimento de inserção do DIU. A garantia dos direitos sexuais não está favorecida na formação em saúde, de forma que profissionais não compreendem os direitos reprodutivos como constituinte dos direitos humanos fundamentais (LEMOS, 2014).

Profissionais com crenças ou concepções rígidas sobre sexualidade tendem a escutar pouco e podem vir a conduzir seus pacientes de forma hierárquica e iatrogênica (CANELLA, 1991; CESNIK-GEEST, 2016; VITIELLO, 1993). Assim, produzem desinformação sem embasamento científico e reduzem a sexualidade a aspectos biológicos, morais e/ou religiosos, o que pode se caracterizar como um abuso do poder médico sobre a sociedade, pois privilegia a sua compreensão de verdade, em detrimento da ciência, de pacientes e da comunidade. Das perspectivas discursiva e cultural, parece inalcançável a neutralidade e o apagamento de valores na relação médica/o-paciente, apesar de Cesnik-Geesk (2016) argumentar pela importância da abordagem da sexualidade de forma imparcial às crenças e valores profissionais e pelo foco nas necessidades das/os usuárias/os.

Os direitos sexuais e direitos reprodutivos são reconhecidos como direitos humanos, devendo ser assegurados pelo Estado, serviços e profissionais de saúde.

A consulta é um importante locus para o reconhecimento desses direitos, pela dimensão da escuta e pela privacidade, mas Lemos (2014) verifica que profissionais da APS tem uma postura contraditória no que se refere aos nexos entre religião e sexualidade e mantém um discurso com foco em ações preventivas e informativas. O quanto elementos cristãos e políticos podem pautar as condutas profissionais em saúde? Independentemente das posições religiosas de médicas/os e usuárias/os, o respeito às decisões reprodutivas e às escolhas sexuais dos sujeitos devem ser garantidos.

A primeira relação sexual está acontecendo cada vez mais precocemente (BVS, 2009). Portanto, atenção especial deve ser dada às/aos jovens que podem estar demasiadamente influenciadas/os pelos valores comunitários e familiares, com dúvidas e receios quanto ao exercício da sexualidade, sem informações básicas precisas para compreender seus corpos em transformação, e sem conhecimento, autonomia e/ou maturidade para ter relações sexuais saudáveis (WHO, 2006).

Casos como o de Clara não são exceção e podem ser considerados como uma tragédia social, assim como se configura a gravidez na adolescência ou a gravidez indesejada no Brasil, pelos seus efeitos nos campos psíquicos e sociais (NEVES FILHO, 2007). Circunstâncias que poderiam ser evitadas por meio de acesso à saúde, à contracepção e às medidas preventivas e de promoção à saúde destinadas às/aos adolescentes; letramento em saúde; comunicação clínica assertiva em consultas de adolescentes; com educação sexual isenta de moralidade e julgamentos em ambiente familiar, escolar ou de saúde (LOURO; FELIPE; GOELLNER, 2019; NEVES FILHO, 2007).

A importância que se construiu em torno do hímen na história traduz mais um método de controle e restrição da sexualidade feminina (KNIBIEHLER, 2016). Então, sim, precisamos falar sobre o hímen para informar que essa estrutura anatômica não tem funções fisiológicas; que o hímen não é um parâmetro anatômico ou de qualquer outra natureza para definir comportamento ou moralidade; e que não há no corpo qualquer sinal a ser revelado sobre a virgindade.

Porém, para além do hímen, precisamos falar sobre a autonomia das mulheres sobre seus corpos, a sexualidade, as escolhas, o acesso à saúde sexual e reprodutiva; o acesso à contracepção; o poder de decisão sobre a vivência da sexualidade, a liberdade e outros. São nesses aspectos que o início da vida sexual de jovens interessa à ciência, à defesa dos direitos sexuais e reprodutivos e ao

trabalho de médicas/as de família e comunidade, inseridas/os nas comunidades e em suas problemáticas.

Em seguida, uma narrativa sobre uma mulher já madura, mas que também sofre influências religiosas em sua vida sexual.

Narrativa – Sexo e religião: um dilema obscuro

Dona Judite, 48 anos, mulher preta. Uma figura fortemente evangélica – vestia saia justa e comprida, tinha os longos cabelos presos por coque, fala mansa e precisa. Veio por uma queixa de dor de cabeça. Conversa fluida, diagnóstico simples, tratamos, parecia tudo certo. Parecia simples demais. Mas, chegando ao fim da consulta, resolvi confirmar: *"Dona Judite, se tiver mais alguma outra questão, aqui podemos conversar sobre qualquer coisa, viu?"*. Foi quando ela, que já estava arrumando a bolsa para se levantar e sair, me olhou profundamente, se remexeu na cadeira, respirou aliviada e disse: *"Então tá, agora eu me sinto confortável pra falar. Eu vim mesmo por outra razão. Meu problema real é que tenho a vagina frouxa"*. E foi assim que ela deu vazão ao seu longo enredo. Era casada há muitos anos, tinha 7 filhos dessa relação, amava e desejava o marido. Mas tinha um tal desencontro entre a religião e o seu gosto por sexo. Aquele hiato havia se tornado uma grande ferida. Judite foi trabalhadora do sexo na vida jovem, situação em que conheceu seu companheiro. Eles se davam muito bem na cama, mas nos últimos meses Judite estava terrivelmente incomodada com o fato de seu marido, durante a penetração, colocar as mãos na sua vagina para tentar apertá-la. *"Eu tenho vontade de morrer nessa hora. Ele aperta forte, dr."*. Sentia-se culpada e inútil por não proporcionar ao parceiro o prazer de sempre. Ambos gostavam de estar juntos e adoravam transar. O sexo parecia mesmo algo muito importante para a relação deles, mas Judite começou a ver problemas no seu corpo. Justo ela, que sentia tanto prazer. Justo ela, que tinha a questão sexual tão bem resolvida... Havia pensado no sexo anal como uma solução, aliás, era tão bom para ambos... Mas defrontou-se com outro dilema, agora da ordem religiosa: o sexo anal era sujo e profano. Ah, não... Falaram com o pastor, insistiram, suplicaram. Mas foram aconselhados a extirpar a perversão da vida antiga. *"Dr., me ajuda, porque eu sou apaixonada por sexo"*. Ela repetia isso com tanta força, que eu só pensava em curá-la de sua fé nos homens. E eu bem que queria conseguir confrontar aquela voz proibitiva do pastor e a violência do marido... Mas isso seria em vão, apenas uma disputa de poderes e representações. A dor de Judite estava na incompatibilidade. Para mim havia ali uma mulher moderna em vestes antigas, um cerceamento moral de uma mulher gigante que, pela experiência e liberdade, poderia ajudar tantas outras mulheres com problemas sexuais, inclusive em sua comunidade religiosa. Ela tinha libido, ímpeto de vida, tinha força e criatividade. Então a examinei. E não havia problemas maiores com o seu corpo, ela estava ótima. O problema eram

os outros. Assim como uma paciente que foge às expectativas de sua imagem, o seu dilema, sobretudo humano, me comoveu. Uma sexualidade interferida por outros olhares: o olhar do marido, o olhar do pastor, o meu olhar como médico. E ela sozinha só queria gozar, como sempre o fez. A medicina tem mesmo essa capacidade de nos deslocar para situações que jamais chegaríamos sozinhos.

Esse é o relato de um jovem médico residente⁵⁵ que fazia seu primeiro atendimento com a paciente Judite. Ela, que buscava atendimento na Unidade Básica de Saúde pela terceira vez, mas antes não tinha conseguido comunicar tal queixa de "vagina frouxa" com outros profissionais. Cesnik-Geesk (2016) verificou que as pacientes que mais necessitam discutir sobre sexualidade na consulta são as mesmas que a evitam por fatores como o constrangimento. Por algumas razões, ela se sentiu confortável para deixar emergir a demanda, até então oculta. Há um detalhe importante na comunicação que se estabeleceu nesse encontro clínico: o médico havia lhe oferecido abertura, informando que poderiam "conversar sobre qualquer coisa na consulta" (E2).

Sobre a importância do prontuário e-SUS APS na obtenção de informações, médicas/os consideraram nos grupos focais que, caso existissem campos específicos para preenchimento básico sobre parcerias sexuais, religião e atividade laboral, poderiam auxiliar a esclarecer aspectos importantes da vida de pacientes já no início da consulta. O campo "trabalho" está previsto no cadastro do cidadão (BRASIL, 2021a, 2021b), mas os demais dados dependem da priorização da/o entrevistador e/ou do fluxo da consulta.

Se tivesse, é, os itens na frente, religião, sexualidade... seria muito mais fácil pra gente abordar as coisas. (GF1P5).

E não é só isso. Por exemplo, também não tem religião. Como é que eu vou abordar às vezes a sexualidade de uma pessoa sem saber a religião dela? Porque... se ela tem religião, se ela é... ateu/ateia... varia muito, como eu, como médica vou abordar [...]. Porque, se eu, sei lá... uma pessoa, é... evangélica, ela vai tratar, na maioria das vezes, assim, sem, ela vai tratar a sexualidade de uma maneira diferente de um ateu.

⁵⁵ Na ocasião da entrevista, este entrevistado era um residente de medicina de família e comunidade do segundo ano (R2), que informou não ter tido formação específica sobre o tema sexualidade na sua formação em medicina. No entanto, relata que tem facilidade de se comunicar, gosta de ouvir histórias e de estudar ferramentas de comunicação clínica, para melhor dialogar com suas/seus pacientes. Nessa consulta, fez uso de uma abordagem empírica, que chama de "uso o meu jeito de ser", o que me pareceu bem próxima da perspectiva de Michael Balint (BALINT, 1998) sobre médicas/os poderem ser o próprio "medicamento" de suas/seus pacientes no encontro clínico.

É diferente. É totalmente diferente. Eu acho que é muito importante a gente saber disso pra gente saber como abordar a sexualidade. (GF1P3).

Essa última fala destaca que, saber previamente sobre a definição religiosa, pode ajudar profissionais a compreenderem sobre simbolismos da sexualidade para pacientes, o que não se consolidou neste caso. Portanto, profissionais devem ficar atentas/os diante de suas preconceções e evitar estereotipar as usuárias. No início da entrevista que deu origem à narrativa sobre Judite, o médico fez questão de descrever detalhadamente a paciente. Parecia haver uma expectativa sobre ela, sobre o que seria esperado de seu atendimento, sobre o que ela "deveria ser", a partir do seu aspecto visual, de como se veste e de como se apresenta. Por ela ser evangélica, à princípio ele não esperava uma demanda em saúde sexual de uma mulher que "foge às expectativas".

Como ferramentas de comunicação utilizadas pelo médico, ele valoriza o que denominou de "entradas de saudações" como atitudes prévias à consulta: chama a paciente pelo nome, a recebe na porta e estabelece contato visual. A preparação da consulta revela condição preliminar para organizar o ambiente de atendimento e garantir privacidade e conforto (BARREIROS et al., 2021; CARRIÓ, 2012). Ações como chamar pacientes pelo nome, recebê-las/os na porta do consultório, cumprimentá-las/os de forma cordial e estabelecer contato visual, mostrando-se disponível enquanto as perguntas lhe são dirigidas diretamente podem sinalizar respeito, conexão e expressar profissionalismo na relação médico-paciente, auxiliando na fluidez da comunicação clínica (CARRIÓ, 2012; NICHOLS, 2012).

Então acho que tem os detalhes, né? Da questão de receber na porta, né? Chamar paciente, sempre manter um contato visual, de falar boa tarde pra ela, enfim, tem essas entradas de saudações, assim. Então me apresentei e tudo mais, né? Sempre mantive interesse, fazendo sinais de que eu estava acompanhando a história com a cabeça. É, interesse. (E 2).

Durante o atendimento, o médico buscou manter uma atitude calma, interessada e com escuta ativa. Também investiu na linguagem não verbal, fazendo sinais de que estava acompanhando a história. A comunicação não verbal direta aprimora a conexão relacional (NICHOLS, 2012). Assim, conseguiu deixar emergir a demanda oculta da paciente, recebendo com disponibilidade a nova queixa.

Eu acho que eu estava com energia: vamos entender, vamos resolver [...]. Tranquilo, sem problema, vamos conversar, o que você queria conversar aqui? Qual é a sua demanda? [...]. O que está te incomodando? E aí ela se sentiu super aberta mesmo. (E2).

Diante da mudança brusca nos rumos da consulta, o residente percebeu que se tratava de algo que exigia total abertura, atitude de não julgamento e tempo, para que o incômodo da usuária fosse verbalizado. A disponibilidade emocional, o investimento no vínculo médico-paciente e a confiança foram destacados como aspectos marcantes desse atendimento. Nas discussões com os grupos focais, surgiu de forma similar que, vínculo, confiança e longitudinalidade podem ser facilitadores para a comunicação da sexualidade na Atenção Primária à Saúde, inclusive em situações em que religião, princípios e valores parecem ser importantes componentes para as/os pacientes, o que aparece também em outras pesquisas (PRETORIUS; MLAMBO; COUPER, 2022; WIMBERLY et al., 2006).

O residente disse ter se sentido desafiado e impactado pelo caso, em caráter pessoal e profissional, bem como privilegiado de Judite ter lhe confiado sua história de vida, apesar das assimetrias: ele era branco, jovem, inexperiente e nada religioso. Apesar de qualquer diferença entre médica/o-paciente – identidade de gênero, idade, etnia, religião, orientação sexual, profissão, classe social, ou manifestação cultural (GOUVEIA; SILVA; PESSOA, 2019; PRETORIUS; MLAMBO; COUPER, 2022) – o interesse genuíno pelo que se produz no encontro clínico pode contribuir profundamente para que a comunicação se estabeleça de forma eficaz.

Eu tentei conter um pouco a minha surpresa e também a emoção de estar neste lugar, né? Porque a medicina te coloca em locais que naturalmente uma pessoa nunca estaria, entendeu? Eu estava no lugar ali da intimidade, de uma é paciente de 48 anos, enfim, é mãe de família, 7 filhos, religiosa, negra... E eu estava naquela posição, né? É junto também com outras questões, como a questão religiosa dela. Eu não queria ferir também esses princípios dela. Eu fiquei bem nessa dificuldade do que fazer, né? Mas eu fiquei muito feliz e foi muito marcante para mim essa experiência. [...] Eu acho que na prática, também não abordo muito a questão da sexualidade, né? Acho que foi meio que um desbloqueio também pra mim, que eu nunca tinha falado abertamente. [...] Acho que hoje eu consigo falar melhor com outras pacientes que possam vir a ter esse problema. (E2).

Elementos culturais e religiosos podem inibir a discussão sobre saúde sexual na consulta médica da APS, pela dimensão conservadora, pelas diferenças e expectativas entre paciente e médica/o (DINIZ et al., [s.d.]; PRETORIUS; MLAMBO; COUPER, 2022). No caso, o residente se surpreendeu com a fluidez da mulher em falar sobre sexualidade, o que lhe representou um aprendizado prático sobre a abordagem da sexualidade na clínica. Essa experiência contribuiu para que ele pudesse balizar suas expectativas *versus* inseguranças. E em momento oportuno, chamou pelo preceptor para lhe dar apoio técnico, que, no âmbito clínico, definiu acompanhamento conjunto com a fisioterapia pélvica. Como limites, o residente pontuou que, apesar da escuta e do acolhimento, ele e preceptor, ambos homens, tiveram muitas dúvidas de como apoiar a paciente na dimensão subjetiva da sexualidade.

Então, a princípio, não fazia a menor ideia do como é que eu poderia abordar essa situação, né? Tão íntima. (E2).

O caso trouxe alguns desdobramentos sobre as possíveis abordagens pela medicina de família e comunidade, que foram resumidos no quadro 27:

Quadro 27 - Aspectos importantes do caso relatado na narrativa "Sexo e religião: um dilema obscuro"

CONTEXTO CLÍNICO A SER INVESTIGADO	A queixa de vagina frouxa sem outros sintomas clínicos associados foi conduzida pelo residente e seu preceptor com avaliação no exame físico e acompanhamento de fisioterapia pélvica, para fortalecimento da musculatura pélvica. Pela entrevista, é possível inferir que Judite poderia ter algum grau de prolapso dos órgãos pélvicos, termo que abrange prolapso uterino, cistocele/prolapso da bexiga, retocele/prolapso do reto ou do intestino grosso e enterocele/prolapso do intestino delgado, cujo manejo conservador deve mesmo ser o acompanhamento conjunto com a fisioterapia (BMJ, 2023). ⁵⁶
CONTEXTO CONJUGAL	Há questões que poderiam ser trabalhadas na consulta compartilhada de casal, pela estratégia de abordagem familiar ⁵⁷ , no sentido de abordar expectativas, receios e possíveis práticas sexuais confortáveis para ambos.
CONTEXTO RELIGIOSO	A relação do casal com a igreja e com a concepção religiosa da sexualidade estava interferindo em suas práticas sexuais e lhe causando sofrimentos. Nesse contexto, o médico, por acreditar que a cultura e a religião podem ser importantes suportes sociais e emocionais, teve dificuldades de estimular a paciente a pensar criticamente sobre sua autonomia. Apesar de reconhecer os prejuízos nas vivências da paciente, entendeu a importância do pastor na rede de apoio de Judite e não quis causar qualquer interferência ou dúvida sobre esse papel de autoridade.

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

⁵⁶ Revisão clínica realizada em 01/03/2023. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/659>

⁵⁷ Ver definição de abordagem familiar na nota n.º 6, p. 28.

Sobre o enredo, a história de dona Judite revela uma relação assimétrica de gênero, que se expressa inclusive no ato sexual, quando a mulher é encorajada a satisfazer o homem a qualquer custo e renegando seu corpo; no controle institucional das práticas sexuais, em que operam igreja e matrimônio, marcando diferenças de gênero, a partir de justificativas biológicas e teológicas (ESPERANDIO; FERNANDES; HEFTI, 2022; LOURO; FELIPE; GOELLNER, 2019). O sistema patriarcal de privilégios masculino imprime sobre o corpo objetificado da mulher uma hiper responsabilização pela manutenção dos laços afetivos, com foco na estrutura familiar monogâmica e religiosa, efeitos das rígidas normas de gênero (SRINIVASAN, 2021).

Judite coloca sobre a medicina a expectativa de validação ou resolução do seu dilema. Este é um ponto de suma importância para a interlocução teórica desta tese, pois as várias barreiras aqui encontradas na dimensão da comunicação sobre a sexualidade na clínica da APS nos deslocam para a reflexão: Que uso fazemos da medicina em interlocução com os sujeitos de quem cuidamos? O caso de Judite é emblemático para revelar que, em oposição à medicina dos órgãos (FOUCAULT, 2014), não há como abstrair o sujeito para identificar o fato patológico/ a doença. Nesse caso, o sujeito, seu sofrimento e o modo que se vive, com os simbolismos que carrega, são a própria "questão em saúde" apresentada como queixa.

Apesar de sexualmente saudável e com a libido preservada, chega a culpabilizar sua vagina e suas práticas sexuais, criando a equivocada relação corpo/sexualidade com a vergonha (DINIZ et al., [s.d.]; SRINIVASAN, 2021), o que lesa sua autoestima. Judite sabe as potencialidades do seu corpo com a prática do sexo anal, mas é alvo de relações de poder que permeiam sua vida privada e a dinâmica de sua relação afetiva – há um julgamento moral da igreja que associa o sexo "pênis-ânus" à sujeira e ao pecado e à uma atitude contrária ao que seu pastor esperaria de seus fiéis. Nesse fenômeno, há uma contraposição do direito ao sexo. Nega-se ao corpo da mulher ser sujeito de direitos, liberdade e transcendência (TIBURI, 2021). O desejo da mulher é julgado, seu prazer inibido e suas práticas sexuais coibidas. A expressão sexual torna-se moldada pela opressão, o que também pode ser visto pela perspectiva da violência estrutural, institucional e de gênero.

Nas discussões dos grupos focais, foram prevalentes falas sobre os efeitos das convenções dos papéis sociais de gênero na saúde mental das pacientes, com

especial incômodo no que concerne aos relacionamentos legitimados de forma legal, religiosa ou cultural e que produzem violências contra as mulheres, as quais são obrigadas a manter relações sexuais com seus parceiros. O "estupro marital" que não parece ser o caso de Judite, mas que foi relatado pelas/os profissionais como prevalente, ainda é um objeto pouco explorado do ponto de vista da saúde e uma questão urgente para se encarar e combater. Isso me remete à importância dos feminismos na construção de recursos políticos, legais, emocionais e culturais, para que as mulheres não sejam obrigadas a fazer sexo, para que tenham direito ao sexo como o desejarem, para que tenham o direito à igualdade, inclusive a de prazer (SRINIVASAN, 2021).

Quanto à abordagem das questões ligadas à moral e à religião, médicas/os de família e comunidade podem ter dificuldade de adentrar o terreno insólito das queixas com relação às vivências da espiritualidade/religiosidade. A paciente aparenta trazer um conflito espiritual, como trazido ao Brasil por Esperandio et. al (2022). Nesse artigo podemos apreender que há uma escala de conflitos espirituais, em que se observam tensões, crises e conflitos relacionados ao que a pessoa acredita como sagrado. Na escala, encontram-se aspectos morais e interpessoais em que a paciente Judite parece se enquadrar: "eu me senti rejeitada ou incompreendida por pessoas religiosas" e "fiquei preocupada com a possibilidade de minhas ações serem incorretas do ponto de vista moral ou espiritual".

A presença de conflitos espirituais aparenta ter um papel nos aspectos emocionais da paciente, com implicações em sua saúde mental (ESPERANDIO; FERNANDES; HEFTI, 2022). A área de estudo da espiritualidade dentro dos problemas de saúde mental ainda carece de avanços teóricos, porém parece haver uma relevância do sofrimento mental permeado por conflitos espirituais (ESPERANDIO; FERNANDES; HEFTI, 2022). Assim, percebe-se que a capacitação no tema "espiritualidade e saúde" na formação médica poderia ser de grande valia para corroborar a abordagem das queixas espirituais, inclusive no entorno da clínica da sexualidade. No caso de Judite, a disputa de vozes, representações e simbolismos, exclui a mulher de seu próprio processo de subjetivação por elementos de tradição, preconceitos, violências simbólicas e físicas, que pesam sobre seu corpo e sobre seu comportamento sexual, corroborando com a pesquisadora Márcia Tiburi (2021, n.p.): "ser mulher é passar por uma grande mutilação."

Partindo da ideia dos feminismos como uma aposta relacional ético-política, promover uma atitude feminista seria, antes de tudo, não atrapalhar o processo de autonomia da mulher sobre a saúde, bem como apoiá-la a se subjetivar no ato da consulta; reconhecer o seu corpo; validar sua singularidade; ser antimachista, antirracista, anticapacitista e anticlassista; não submetê-la a mais violências; auxiliá-la a se conectar com suas potências; e defender o SUS como projeto de bem viver social. No caso supracitado, o médico como aquele que está à disposição das necessidades do outro, permitiria uma ética do cuidado em que a subjetividade é reconhecida e não se submete ao coletivo (TIBURI, 2021). Assim, poderia ter questionado sobre o lugar de censura do pastor; a dimensão da religião nas decisões individuais; e possibilidades de práticas sexuais para o casal.

Como nas narrativas apresentadas neste subcapítulo, a especialidade de medicina de família e comunidade permite que profissionais entrem em contato com questões íntimas e sensíveis de pacientes, que, como as de sexualidade, podem deslocá-los para campos de desconforto. Como visto, a abertura para a escuta, a atenção para aspectos das interseccionalidades e o método clínico centrado na pessoa em muito podem auxiliar uma abordagem inicial e a construção do vínculo, para uma relação médico-paciente confortável para ambos.

Sobre a importância da pesquisa para contar as narrativas das/os médicas, as histórias de pacientes e valorizar o que se vive nos atendimentos da medicina de família e comunidade, um relato assim, com tantas intersecções, provoca-me a pensar: por que não se aprende a lidar com situações como essa na universidade? Por que a comunicação clínica em sexualidade não compõe, ainda, o currículo formal da medicina?

Eu acho que (esse caso) foi um momento bem interessante assim, fora da curva, né? Dos atendimentos de rotina. Assim foi uma coisa que chamou muita atenção. Eu fico feliz também de participar da pesquisa para poder lembrar, sabe? Porque passa tanta história pra gente assim? E às vezes a gente nem conta pros outros e fica pra gente [...]. Eu vou participar da pesquisa para documentar isso também, que vai ser bem legal. Então eu fico feliz. Eu fico muito feliz de contar a história. Foi um momento especial também da residência, né? Um dos atendimentos, assim, que marcaram. (E2).

Desde o momento em si da entrevista, esse caso me tocou profundamente como médica de família e pesquisadora. Naquele cenário, pude escutar a história de perto e com as nuances e emoções do narrador. E, depois, com calma, transcriá-la e analisá-la, a partir de algumas outras lentes. Espero que essa narrativa possa gerar reflexões vastas nas/os leitores, ampliando nossas/suas perspectivas e trazendo sentidos aos pontos cegos do encontro clínico.

Até aqui, a tese se concentrou em descrever e analisar as muitas barreiras que impedem os cuidados eficazes na saúde sexual das mulheres, para que possíveis caminhos possam ser pensados no intuito de superá-las, a partir das potencialidades dos currículos e programas educacionais. Seguirei para a finalização da tese com o próximo capítulo, no qual foco na importância do ensino da sexualidade na formação médica.

7. O ENSINO DA SEXUALIDADE NA MEDICINA: UMA ABORDAGEM PROPOSITIVA

Este capítulo segue para a finalização da tese, identificando e discutindo as especificidades da formação médica em relação à sexualidade na graduação, na residência e/ou na educação permanente. Nesse caminho, advogo pela sua importância na prática profissional da medicina, ao detectar que o treinamento inadequado em comunicação em todas as fases formativas no manejo de problemas sexuais parece ser uma barreira central. Para além da identificação e análise já realizadas em torno de barreiras e dificuldades para a comunicação da sexualidade, a pesquisa apresenta, a partir deste capítulo, métodos educacionais e possibilidades pedagógicas direcionadas ao ensino da saúde sexual, bem como uma proposta de currículo médico baseado em competências, com foco em sexualidade e saúde sexual, aplicável em diferentes fases da formação em medicina.

7.1 O APRENDIZADO DA SEXUALIDADE NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CENÁRIOS POSSÍVEIS

A sexologia, como saber científico da medicina contemporânea ocidental, nasceu no século XIX, quando a medicina se apresenta como científica, empírica, clínica e de viés terapêutico, sustentando uma objetividade que a torna confiável, original e moderna (FOUCAULT, 2014, 2019). O que se entende por sexologia ou ciência sexual esteve em profunda transformação no século XX, sofrendo influências do exercício de poder da medicina sobre os corpos, do modo de produção capitalista e do desenvolvimento tecnológico, desde as possíveis intervenções médicas (como medicamentos e procedimentos) à ampliação do acesso às informações por meio da democratização das mídias (BÉJIN, 1987; GARCIA, 2007, RODHEN, 2001). Na segunda metade do século XX, a sexologia⁵⁸ avançou, produzindo novas

⁵⁸ No Brasil, os estudos em sexologia tiveram grande aproximação da especialidade de ginecologia. Em 1986 foi criada a SBRASH (Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana), a partir do Comitê Nacional de Sexologia da FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia) (GARCIA, 2007). O surgimento da ginecologia enquanto especialidade médica está atrelado à construção de um discurso de verdade científica sobre o corpo das mulheres e suas questões de saúde, o que buscou substituir a atuação das parteiras e de outros conhecimentos populares por uma medicina intervencionista, realizada por homens e em ambiente hospitalar (Rohden, 2001). A história da sexologia no Brasil pode ser aprofundada com a leitura de CARRARA;

possibilidades para as vivências da sexualidade, assim como novas categorias para o sexo, novas subjetividades, novas percepções e discussões sobre o corpo. Em contrapartida, também o processo de medicalização do corpo e da sexualidade, com terapias, medicamentos e intervenções cirúrgicas: a farmacologia do sexo, com o advento da pílula anticoncepcional (autonomia sobre reprodutiva) e da medicação para ereção masculina; o foco mercadológico para tratamentos das disfunções sexuais femininas; a ampliação dos estudos sobre anatomia e funcionalidades do clitóris; e o emprego hormonal da testosterona na sexualidade das mulheres, o que pode endossar normas de gênero, em especial sobre a relação da potência ou satisfação sexual com o que é tido como masculino (ROHDEN, 2001; VIEIRA, 2002).

No ensino médico, a comunicação estruturada sobre o sexo e questões atribuídas à sexualidade passaram a aparecer na consulta apenas no decorrer do século XX, devido à importância de alguns dados da saúde sexual para a anamnese (BURD; NEVADUNSKY; BACHMANN, 2006). Apesar da relevância da dimensão sexual na vida em sociedade (FOUCAULT, 2019), a formação médica não acompanhou a demanda crescente da população por cuidados em saúde sexual de alta qualidade, tampouco o avanço científico e tecnológico nas terapêuticas, mantendo-se inadequada quanti e qualitativamente em todos os ciclos formativos (ALARCÃO et al., 2012; PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010).

Ao iniciar a coleta de dados da pesquisa com o primeiro grupo focal, percebi que, antes de compreender como médicas/os de família e comunidade comunicavam sobre assuntos sexuais em suas consultas no ambiente da Atenção Primária à Saúde, era preciso resgatar questões associadas à graduação e aos currículos médicos. Então me interessou saber: o que exatamente aquelas/es profissionais traziam de bagagem formativa no âmbito da sexualidade, desde quando ingressaram na medicina? E assim responderam:

[A sexualidade] é uma sabedoria das ruas [ri]. (GF1P4).

Vem de amigos, primos... Nada de professor, nada de graduação, nada de pais.
(GF1P5).

Na minha época, não se falava disso [...]. O que eu aprendi na Medicina sobre sexualidade? Zero. Eu acho que é uma lacuna da minha formação, enorme, que a gente teve que correr atrás disso. Aprender a lidar com essas emoções, com a expressão de você com você mesmo e você com o outro, né? A expressão desse comportamento. (GF3P7).

Sem embaraços, as/os participantes qualificaram o ensino-aprendizado nas escolas médicas brasileiras como precário, superficial e falho em saúde sexual e sexualidade, o que corrobora com pesquisas de outras localidades, onde estudantes avaliam como inadequados o ensino e a prática clínica sobre sexualidade, apesar de validarem a sua importância (WITTENBERG; GERBER, 2009). O assunto é a priori tido como tabu, negligenciado ou pouco abordado durante a formação acadêmica, o que contribui para que médicas/os de diferentes contextos e escolas continuem a investigar mal os desconfortos sexuais de suas/seus pacientes (ALARCÃO et al., 2012; AQUINO, 2006; PEREIRA; MONTEIRO, 2015; ROSEN et al., 1993; 2006).

A universidade ainda não é compreendida pelos grupos focais como um lugar de referência para o aprendizado eficaz e prático da abordagem da sexualidade. De fato, as escolas médicas destinam poucas horas do currículo para saúde sexual, o conteúdo é pontual e/ou incompleto e os estágios supervisionados são insuficientes (PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010). Quando necessário angariar recursos teórico-práticos para a aplicabilidade clínica, médicas/os baseiam-se em um saber empírico nas consultas, a partir de suas vivências pessoais e experiência profissional diversa:

E a gente teve que aprender sobre abordagem da sexualidade meio que na marra, né? Depois, na prática. Então, é claro que a nossa experiência com a medicina não se limita à faculdade, não se limita à formação, vem depois na prática. Né? No consultório, no dia a dia, depois que você consegue vivenciar isso. Mas eu vejo que ainda é um problema, principalmente nas especialidades focais, a abordagem de forma mais ampla. (GF3P5).

Como exposto, a abordagem da sexualidade para médicas/os de família e comunidade se revela de forma processual – aprende-se fazendo, de acordo com o contexto em que estão inseridas/os, em confluência com as experiências subjetivas. O ensino da sexualidade na formação médica é caracterizado como um "problema-desafio", ao constatarem que suas ações clínicas são baseadas, quase

exclusivamente, em seu conjunto de crenças e valores e não na educação formal. Diante dessa deficiência, há, em perspectiva global, um certo investimento na inserção da sexualidade nos currículos médicos como um tema transversal, a ser problematizado de forma interdisciplinar (BAYER et al., 2017; FITZGERALD et al., 2003; OBEDIN-MALIVER et al., 2011; PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010; SOLURSH et al., 2003).

Houve frustração das/os participantes diante da identificação de ausência teórica da sexualidade no currículo médico. *Como algo tão estruturante na vida dos sujeitos poderia passar despercebido pela medicina, a ciência que se propõe a cuidar da vida?* Essa pergunta representa a dimensão do espanto, que foi se construindo coletivamente em um dos grupos focais. Porém, é preciso frisar que a sexualidade não passou despercebida pela instituição, pelo contrário. Os discursos sobre o sexo se proliferaram na medicina, mas esse processo organizou escolhas e silenciamentos institucionais, em sua forma de pensar, abordar e ensinar a sexualidade (FOUCAULT, 2019). A ordem médica teve importante função na construção de desconhecimentos sistemáticos sobre anatomia e fisiologia das diferenças sexuais (ROHDEN, 2001), nas crenças sobre a sexualidade, assim como na produção de discursos de repressão, de acordo com as engrenagens de poder de um determinado contexto histórico (FOUCAULT, 2019).

Atualmente, nos currículos de graduação em medicina em âmbito mundial, ainda são incipientes as iniciativas pedagógicas acerca das iniquidades de gênero e da sexualidade (COOPER; CHACKO; CHRISTNER, 2018; WITTENBERG; GERBER, 2009), não obstante a prevalência e o aumento progressivo dos problemas sexuais ao longo da vida (ALARCÃO, 2012; BAYER et al., 2017; BURD; NEVADUNSKY; BACHMANN, 2006). Parece, então, razoável que profissionais de saúde sejam qualificados para atuar na saúde sexual de seus pacientes (WAS, 2008), mediante uma consulta que invista na comunicação clínica da sexualidade, da anamnese ao plano de cuidado ofertado.

Esse efeito decorre, entretanto, de uma sequência de investimentos históricos para a garantia de direitos sexuais e reprodutivos, que incluem desde a materialização das políticas públicas no cotidiano das práticas de trabalho na APS, adequações curriculares das escolas médicas, com incorporação interdisciplinar das competências, bem como a capacitação de habilidades e atitudes de estudantes, residentes e profissionais. Dessa perspectiva, este capítulo é, antes de tudo, uma

provocação para refletir acerca do ensino da sexualidade na medicina, diante das barreiras detectadas no estudo. Mas, para além do diagnóstico das adversidades, há rumos possíveis, ainda a serem trilhados.

Na revisão de programas educacionais das escolas de medicina no âmbito da sexualidade humana, alguns parâmetros são importantes para avaliar a formação dos estudantes em saúde sexual e a necessidade de aprimoramento: o tipo de experiências educacionais (se obrigatórias ou eletivas); o formato de abordagem proposto (se é ou não multidisciplinar); o número de horas de curso destinado ao ensino da sexualidade humana; as áreas/disciplinas que priorizam o assunto; a qualidade da interação entre as disciplinas; o tipo de metodologias utilizadas; e qualidade da exposição do formando ao treinamento em ambientes clínicos que tratam de problemas sexuais (PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010).

Nas universidades brasileiras não há critérios para uma avaliação sistêmica dos currículos das escolas médicas, pois em âmbito nacional inexistente a discussão direta, estruturada ou padronizada sobre o ensino da sexualidade (RUFINO; MADEIRO; GIRÃO, 2013). Apesar do deslocamento do tema para atividades extracurriculares ou ambulatoriais, devido às dificuldades de inserção nos currículos formais (Vieira et al., 2019), o envolvimento da sexualidade em disciplinas optativas, atividades de extensão e pesquisa se mantém ínfimo (RUFINO; MADEIRO; GIRÃO, 2013) e sem qualquer evidência de qualificação padronizada, corroborando com os achados desta pesquisa.

No Brasil, pesquisadoras/es destacam desafios pedagógicos importantes, a serem mirados com atenção por escolas e programas de residência médica: as aulas teórico-expositivas são insuficientes para garantir o aprendizado e o conforto de estudantes; há pouca diversidade de cenários prático-assistenciais de aprendizagem em saúde sexual; a sexualidade demanda uma perspectiva teórica ampla e articulada, permeável às suas representações sociais e culturais, que operam no comportamento sexual dos sujeitos, mas que não é contemplada no ensino médico (RUFINO; MADEIRO; GIRÃO, 2013).

A gente foi aprendendo por interesse próprio, pelo que a gente é exposto, etc e tal.
(GF2P1).

No domínio dos fatores que influenciam o conhecimento de médicas/os de família e comunidade sobre a função sexual na vida adulta e suas atitudes em relação à sexualidade, este estudo revelou ser necessário um interesse próprio e específico das/os profissionais, desde quando eram estudantes de graduação e/ou residentes. O contato com a dimensão da sexualidade no universo da medicina se deu por meio de vivências e capacitações em projetos de extensão e/ou pesquisa; organizações não governamentais (ONGs); congressos e outros eventos; cursos; disciplinas livres, optativas e extracurriculares. Como já descrito nesta Tese em diferentes cenários, que revelam a associação positiva entre a disponibilidade profissional e a abordagem da sexualidade, o interesse de médicas/os por esse aprendizado está diretamente associado a um maior envolvimento no tratamento de problemas sexuais de suas/seus pacientes (PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010).

Nos grupos focais, a dinâmica de ensino-aprendizagem sobre sexualidade e saúde sexual na graduação em medicina foi identificada em alguns cenários do currículo formal da medicina, por meio de disciplinas, pesquisa e extensão; e do currículo oculto, nas atividades extracurriculares, o que será visto a seguir:

7.1.1 Currículo formal da medicina

Na graduação em medicina, de praxe o ensino da saúde sexual mantém um padrão disciplinar nas discussões de ginecologia, urologia, psiquiatria, patologia, endocrinologia e/ou saúde coletiva, de forma fragmentada, intervencionista e, ainda, pouco reflexiva, disposto a partir de uma lógica heterocisnormativa, que não explora as diversas expressões da sexualidade (DEVITA; BISHOP; PLANKEY, 2018; NARDI; RAUPP RIOS; MACHADO, 2012; WAGNER, 2005). A arquitetura pedagógica compartimentalizada gera efeitos nas/os egressas/os, a exemplo de lacunas formativas e inseguranças, como exposto no seguinte relato:

Eu acho que a gente acaba caindo até um pouco nessa heterocisnormatividade, pelo menos do meu ponto de vista, por ser heterossexual. E aí você acaba entrando no mundo, no universo que você conhece, da sua experiência pessoal. E a gente sabe que isso limita, né? E também não é legal. Porque as pessoas se relacionam e se manifestam das mais diferentes maneiras. Mas eu, na minha prática, eu sinto falta

disso, assim. Se você me perguntar, eu, eu me sinto um pouco mais confortável de trabalhar a sexualidade com mulheres, né? Com casais hétero-cis, mas eu não, não sei se eu vou ter essa mesma facilidade e segurança se eu tivesse trabalhando só com homens, só com pacientes homossexuais, bi, enfim. Acho que vai entrando num universo que, pra mim, acaba sendo muito diferente. E aí eu, eu não, não ter, não, não acho que eu tenha arcabouço pra falar sobre isso. E aí vem uma dificuldade, sabe? (GF4P1).

Ainda é incipiente a inclusão e a integração da saúde sexual nos currículos das escolas médicas e das demais profissões de saúde e na educação permanente, em especial nos países em desenvolvimento (ALARCÃO et al., 2012; HASLEGRAVE; OLATUNBOSUN, 2003), o que se expressa nas dificuldades de viabilizar o atendimento adequado, especialmente na abordagem de minorias, pessoas em situação de vulnerabilidade ou outras especificidades.

A sexualidade é só vista como um fator de risco, né? Nunca como fator de proteção. Porque ela é que causa IST, ela que causa doença, ela é promiscuidade, ela é vista como algo muito negativo na história da humanidade, né? (GF4P9).

A ideia de promiscuidade está fortemente associada à homossexualidade como prática mais susceptível à transmissão de doenças, em relação à heterossexual (Moscheta, 2016), sendo assim censurada e vista como um problema. O exercício médico pode reproduzir perspectivas biologicista e patológica, priorizando a associação da sexualidade com doenças orgânicas e psiquiátricas, disfunções sexuais, transtornos e comportamentos de risco, o que poderia sugerir à sexualidade uma conotação negativa (BAYER et al., 2017; FOUCAULT, 2019; RUFINO; MADEIRO; GIRÃO, 2013; Salinas-Urbina, 2012).

Na faculdade de Medicina, a gente estuda muito sobre doença e nada sobre saúde, né? [...] Como se tudo fosse um problema, tudo é doença, né? Você vai tratar a violência, você vai tratar a reprodução, mas pra quê? Para prevenir a gravidez na adolescência. Você vai tratar a gestante como uma pessoa doente que precisa de determinadas intervenções. É... então, ou você vai tratar ISTs. Então, na verdade, eu acho que a gente é formado, até mesmo na sexualidade, somente com as questões das doenças, né? O que poderia ter, sofrer alguma intervenção médica. (GF3P11).

Em circuito global, o ensino médico ainda é balizado por critérios conservadores que não só resultam em uma educação anacrônica, como excluem debates estruturantes da vida social na contemporaneidade, a exemplo de raça/cor, gênero e classe. E mesmo que a formação em medicina se proponha a ser generalista (BRASIL, 2014), ela continua a privilegiar a perspectiva focal, em detrimento da integralidade do raciocínio clínico, o que demandaria um exercício constante do currículo médico pela interlocução das grandes áreas durante toda a graduação.

Apesar de ser uma demanda importante dos pacientes, às vezes uma demanda oculta, às vezes uma demanda que vem, assim, por meio de outras dúvidas, outras perguntas no consultório, eu acho que (a sexualidade) é um assunto negligenciado durante a formação. (GF2P2).

Participantes da pesquisa se sentem desterritorializadas/os nos perímetros da saúde sexual. Compreendem que parece ser insuficiente diagnosticar doenças que, por sua vez, são percebidas como problemas isolados em um corpo dividido e interferido pelo saber médico, como bem discute Foucault (2014) sobre a incessante busca médica pela doença que se localiza no corpo doente. Nesse sentido, a super compartimentação do corpo humano proposta pela medicina anátomo-clínica desde o século XIX (FOUCAULT, 2014) é criticada pelas/os médicas/os, que vislumbram a sexualidade para além do olhar biológico, suas disfunções e da medicalização da vida. Apenas as questões anatômicas e fisiológicas não respondem às necessidades em saúde sexual que surgem na prática clínica da APS.

A definição de sexualidade como polissêmica, capitaneada por múltiplos fatores, propõe uma leitura do corpo em sua inteireza, enquanto expressão viva da relação que as pessoas estabelecem com o mundo, coerente ao conceito de saúde integral: no uso de sua autonomia, há um empreendimento de saúde. Nessa perspectiva, a sexualidade, portanto, deixa de significar um problema e passa a corresponder a um traço estruturante dos corpos, circunscrita à sua expressividade e suas singularidades.

Porém, quando se trata dos programas pedagógicos na graduação em medicina, a compreensão da sexualidade é pouco robusta, devendo-se, sobretudo, à fragmentação do conhecimento, ao exíguo aprofundamento teórico, à ênfase na

abordagem do corpo, desde uma perspectiva prioritariamente biomédica e à ausência de interlocuções disciplinares (BAYER et al., 2017; FITZGERALD et al., 2003; OBEDIN-MALIVER et al., 2011; PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010; ROHDEN, 2001; RUFINO; MADEIRO; GIRÃO, 2013; SOLURSH et al., 2003; WITTENBERG; GERBER, 2009). Sobre tal cenário, há o reconhecimento de uma formação falha no tema e o desencorajamento de médicas/os para a abordagem da saúde sexual nas consultas (ALARCÃO et al., 2012; AQUINO, 2006; PEREIRA; MONTEIRO, 2015).

7.1.2 Violências e preconceitos na graduação médica

As pessoas entrevistadas demonstraram sentir profundo incômodo ao relatar que a universidade pode produzir e reproduzir violências e tem o potencial, tanto de ampliar quanto de deformar, as habilidades técnicas, relacionais e atitudinais de seus formandos na interação com pacientes. Há um exemplo clássico da naturalização da violência no ensino médico, especialmente vivenciado nos estágios de ginecologia e obstetrícia, bem resumido na máxima:

Ela está gritando agora de dor, mas na hora de fazer, gostou. (G1P10).

No grupo focal, esse comentário gerou indignação, como esta: “E os médicos do lado achando normal, e ninguém indagando esse tipo de violência” (GF1P3). A comunicação tem esse potencial de expressar ideias, pessoas e vozes, em um processo dinâmico e relacional (ARAÚJO; CARDOSO, 2007), podendo também gerar disputas e iniquidades. Atitudes discriminatórias, especialmente quando por parte de educadoras/es, consolidam papéis tradicionais de gênero e relações assimétricas de poder, nesse caso entre uma mulher em situação de vulnerabilidade (em vigência de trabalho de parto) e a equipe médica, revelando uma violência obstétrica⁵⁹. A linguagem utilizada nos atendimentos em saúde, longe de ser neutra,

⁵⁹ Violência obstétrica refere-se à "apropriação do corpo da mulher e dos processos reprodutivos por profissionais de saúde, na forma de um tratamento desumanizado, medicação abusiva ou patologização dos processos naturais, reduzindo a autonomia da paciente e a capacidade de tomar suas próprias decisões livremente sobre seu corpo e sua sexualidade, o que tem consequências

pode expressar hierarquia, valores e estereótipos (CERVERA; FRANCO, 2006). Outros exemplos de posicionamentos morais e preconceituosos foram relatados:

E eu vi a faculdade como um grande produtor de violências [...]. A faculdade é um ambiente de preconceito, de produção de preconceito, dos próprios professores. E aí você vê os alunos reproduzindo esses preconceitos. E a gente forma vários médicos preconceituosos ou que tem medo de... de abordar isso, né, de abordar a sexualidade [...]. Eu acho que também tem o que a gente aprende a não fazer na faculdade, né? Quando a gente vê alguns dos nossos professores, alguns médicos falando e fazendo coisas horríveis, você fala nossa, não vou fazer isso, com certeza. Você coloca lá na sua nota mental: Não falar com as pacientes desse jeito. Sabe? Assim, eu acho que isso a gente aprende. (GF1P3).

Quando eu passei na Psiquiatria, os professores, eles chamavam de homossexualismo e mencionavam como uma questão de transtorno de personalidade. Então, eu me formei, assim, com essa visão. (GF1P9).

No comentário, o termo "homossexualismo" é hoje considerado discriminatório, homofóbico e inadequado em qualquer contexto, pois o sufixo "-ismo" remete à ideia de doença ou desviante, enquanto o termo homossexualidade⁶⁰ diz respeito a uma expressão da sexualidade (CIASCA; POUGET, 2021).

Para além da omissão da saúde da população LGBTQIA+ no ensino médico, já descrita anteriormente na tese, há falhas importantes no processo de ensino-aprendizagem. Professoras/es que ensinam sobre sexualidade podem ter atitudes conservadoras (HASLEGRAVE, 2006), falta de habilidades necessárias, e conhecimentos equivocados ou insuficientes (FAÚNDES et al., 2007). As atitudes negativas em aulas, ambulatórios ou outros cenários pedagógicos, como postura inibitória, desinteresse, heterocisnormatividade (LIONÇO, 2008), ofensa e evitação, podem prejudicar a formação e a prática profissional (RUFINO; MADEIRO; GIRÃO,

negativas em sua qualidade de vida". No dia 03/05/2019, o Ministério da Saúde emitiu nota manifestando-se contra o uso do termo "violência obstétrica" e recomendando excluí-lo de documentos, normativas, notas técnicas e outros, tendo o apoio de importantes entidades médicas, como o CFM e a FEBRASGO, mas não do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (CNS, [s.d.]).

⁶⁰ A homossexualidade foi retirada da lista de patologias do Conselho Federal de Medicina em 1985, da Organização Mundial de Saúde em 1990 e da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) em 1992 (CIASCA; POUGET, 2021).

2013), perpetuando controle, repressão e desrespeito (BRASIL, 2005; LIONÇO, 2008).

Tema tabu, a ponto de eu não conseguir imaginar meus professores mais conservadores e idosos falando sobre sexualidade. (GF2P2).

As pessoas entrevistadas gostariam de ter tido uma formação mais acolhedora e menos violenta, discriminatória e preconceituosa no terreno da sexualidade, em que não precisassem renegar os exemplos negativos de professoras/es, o que fica evidente neste trecho: “Você coloca lá na sua nota mental: Não falar com as pacientes desse jeito. Sabe? Assim, eu acho que isso a gente aprende (GF1P3)”.

Esta pesquisa mostrou que ter mestres especialistas, como sexólogas/os, não traz em si a garantia de uma formação adequada e plural. Diante dessa falta no currículo formal, Raimondi, Moreira e De Barros (2019) argumentam que estudantes de saúde têm buscado conhecimentos sobre saúde LGBTQIA+ em ligas universitárias, congressos e outros eventos. No último subcapítulo da tese, discutirei mais profundamente a importância do desenvolvimento do corpo docente e da preceptoria para o ensino da sexualidade na medicina.

7.1.3 Currículo oculto da medicina

O currículo oculto equivale-se aos aspectos que contribuem para as aprendizagens sociais de graduandas/os, mas que não compõem o currículo oficial (OLIVEIRA, 2019). Por meio das relações sociais da universidade, como docente-discente e interlocuções entre os alunos e instituição-aluno, estudantes assimilam atitudes, comportamentos, valores e orientações que influenciam nos aspectos subjetivos da sua formação (OLIVEIRA, 2019; SILVA, 1999).

No campo da sexualidade, o aprendizado é mais pronunciado para além dos limites da saúde, na interlocução com as ciências sociais e/ou outras áreas, domínios e campos acadêmicos. A fuga do currículo formal da medicina (ou seja, a existência de um currículo paralelo) dialoga mais amplamente com a proposta das

Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCNs) (BRASIL, 2014), que propõe a concepção da/o médica/o generalista com base humanística. A educação médica, assim como de qualquer outro campo do saber, não é suficiente para abarcar a formação de um "sujeito total" para a profissão, até pela impossibilidade deste fim. Mas no campo da sexualidade, vai depender da pluralidade de ofertas formativas extracurriculares, culturais, programas de pesquisa e de extensão, disciplinas optativas ou módulo livre, dentre outros, para trazer novas e privilegiadas compreensões, como no exemplo a seguir:

Não me recordo de nenhuma atividade do currículo formal que discutisse isso (sexualidade) em nenhum aspecto [...]. Mas eu me lembrei de uma experiência que eu tive, sim, durante o período de graduação. Mas que eu acho que era uma coisa tão fora da casinha assim e tão outsider assim, na faculdade, que foi um projeto de extensão do qual eu participei, que era voltado ao estudo da sexualidade de homens no agreste de Pernambuco. (GF4P3).

Esse relato diz respeito a um projeto de extensão, pesquisa e educação popular em saúde, voltado à sexualidade de homens no agreste pernambucano, que foi considerado exceção pelo médico, ou seja, a educação sexual ainda está localizada de forma periférica e às margens do currículo formal. As ligas acadêmicas, em especial as ligas de saúde da mulher e de psiquiatria; os grupos de estudo; e os encontros da faculdade propostos por estudantes parecem também representar um território formativo extracurricular bastante valorizado.

Bom, na, na minha graduação, que eu sou do currículo mais antigo, né? O que eu vi de sexualidade foi por fora da Medicina. Foi, sei lá, fazendo matérias nas Sociais, matérias fora [em módulo livre]. Pela graduação de Medicina mesmo não me lembro de ter tido nada específico, não. É... Assim, de como abordar, como trazer isso para Comunicação Clínica, então, acho que menos ainda. (GF4P8).

Medicina não é baseada só nos conceitos tradicionais, né? Então, a gente acaba aprendendo isso daí [sexualidade] por experiência. (GF2P6).

As pessoas entrevistadas problematizam que os aprendizados na medicina não se limitam ao conteúdo das aulas e do programa curricular, ou mesmo à falta de habilidades de professoras/es em exercerem uma educação libertadora. Apesar da

ausência da dimensão da sexualidade no currículo formal da graduação, há vivências importantes relativas à sexualidade no currículo oculto. O "oculto" pressupõe algo que não é visto, que está escondido. Mas na medicina o currículo oculto compõe a própria formação, ao ter efeitos práticos e capilarizados em múltiplas e ricas experiências, com ações externas à sala de aula, constituídas de encontros, saberes sobre o corpo e a descoberta de novos comportamentos.

A trajetória formativa, afinal, prevê também uma certa inventividade orientada pela exploração curiosa de outros elementos, para além do arranjo formal e disciplinar. É nesse sentido que a tessitura vivencial da graduação constitui um papel significativo na educação dos alunos, com os encontros de corredor, os movimentos atléticos (Intermed⁶¹), políticos (movimento estudantil) ou festivos da universidade, que incrementam o currículo oculto da medicina e, em paralelo às aulas, avaliações, projetos de pesquisa e atividades de extensão, possui um potencial de desenvolvimento humano.

Uma das partes que mais a gente foi conhecendo a nossa sexualidade foram nas festas da faculdade, se eu puder atrelar alguma relação de sexualidade com faculdade, seriam nas festas da faculdade, Intermed, entre outras coisas. (GF1P3).

O currículo oculto pode ser substancial na aquisição de significados e valores – bons ou ruins – sem que professores, preceptores e estudantes estejam conscientes desse processo, de forma que os saberes são produzidos na dinâmica institucional e segundo necessidades do sistema produtivo nas esferas social, política, econômica e cultural (OLIVEIRA, 2019; TORRES, 1991). Essa discussão é fundamental para que não se projete apenas sobre a elaboração de competências e conteúdos, uma certa idealização da/o médica/o a ser formada/o. Esta/e lidará sempre com a sua incompletude, marcada por falhas e hiatos formativos, mas quiçá desenvolverá habilidades adequadas e coerentes às necessidades de sua comunidade.

Por outro lado, por que questões tão importantes da formação médica continuam ainda "ocultas" e, assim, acessíveis a apenas uma parcela de estudantes que, por interesse ou por privilégios, se atentam para a importância de um

⁶¹ Os movimentos atléticos, como a Intermed (encontro anual de jogos regionais das faculdades de medicina), podem ter um alto potencial de reprodução das violências, como machismo, racismo e LGBTQIA+fobia, entre outras discriminações.

aprendizado mais global, diverso e humanístico? Nesse sentido, o currículo oculto expõe as fraturas do currículo formal.

“O que os estudantes devem se tornar?” (OLIVEIRA, 2019, p. 34) é uma pergunta norteadora especialmente necessária para que a universidade não reproduza, de forma automática e acrítica, mais um/a egressa/o a desempenhar um certo posto de trabalho para o sistema econômico e de produção (TORRES, 1991), mas um sujeito que possa problematizar suas ações no sistema de produção. Como profissionais com responsabilidade social, buscar resolver os principais problemas da população, pautados na integralidade do cuidado e na qualidade da atenção (BYDLOWSKI; LEFÈVRE; PEREIRA, 2011; GROSSEMAN; PATRÍCIO, 2004). Em coerência à proposta teórica habermasiana, aplicada à medicina, se traduziria na formação de médicas/os competentes, críticos e reflexivos, como propõem Menezes Junior e Brzezinski (2018), cujo compromisso ético permite e defende a inclusão da pessoa de quem se cuida nas ações e decisões em saúde.

Diante da centralidade da discussão para o ensino da sexualidade, profissionais inseridas/os cotidianamente em espaços formativos, chegaram ao seguinte questionamento: *Como podemos pensar a abordagem da sexualidade no ensino médico, sendo que se trata, ainda, de uma questão muito complexa para todos, inclusive para os formadores?* O interessante desse movimento reflexivo no processo da pesquisa é que as/os médicas/os parecem rever suas habilidades comunicacionais e legitimar a sexualidade como uma questão de saúde, ao passo que discutem o assunto com os pares. Daí a potencialidade científica do tema e dos instrumentos metodológicos. Há, ainda, muito para ser pensado e escrito sobre o ensino da comunicação da sexualidade na saúde. Sigamos.

7.2 CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS E A NECESSIDADE DE MUDANÇA CURRICULAR: UMA PROPOSTA COM FOCO EM SEXUALIDADE E SAÚDE SEXUAL

O aprimoramento da saúde sexual no ensino médico tem na Educação Médica o seu pilar estruturante, capaz de delinear estratégias para sugerir novas recomendações e abordagens da sexualidade no currículo das escolas médicas (BAYER et al., 2017; COVERDALE; BALON; ROBERTS, 2011). No Brasil, no contexto do 55º Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM), de 2017,

“Formação médica, educação, política e atenção à saúde”, estudantes, professores e preceptores de medicina propuseram à Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) o desenvolvimento do ensino sobre gênero, identidade de gênero, orientação sexual e sexualidade nos currículos médicos, com foco na população LGBTQIA+, por meio da “Carta de Porto Alegre: em defesa da equidade de gênero e da diversidade sexual na educação médica” (ABEM, 2017), de 14 de outubro de 2017. De suas 19 recomendações, destaco as que mais dialogam com este estudo:

1. Desenvolver o ensino de competências relacionadas à sexualidade humana de forma transversal e integrada no currículo, incluindo especificidades da população LGBT; [...]
3. Reconhecer a importância da abordagem ética, humanística, não sexista, não heteronormativa e cisgênero na formação para recursos humanos da saúde;
4. Garantir cenários de prática para o desenvolvimento de competências clínicas e relacionais no atendimento da população LGBT para além dos ambulatórios de infecções sexualmente transmissíveis e de saúde mental;
5. Promover o diálogo interdisciplinar no ensino sobre sexualidade, gênero, identidade de gênero e diversidade sexual, como por exemplo, entre as ciências sociais, antropologia, psicologia, medicina e genética; [...]
14. Considerar a interseccionalidade entre os marcadores sociais de diferença como cor/raça, geração, etnia e classe, renda e outros; [...]
18. Inserir temas sobre a equidade de gênero, sexualidade e diversidades humanas na programação oficial dos congressos de educação médica de forma transversal e permanente; [...]. (ABEM, 2017, pp. 3-6).

Esse documento diz muito sobre pontos importantes da pesquisa e abarca a contemporaneidade desta discussão no Brasil. Dentre outras coisas, a Carta marca a urgência do ensino médico se emancipar da ciência da diferença para produzir-se em uma ciência dos sujeitos que guardam em si as suas especificidades (ROHDEN, 2001), como no caso da comunidade LGBTQIA+, mas não se limita a isso.

A mudança curricular dos cursos de graduação, pós-graduação e a prática da educação permanente é essencial para tornar adequada a atuação de profissionais na saúde sexual (WITTENBERG; GERBER, 2009). No Brasil, as últimas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCNs) (BRASIL, 2014) orientaram a construção dos currículos que promovam a formação de médicas/os generalistas, de atitude crítica e humanista. Estimulam a interlocução dos conteúdos didáticos, para favorecer o aprendizado interdisciplinar e a prática da integralidade na atenção à saúde (BRASIL, 2014), como pode ser visto no trecho:

Art. 3º O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (BRASIL, 2014, p.1).

Apesar das DCNs (BRASIL, 2014) estabelecerem princípios, fundamentos e finalidades para a formação em medicina no país, há apenas duas referências à sexualidade no texto, sem a inclusão de competências específicas referentes à saúde sexual. De forma genérica, elas apontam que a/o graduanda/o deve considerar a diversidade de gênero e a orientação sexual da pessoa (BRASIL, 2014, p. 1-2) e desenvolver postura ética e respeitosa no exame físico geral e específico, considerando gênero, orientação sexual, dentre outros aspectos (BRASIL, 2014, p. 5), como pode ser verificado, primeiro, no Art. 5º da Seção I, "Da Atenção à Saúde":

Na Atenção à Saúde, o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social. (BRASIL, 2014, p. 1-2).

E na Subseção 1:

Da Atenção às Necessidades Individuais de Saúde: postura ética, respeitosa e destreza técnica na inspeção, apalpação, ausculta e percussão, com precisão na aplicação das manobras e procedimentos do exame físico geral e específico, considerando a história clínica, a diversidade étnico-racial, de gênero, de orientação sexual, linguístico-cultural e de pessoas com deficiência. (BRASIL, 2014, p. 5).

Ainda sendo raros os cursos de graduação e residência com projetos político-pedagógicos que efetivem o ensino da saúde sexual, incluindo a saúde LGBTQIA+ (RAIMONDI, 2019; RAIMONDI; MOREIRA; DE BARROS, 2019), caberia às escolas e às organizações médicas brasileiras a elaboração de competências específicas, que sejam coerentes às DCNs (BRASIL, 2014) e busquem a articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes, priorizando o ensino da sexualidade para o exercício profissional.

Nesse sentido, há iniciativas de comitês internacionais que recomendam estratégias globais de educação em saúde sexual, para o desenvolvimento dos

currículos médicos culturalmente adaptáveis, buscando um currículo universal para as escolas médicas. Um dos exemplos é o trabalho desenvolvido pela/ *International Society for Sexual Medicine Education Committee*/Sociedade Internacional de Medicina Sexual (ISSM, [s.d.], tradução nossa)⁶², que também apoia a educação permanente para profissionais de saúde, com treinamento ancorado na medicina baseada em evidências. Esses modelos inspiram as escolas médicas a adequar os currículos na educação da saúde sexual para atender às demandas vigentes no campo (ISSM, [s.d.]).

O currículo médico baseado em competências e a abordagem pedagógica centrada na/o aluna/o focam na aquisição de conhecimentos e no desenvolvimento de habilidades e de atitudes essenciais para o exercício clínico da formação (BAYER et al., 2017; BRASIL, 2009, 2014; EARDLEY, 2009; ISSM, [s.d.]; KINGSBERG et al., 2003; PARISH; CLAYTON, 2007; TRONCON, 1996). No quadro 28, proponho um formato de "Currículo médico baseado em competências" para o ensino da sexualidade e saúde sexual, pensado para qualquer fase da formação em medicina (graduação, residência, especialização ou educação permanente). Nele descrevo conhecimentos, habilidades e atitudes que entendo serem apropriados, a partir da interlocução de resultados e contribuições desta pesquisa com a literatura das experiências internacionais e das políticas globais e nacionais:

Quadro 28 - Proposta de Currículo médico baseado em competências com foco em sexualidade e saúde sexual

continua

CONHECIMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> ❖ História da sexualidade e saúde sexual: aspectos biopsicossociais e culturais da sexualidade. ❖ Direitos sexuais e reprodutivos no Brasil e no mundo. ❖ Aspectos éticos da saúde sexual. ❖ Barreiras de médicas/os na abordagem da sexualidade. ❖ Barreiras das pacientes na comunicação de problemas/queixas na esfera sexual, incluindo questões morais e/ou religiosas. ❖ Aspectos médico-legais da sexualidade e comportamento sexual.

⁶² A Sociedade Internacional de Medicina Sexual/ *International Society for Sexual Medicine Education Committee* (ISSM) tem como missão disponibilizar informações de qualidade e atuar no desenvolvimento profissional no campo da saúde sexual. Busca garantir que os mais recentes desenvolvimentos científicos baseados em evidências no campo da medicina sexual alcance profissionais e favoreçam pacientes em todo o mundo (ISSM, [s.d.]).

continuação

CONHECIMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Bases biológicas da sexualidade humana: anatomia, desenvolvimento sexual e fisiologia da resposta sexual humana. ❖ Saúde sexual nos ciclos de vida (infância; adolescência; vida reprodutiva; envelhecimento). ❖ Aspectos emocionais e psicológicos da sexualidade. ❖ Orientação sexual, identidade e expressão de gênero. ❖ Diversidade e comportamento sexuais. ❖ Saúde sexual da população LGBTQIA+. ❖ Abordagem integral da disfunção sexual (fisiopatológico, psicológico e social) e tratamentos para disfunção sexual (farmacológico e comportamental). ❖ Sexualidade e Gênero na classificação de problemas em saúde: CID, DSM e CIAP. ❖ Abordagem integral das queixas relacionadas à satisfação sexual. ❖ Sexualidade de populações específicas: pessoas com deficiência; questões inter/transculturais na saúde sexual. ❖ Efeitos das iniquidades na saúde sexual: raça/etnia, cultura, status econômico, orientação sexual. ❖ Sexo e relacionamentos. ❖ Efeitos do consumo da pornografia na saúde. ❖ Efeitos da violência íntima (física, psicológica, sexual, moral, patrimonial) na saúde sexual e global. ❖ Abuso e violência sexual. ❖ Infecções sexualmente transmissíveis. ❖ Efeitos de doenças, medicamentos e outros tratamentos na saúde sexual. ❖ Saúde sexual, reprodutiva e infertilidade. Fertilização in vitro: aspectos éticos e legais para casais homo e heteroafetivos. ❖ Intervenções terapêuticas para problemas sexuais: medicamentos; cirurgia; aconselhamento em consultório. ❖ Pesquisa em saúde sexual (meio acadêmico).
HABILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Desenvolver habilidades gerais de comunicação com os pacientes, com outros médicos, com a equipe de saúde, com pacientes e suas parcerias. ❖ Oportunizar a consulta para a sexualidade quando possível, adequado e/ou necessário. ❖ Abordar as questões envolvendo a violência íntima quando necessário. ❖ Abordar dilemas éticos e morais envolvendo a sexualidade e a religião.

continuação

HABILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Desenvolver habilidades de comunicação específicas: falar confortavelmente sobre sexualidade e diversidade sexual na consulta, usar linguagem não generificada e não heteronormativa, obter a história sexual. ❖ Fazer uso de habilidades clínicas específicas para identificar, diagnosticar e conduzir problemas sexuais: realizar exames ginecológicos, geniturinários, urológico e anal; diagnosticar disfunções sexuais de forma integrada (orgânicas, psicológicas e sociais). ❖ Oferecer testes rápidos para avaliação de infecções sexualmente transmissíveis de forma apropriada. ❖ Realizar avaliação e manejo clínico global da sexualidade. ❖ Realizar a coordenação do cuidado das/os pacientes. ❖ Conduzir a consulta pelo método clínico centrado na pessoa. ❖ Desenvolver habilidades de comunicação relacionais/interpessoais. ❖ Realizar comunicação em saúde sexual em prol da autonomia: educação em saúde, prevenção e promoção de saúde, tratamento, ação motivacional e aconselhamento. ❖ Realizar abordagem individual, familiar e comunitária. ❖ Realizar busca ativa, como visitas domiciliares, principalmente quando há suspeita de violências. ❖ Desenvolver habilidades para tomada de decisão clínica: quando, como e para qual profissional encaminhar. ❖ Treinar habilidades de pesquisa (meio acadêmico).
ATITUDES
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Garantir acesso e equidade às mulheres em saúde reprodutiva e sexual. ❖ Garantir privacidade e condições adequadas de atendimento. ❖ Investir no vínculo e na relação de confiança com pacientes. ❖ Enfrentar as iniquidades em saúde, bem como as políticas, programas e práticas repressivas. ❖ Realizar abordagem inter/multidisciplinar da saúde sexual. ❖ Ter consciência e superação de crenças, preconceitos, tabus, valores e atitudes em relação à sexualidade por meio de estudo, análise pessoal, grupos Balint etc. ❖ Ter atitude respeitosa e confortável diante das diferentes idades, religiões, bem como orientações e manifestações da sexualidade. ❖ Reconhecer as influências de gênero, idade, estados psicossociais e fatores culturais na busca de ajuda para problemas sexuais. ❖ Ter atenção e sensibilidade às especificidades inter e transculturais. ❖ Ter atitudes em prol da autonomia e emancipação das pessoas envolvidas na consulta. ❖ Encorajar o debate sobre sexualidade e diversidade no contexto vigente: entre colegas, nos serviços e na comunidade. ❖ Ter atitude crítica e reflexiva, ética, interessada e de humildade cultural.

Fonte: elaborado pela autora a partir das contribuições desta pesquisa e baseada nos estudos de Bayer et al. (2017), Brasil (2009, 2014), Eardley (2009), Kingsberg et al. (2003), ISSM ([s.d.]), Moreira et al. (2005, 2008), Parish e Clayton (2007), Parish e Rubio-Aurioles (2010), Rubin et al. (2018), Troncon (1996), UN (1995, 1996), WHO (2011).

O currículo baseado em competências deve ser implementado de forma planejada, com monitoramento e avaliação, priorizando a qualidade do aprendizado de forma longitudinal, conforme demonstra Rubin et al. (2018), ao discutir o currículo padrão-ouro em comunicação de saúde sexual. A proposta do quadro 28 representa a etapa inicial de um processo sofisticado de planejamento de fluxos, etapas, formas de conteúdos e métodos de aplicação. O projeto pedagógico para o desenho de uma proposta curricular passa pela adequação do conteúdo ao fluxo dos semestres, visando amadurecimento teórico progressivo; planejamento de espaços teóricos e práticos; definição das metodologias; e formas de avaliação. A combinação dos conhecimentos teóricos, com as habilidades relacionadas e as atitudes requeridas representa uma etapa de aprofundamento, com fluxos e processos bem definidos, para que o currículo esteja coeso e coerente à proposta formativa. O modelo completo de proposta curricular será proposto em artigo pós-tese, pela sua complexidade e sofisticação.

Desenvolver currículos que contemplem a saúde sexual em toda a formação médica é um dos desafios enfrentados pela comunidade acadêmica em todo o mundo (ALARCÃO et al., 2012; COVERDALE; BALON; ROBERTS, 2011; PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010). *Quais habilidades técnicas e relacionais estudantes, residentes e profissionais devem desenvolver para lidar com as demandas em sexualidade e saúde sexual?* É uma pergunta complexa que esta pesquisa responde parcialmente, de acordo com o campo limitado que analisa. Deve ser pensada com amplitude e aprofundamentos, de forma adequada à realidade brasileira, para que sejam estruturadas mudanças curriculares e programas nacionais de capacitação e educação permanente. O desenho curricular deve refletir as necessidades locais, do contexto educacional e dos aprendizes, seguindo coerência à estrutura curricular, aos objetivos e às avaliações da escola médica, para que a implementação tenha êxito (OLIVA, 2000).

Sobre os currículos das residências médicas, a capacitação em saúde sexual na educação médica também é pouco estudada e amplamente negligenciada, com abordagens pontuais nas especialidades de medicina de família e comunidade, clínica médica, ginecologia obstetrícia, urologia e psiquiatria (PARISH; CLAYTON, 2007; ROSEN et al., 2006). Em um recorte dessas especialidades no Brasil, 50 a 72% das/os médicas/os não abordam a saúde sexual nas consultas de forma cotidiana por falta de conhecimentos em saúde sexual (15 a 28%) e insegurança de

conduzir disfunções sexuais (49%) (ABDO et al., 2004; ABDO; OLIVEIRA JUNIOR, 2002), o que pode se refletir na qualidade da assistência em saúde (LEIBLUM, 2001; RIFFENBURGH; STRASSMAN, 1967; SHINDEL et al., 2010).

Nas residências em medicina de família e comunidade, apesar da recomendação da Organização Mundial de Saúde, conteúdos relativos ao gênero e à sexualidade ainda têm pouca permeabilidade na formação e na prática assistencial de profissionais (AQUINO, 2006; PEREIRA; MONTEIRO, 2015; FELIPE, 2007). Em revisão do Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, foram descritas competências essenciais que se espera das/os residentes egressos da especialidade (SBMFC, 2014). No âmbito dos requisitos curriculares gerais relacionados à "atenção à sexualidade", são descritas as "competências específicas" (SBMFC, 2014, p. 60) e as "competências essenciais" (que incluem algum dos termos: "sexualidade", "sexo" e/ou "sexual"), como pode ser visto a seguir:

Quadro 29 - Competências associadas à sexualidade propostas pelo Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

continua

PRINCÍPIOS DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	Atua como primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, prestando um acesso aberto e ilimitado e lidando com todos os problemas de saúde independentemente da idade, sexo ou qualquer outra característica da pessoa (SBMFC, 2014, p. 14).
ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO	Realiza avaliação multidimensional do idoso e conhece aspectos da avaliação geriátrica global, incluindo sexualidade (SBMFC, 2014, p. 57).
ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM	Constrói um ambiente propício para abordar questões de sexualidade e de doenças urogenitais (se profissional do sexo feminino, sabe lidar com a possível resistência em ser examinado por mulher (SBMFC, 2014, p. 59).
ATENÇÃO À SEXUALIDADE	Maneja de forma oportuna as demandas relacionadas à sexualidade humana, identidade sexual, homoafetividade, transsexualidade, sexualidade em situações especiais (reabilitado físico, doente mental e deficiente, gravidez e puerpério, soropositivos, doenças clínicas avançadas) e situações de preconceito sexual (homofobia, heterossexismo).
	Lida com seus pré-conceitos de modo a não influenciar negativamente a abordagem das pessoas sob seu cuidado.
	Implementa ações para atividade sexual saudável no nível individual, familiar e comunitário nas diferentes fases de vida.
	Maneja as principais disfunções sexuais.

continuação

ATENÇÃO À SEXUALIDADE	Maneja as principais situações e problemas de saúde dos trabalhadores do sexo.
	Maneja aspectos relacionados ao assoalho pélvico para potencializar a satisfação sexual e promover o autoconhecimento.
	Identifica e referencia situações de abuso sexual.
	Maneja situações de abuso sexual.
	Maneja o uso de hormônios por transexuais (SBMFC, 2014, p. 60).
ATENÇÃO AO CICLO GRAVÍDICO- PUERPERAL	Realiza abordagem da sexualidade no período da gestação e puerpério (SBMFC, 2014, p. 61).

Fonte: elaborado pela autora a partir de SBMFC (2014).

O Currículo Baseado em Competências para medicina de família e comunidade (SBMFC, 2014) fomenta a atuação de médicas/os de família e comunidade com habilidades clínicas e relacionais, que contemplam a abordagem da sexualidade humana, a partir de aspectos clínicos e culturais a serem considerados nos âmbitos individual, familiar e comunitário e nos diferentes ciclos de vida dos sujeitos. No entanto, apesar das competências estarem organizadas de maneira objetiva e exequível, os grupos estudados na pesquisa ainda não percebem essas competências como constitutivas na formação dos programas de residência. Médicas/os de família e comunidade reconhecem a necessidade do treinamento adequado em saúde sexual na graduação, na residência e na educação permanente (ALARCÃO et al., 2012), mas poucas escolas médicas ou programas de residência garantem essa oferta (ROSEN et al., 2006).

7.2.1 Habilidades de comunicação e atitudes na clínica da sexualidade

As habilidades e as atitudes relacionadas a uma comunicação mais eficaz da sexualidade na consulta representam, respectivamente, as ações desenvolvidas pelas/os entrevistadoras/es na interação com as pacientes e o seu comportamento diante da questão.

Eu acho que eu tenho essa habilidade de abordar, porque eu compreendo, porque é uma coisa que me interessa. É... E porque eu sou mais sensível. (GF4P5).

Essa entrevistada traz a importância de realizar, de forma proativa, a ação de abordar a sexualidade na consulta e destaca a sua atitude sensível diante do tema. O desenvolvimento de habilidades de comunicação e processos atitudinais – atenção à paciente, interesse pela sua história e postura empática, sensível e ética, dentre outras – facilitam uma abordagem respeitosa e colaborativa, que compreenda a paciente como autônoma, ativa e conhecedora de si, promovendo abertura necessária para que as queixas possam surgir na consulta.

Como já apresentado, a sexualidade ainda carece de ser compreendida no Brasil como uma pauta em saúde que vislumbre competências pedagógicas estruturadas. Camargo-Borges e Mishima (2009) propõem atitudes que podem facilitar a interação com pacientes, o que pode ser visualizado a seguir:

Quadro 30 - Atitudes que podem facilitar a interação com pacientes

POSTURA DE NÃO SABER	POSTURA DE CURIOSIDADE	POSTURA DE ÊNFASE NO PROCESSO COMUNICACIONAL
Atenção ao que a paciente traz com o propósito de uma construção conjunta de saber. Evita assimetrias e categorizações precoces.	Interesse no que a paciente diz, buscando entendimento recíproco.	Investimento na interação e na fluidez comunicacional, evitando disputa de agenda e direcionamentos pré estabelecidos.

Fonte: elaborado pela autora, inspirado em Camargo-Borges e Mishima (2009).

O quadro 30 enfatiza atitudes que expressam interesse de profissionais em comunicar efetivamente com pacientes, a partir de um certo investimento no encontro clínico por meio de atenção, disponibilidade e escuta, o que se traduz em um movimento de se deslocar, dentro do possível, da assimetria da relação médico-paciente.

Há um território discursivo complexo na consulta a ser constantemente aprimorado a partir de ações comunicativas que beneficiem a saúde e o cuidado (ARAÚJO; CARDOSO, 2007; SCHRAIBER, 2008). Partindo da disputa de significantes do encontro médica/o-paciente, a/o profissional pode fazer uso das evidências científicas ou de seus próprios valores, saberes e habilidades para realçar ou silenciar questões em saúde (STELET, 2017). Dentre as estratégias de comunicação clínica para a abordagem da sexualidade, adotar o exercício da escuta

atenta, sensível e crítica pode ser uma atitude fundamental para deixar emergir e validar a queixa da paciente.

O que eu sempre tento proporcionar pros pacientes é um ambiente acolhedor, né, que ele tenha, ele sinta a vontade de falar de qualquer tema. Então, muitas vezes, quando eu aprofundo sobre o tema mesmo das práticas sexuais, ou, então, da sexualidade de forma mais aprofundada, é quando o paciente se sente à vontade pra comentar sobre isso. E aí, tendo esse espaço, ele traz essa demanda pra mim, e aí eu sinto bem confortável de aprofundar e de conversar sobre esse tema [...], eu abordo muito esse tema quando o paciente solicita sobre isso. Eu vejo que tem muito impacto e eu acredito que seja importante pra aquele paciente conversar sobre isso e tudo. Então, é, na minha prática, no geral, o que eu tenho feito é isso, abordagens mais diretas, quando, é, a questão de saúde, ela tá bem ligada, é, à questão sexual, enfim. (GF1P6).

Aqui é possível dialogar com Habermas (2012), que pensa a ação comunicativa como um espaço que dá lugar às intersubjetividades. No encontro clínico, interlocutoras/es, médicas/os e pacientes compartilham expectativas, conhecimentos, normas e suas próprias crenças. A atenção e a comunicação da saúde sexual podem ser falhas na Atenção Primária em Saúde por, dentre outros motivos, faltar uma abordagem integral ou mais abrangente, que permita a manifestação da agenda das/os pacientes (MODESTO; COUTO, 2016; STARFIELD, 2002; STEWART et al., 2000).

Acho que a gente foi se dando mais esse espaço pra falar sobre isso. Eu sinto que, hoje, eu tenho mais abertura pra falar com as pessoas sobre a sexualidade. Eu acho que sexualidade é muito individual. E... cada pessoa vive essa questão da sexualidade de um jeito diferente. Não dá pra gente colocar tudo numa caixinha, dizer que é todo mundo igual. Nem quem se diz heterossexual, ou homossexual, ou bissexual, cada um tem uma forma diferente de exercer sua sexualidade. E... isso vai muito das vivências da pessoa, do que é importante pra ela, como ela se conhece, o que atrai na outra pessoa, né? O que ela gosta nela. Então, eu acho que é muito amplo e é muito individual. (GF1P7, médica mulher).

Essa fala diz muito sobre como a sexualidade está associada ao modo de pensar, agir, viver e se relacionar, em movimento junto à história, à cultura e ao contexto. Não há uma história única sobre a sexualidade. No âmbito da saúde, tal

discussão inclui abarcar práticas sexuais com intuito exclusivo da vivência dos prazeres, sem função reprodutiva. Práticas que foram descritas como transgressoras, a exemplo da *não monogamia*, cuja função política é central ao seguir na contracorrente da sexualidade reprodutiva, heterocisnormativa e monogâmica. Historicamente, a medicina teve um papel essencial de inaugurar um vocabulário de repulsa sobre o sexo a partir da associação de comportamentos sexuais com doenças mentais; normatização do desenvolvimento sexual da infância à velhice; caracterização dos desvios sexuais; e intervenções pedagógicas e médicas (FOUCAULT, 2019).

Eu acho que aprender a captar esses sinais de que você tá diante de uma pessoa que foge, ali dentro da norma do, do que seria, sei lá, do senso comum, né? Eu acho que é uma coisa que eu também percebo que, de algum jeito, me ocorre ao natural. Mas eu também entendo que isso faz parte um pouco de uma ferramenta, porque eu também faço uma busca de certa forma ativa a isso. E que, às vezes, me traz uma reflexão de que eu percebi alguma coisa, mas que ainda não consigo nem dar nome ao que foi que eu percebi. Mas eu consigo perceber. E isso é um ponto que eu acho que é interessante, mas, ao mesmo tempo, que tem alguns pontos que eu vejo ainda surgirem alguns, algumas situações de dificuldade. (GF4P7).

A formação profissional que discuto aqui seria capaz captar elementos da relação intersubjetiva do atendimento para gerar autonomia dos sujeitos a partir de uma postura ativa e que pretende ser adequada. A relação médica/o-paciente, mediada pelo agir comunicativo proposto por Habermas, movimenta o processo dialético consenso-dissenso, onde a interação produz diálogo, valida a/o outra/o como interlocutor/a e busca o entendimento.

7.2.2 Comunicação descomplicada e linguagem acessível

As diferenças da ordem da competência cultural de médicas/os e pacientes são reconhecidas, mas ambos detêm o direito às palavras e às decisões. No "ato médico" há um desnível de conhecimento técnico, mas é justamente neste sentido que a racionalidade comunicativa, em conjunto com a ética, o respeito e a confiança, permitiriam o agir comunicativo a partir do compartilhamento de poder, em benefício da/o paciente, sua família e sua comunidade. Dialogando a Teoria do Agir

Comunicativo (TAC) (HABERMAS, 2012) com os princípios da Atenção Primária à Saúde e da medicina de família e comunidade, o percurso a ser construído seria de um fluxo de comunicação ampliado, em prol da negociação de compromissos e da pactuação de ações, que visa ampliar o êxito das ações em saúde, explorando os elementos comunicativos para um projeto de cuidado solidário, a exemplo destas falas:

A gente tá aqui pra poder ouvir o outro, explicar os riscos e orientar. Quanto menos tabus, menos preconceitos, menos conceitos equivocados a gente tiver, mais fácil vai ser essa abordagem e mais tranquila vai ser. (GF3P7).

Onde é que a gente aprendeu isso? Tem muita coisa que a gente aprende também com os pacientes, com a vivência deles, que se não fosse a nossa experiência com os pacientes, a gente não ia pensar em certas coisas, né? Então, é... Eu acho isso muito legal, o quanto que a gente também conviver com eles faz a gente pensar e aprender. (GF4P4).

Exercer uma comunicação descomplicada, com linguagem acessível e investimento na linguagem não verbal pode produzir uma aposta ética, teórica, política, humanizada e subjetiva da/o profissional, por se disponibilizar para a escuta da necessidade do outro, de quem deve e tem o potencial de cuidar. Essa discussão inclui elementos da antropologia da saúde e da compreensão da competência cultural:

A gente precisa abordar o paciente de acordo com como o paciente é, né? Inserido na cultura dele. (GF3P6).

As propostas pedagógicas contemporâneas parecem se importar com a conscientização dos formandos sobre suas atitudes, valores, constrangimentos e reações emocionais em relação à sexualidade, buscando uma atitude reflexiva na resolução de problemas nesse campo. Um aspecto interessante da literatura referente à capacitação para a saúde sexual é a importância da familiarização tanto com os termos médicos de comunicação da sexualidade quanto com a linguagem coloquial, as gírias, buscando conforto e compreensão das/os envolvidas/os na

comunicação da entrevista médica (DIXON-WOODS et al., 2002; (FERRARA et al., 2003; PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010).

Eu me lembro que depois da consulta eu fui conversar com o meu preceptor, né? Aí ele falou que ele tinha aprendido, a abordagem que ele fez, né, com urologista, que falou pra eles assim, que era pra ser o mais descarado possível. Você tem que falar as palavras mesmo, que eles têm acesso, você tem que falar as coisas, sabe? Porque, senão, você não consegue atingir o paciente. Isso daí eu achei importante, né? É uma coisa que nem sempre a gente aprende na abordagem clínica do paciente, né? Ainda mais a gente com tanto termo médico, com tanta coisa, às vezes a gente acaba esquecendo também, né? (GF2P6).

A materialidade e a inteireza das palavras são algo elementar. O diálogo sobre a sexualidade deve ser, para além de respeitoso, inclusivo e inteligível, podendo recrutar uso de terminologia leiga e a comunicação não verbal para favorecer a interação médico-paciente (PRETORIUS; COUPER; MLAMBO, 2021). Ou seja, médicas/os precisam aprender a se comunicar e a serem transparentes, despindo-se da linguagem técnica que é, também, uma linguagem em forma de códigos. Essa comunicação melhora a possibilidade de extrair mais informações clínicas, que podem ser fundamentais para a prática clínica.

Realmente essa “abordagem de ser descarado”, né, entre aspas, é uma abordagem que funciona, porque você mostra que você não tem problemas de falar sobre aquilo. A questão é que, às vezes, a gente tem as nossas limitações e as nossas barreiras de falar de forma livre sobre esse assunto. Tipo, às vezes, não é algo livre pra gente, né? (GF2P3).

Esses comentários discutem os benefícios de uma comunicação descomplicada e a importância de uma adequação linguística das/os médicas/os. Profissionais abertos, que falam de tudo e que deixam as pacientes à vontade acessam mais facilmente sua saúde sexual. Quando há barreiras pessoais, buscar saná-las em âmbito pessoal e/ou profissional e atentar-se para não atrapalhar, ou seja, não ser a própria barreira.

Eu acho que quanto mais natural a gente faz, facilita. Quando eu percebo que eu levo de uma maneira natural a sexualidade no consultório [...] Eu noto a diferença de um atendimento que eu fiz, e de um atendimento meu que eu não fiz isso. (GF1P3).

Porque eu era aberto e falava de tudo. Sempre. Então, ele, eles se sentiram à vontade pra falar comigo sobre esse assunto também. Foi uma experiência que eu tive, foi o momento que apareceu. (GF2P8).

É claro que, às vezes, é arriscado, pode ser que em algum momento não dê certo, mas o bom humor, ele costuma dar muito certo dentro do consultório, né? Pelo menos, pelo menos com o sexo masculino. Agora com as mulheres tem que ir, assim, bem pontinho por pontinho, pra ver se ela quer falar. (GF2P4).

O humor foi citado como uma possível estratégia para conduzir a consulta de forma leve, descontraída e descomplicada, em um movimento que me pareceu centrípeto, das bordas para o centro. Essa compreensão pode demandar o uso de linguagem coloquial, com gírias, o que pode trazer constrangimentos para os profissionais. Tais limitações podem ser trabalhadas no contexto formativo, a partir da preceptoria e da educação da comunicação clínica, mas também em ambientes privados, como na terapia individual.

7.3 MÉTODOS EDUCACIONAIS E POSSIBILIDADES PEDAGÓGICAS NO ENSINO DA SAÚDE SEXUAL

O desenvolvimento das competências em saúde sexual se mostra como condição disparadora para balizar os currículos das escolas médicas, guiando metodologias e ferramentas de avaliação, em prol do treinamento dos graduandos frente às diferentes demandas clínicas da sexualidade. As inovações curriculares gerais relacionadas à saúde sexual visam melhorias nos programas de educação médica para: abranger questões contemporâneas da sexualidade humana; estimular o ensino multi/interdisciplinar e adequar ao currículo baseado em competências, com aquisição de conhecimentos, treinamento de habilidades e mudança de atitudes (PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010).

A insuficiência da educação relativa à sexualidade parece sistêmica na medicina. Mas, quando sustentado, o ensino da sexualidade pode gerar influências muito positivas, auxiliando estudantes, residentes e/ou profissionais a: lidar melhor com a própria sexualidade e a das/os demais; acolher e valorizar as queixas sem julgamento moral; compreender a diversidade do comportamento sexual humano (DIXON-WOODS et al., 2002; LEIBLUM, 2001; LIMA; CERQUEIRA, 2008; RUFINO; MADEIRO; GIRÃO, 2013; SHINDEL et al., 2010); acessar questões de saúde importantes para pacientes; ampliar o vínculo com pacientes e famílias; propor um cuidado centrado na/o usuária/o; oportunizar promoção e prevenção em saúde (BOR; LLOYD; NOBLE, 2021).

A gente precisa, tipo, falar sobre educação sexual e todas essas coisas pra gente entender que determinadas convenções sociais não se aplicam, né? Que, na verdade, foi uma coisa que veio de fora, pra tentar conter nossos comportamentos. (GF2P6).

Um médico residente fez esse comentário quando o grupo discutia a importância do investimento nos métodos educacionais para proporcionar às/aos estudantes e médicas/os maior conforto no manejo de questões sexuais de suas/seus pacientes, o que faz profundo sentido prático, pois há resistência da/o educanda/o diante de desconforto (ATHANASIADIS et al., 2006; EARDLEY, 2009). O treinamento de habilidades de comunicação da sexualidade pode trazer incômodos, como a influência do viés de gênero na entrevista clínica e no tratamento dos pacientes (BURD; NEVADUNSKY; BACHMANN, 2006) e outros sentimentos que a própria sexualidade evoca na/o estudante ou profissional. Profissionais são convocados a reconhecerem seus limites nessa condução, revendo seus preconceitos, suas dificuldades comunicacionais e atitudinais, bem como respeitando seus limites técnicos, a fim de minimizar iatrogenias (PACAGNELLA, 2009).

As intervenções de programas educacionais em saúde sexual são capazes de aprimorar as competências médicas, melhorar a detecção e o reconhecimento de problemas sexuais, além de diminuir possibilidades de subdiagnóstico e subtratamento (ABDOLRASULNIA et al., 2010; ATHANASIADIS et al., 2006;

SHABSIGH et al., 2009). Já está bem estabelecido que o treinamento profissional em saúde sexual traz inúmeros benefícios para a formação médica, alavancando transformações curriculares que aprimorem conhecimentos, habilidades e atitudes no ensino da sexualidade (COVERDALE; BALON; ROBERTS, 2011; SHINDEL et al., 2010; WITTENBERG; GERBER, 2009), mas como essas mudanças são viabilizadas da perspectiva pedagógica educacional diz respeito a uma mudança transversal no ensino médico, desde o esqueleto estruturante do currículo às formas de avaliação médica.

Há uma variedade de métodos educacionais que contemplam discussões em saúde sexual e que podem ser empregados em todos os níveis de educação médica (ATHANASIADIS et al., 2006; COVERDALE; BALON; ROBERTS, 2011; FERRARA et al., 2003; PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010). No quadro 31 a seguir, organizei as metodologias de forma a localizá-las no Currículo Baseado em Competências, de acordo com seu efeito pedagógico, para que possam ser aplicadas, visando o fim que se pretende.

Quadro 31 - Métodos educacionais e de avaliação em saúde sexual

continua

CONHECIMENTOS
Atualização clínica por meio de palestras e/ou cursos de especialistas: aprendizado sobre questões biomédicas complexas.
Estudo de casos/ sessões clínicas.
Aprendizagem baseada em problemas.
Seminários interativos.
Workshops: exposição a múltiplos pontos de vista.
OSCEs: avaliação de competências.
Grupo de estudos clínicos e de pesquisa.
TREINAMENTO DE HABILIDADES
Dramatização/encenação de entrevista clínica com pacientes e/ou casais: pode ser improvisada ou ter roteiro. Pode abranger a consulta toda ou apenas uma parte da consulta (anamnese, exame físico ou plano terapêutico).
Role-play: exercício de obtenção de informações confidenciais em um ambiente seguro.
OSCEs: avaliação de competências.
Práticas de avaliação direta.
Videofeedback.
Feedback detalhado da avaliação.
Cursos de treinamento.
Oficinas.

continuação

ATITUDES
Grupos de discussão para explorar sentimento e autorreflexão. Ex: grupos Balint.
Imersão/dessensibilização: exposição a práticas e dinâmicas pedagógicas. Ex: teatro do oprimido.
OSCEs: avaliação de competências.
Práticas de avaliação direta.
Videofeedback.
Feedback detalhado da avaliação.

Fonte: elaborado pela autora, 2023, com metodologias inspiradas em Athanasiadis et al. (2006), Coverdale, Balon e Roberts (2011), Ferrara et al. (2003) e Parish e Rubio-Aurioles (2010)

O estudo da consulta em muito pode contribuir para médicos revisarem constantemente a qualidade do seu trabalho (PENDLETON et al., 2011; MARCO et al., 2010). Portanto, um aspecto importantíssimo para o desenvolvimento do campo é que o projeto educacional incorpore, em todos os níveis de educação médica, os benefícios pretendidos da educação em saúde sexual e a avaliação objetiva de aquisição de habilidades (PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010).

A seguir, exponho algumas metodologias pedagógicas que podem contribuir para o ensino saúde sexual e para a avaliação na aquisição de habilidades clínicas:

7.3.1 OSCE

A metodologia *OSCE (Objective Structured Clinical Examination)* revela-se como um dos métodos mais adequados para avaliar a aquisição de habilidades clínicas (PARISH; CLAYTON, 2007). Trata-se de uma avaliação estruturada em multiestações, em ambiente realista, nas quais estudantes desempenham tarefas específicas, como entrevistas, exames físicos e aconselhamentos, com tempo de consulta cronometrado (MEDEIROS, 2012). O desempenho é analisado em cada estação, a partir de fichas de avaliação específicas, preenchidas por docentes e/ou preceptoras/es (PARISH; CLAYTON, 2007). Os cenários clínicos simulados também se destacam por permitirem o exercício de habilidades e atitudes necessários para testar comportamentos benéficos diante de situações complexas, como explorar

preconceitos internalizados e conduzir atendimento à população LGBTQIA+ (COLEMAN et al., 2013).

7.3.2 Videogravação de consultas

A gravação em vídeo de consultas, com pacientes reais ou simuladas/os, constitui-se uma das abordagens de análise de uma consulta médica, com foco na análise e melhoria das habilidades de comunicação para o encontro clínico (DOHMS, 2018; MARCO et al., 2010). É conhecida também como *videofeedback*, vídeo e *feedback* ou PBI (do inglês, *problem-based interviewing*), pois está associada ao uso de *feedback* por pares em ambiente de ensino médico. A metodologia consolida-se como uma prática reflexiva que desenvolve a autoconsciência e tem o potencial de melhorar as habilidades de comunicação e as atitudes médicas para o atendimento (CARRIÓ, 2012; DOHMS, 2018; MARCO et al., 2010; PENDLETON et al., 2011). É considerada padrão ouro no ensino de habilidades de comunicação, permitindo o estudo dos aspectos verbais e não verbais da comunicação clínica (CARRIÓ, 2012; DOHMS, 2018; MARCO et al., 2010; PENDLETON et al., 2011).

No Brasil, sabe-se que o seu uso foi difundido mais recentemente, a partir de 2010, com o apoio da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e já está bem estabelecido em algumas residências médicas da especialidade de Medicina de Família e Comunidade. Com a disseminação da técnica nas escolas e residências médicas, tornou-se aceita e validada por médicas/os e pacientes (DOHMS, 2018; PENDLETON et al., 2011). No âmbito da abordagem da saúde sexual, tem relevância no treinamento de profissionais da APS para identificar e discutir sobre as dificuldades e as estratégias de comunicação clínica de profissionais no âmbito da sexualidade, com foco nos processos interpessoais que se estabelecem na consulta. Pode ser aplicada no aprofundamento dos estudos de comunicação da sexualidade para discussões sobre a obtenção da história sexual, como exemplo, na abordagem da orientação sexual, do comportamento sexual, da saúde reprodutiva e do rastreamento das IST (PRETORIUS; COUPER; MLAMBO, 2021).

7.3.3 Grupos Balint

O Grupo Balint é um grupo de reflexão, que estuda os modos de funcionamento da relação médico-paciente. Trata-se de uma importante ferramenta profissional para trabalhar processos transferenciais da relação médica/o-paciente; rever preconceitos e discriminações; conscientizar-se da construção da personalidade profissional; e lidar com dificuldades inerentes à prática clínica que emergem da interação entre profissionais, pacientes e suas famílias (CARRIJO, 2017). O acesso a espaços formativos reflexivos como Grupos Balint e outras ferramentas formativas pode colaborar com o exercício de escuta atenta da/o médica/o, para operar o cuidado em benefício das/os pacientes, a partir de uma atmosfera relacional mais empática (BALINT; NORELL, 1998; BOR; LLOYD; NOBLE, 2021).

Enquanto aprendizado para se tornar uma médica de família que consegue ouvir, eu acho que técnica grupal, uma ótima ferramenta, por exemplo. Né? (GF4P2).

Nos Programas de Residência Médica estudados, o Grupo Balint compõe o Currículo desde 2018, seja nos Canais Teóricos de Comunicação Clínica ou de Saúde Mental, e é facilitado por preceptores que tenham realizado o Curso de Formação pela Associação Brasileira de Balint⁶³. Não há uma definição fixa sobre a frequência dos grupos pelos programas, pois esta dependerá da organização do semestre vigente e da disponibilidade dos preceptores capacitados.

Tô pensando nas ferramentas, né? Ser sensível. É. Ler. Enxergar o outro, porque a gente tá falando sobre enxergar o outro, né? Outro com o maiúsculo. O "o" psicanalítico assim. É poder enxergar o outro, né? É... Aí eu vou pra um lugar que, pra mim, é a minha ferramenta, pra maioria das coisas, assim, dentro do consultório. Eu acho que uma ferramenta de aprendizado é o grupo. Porque a gente tá falando de coisas que não são categóricas, né? A gente tava falando mais cedo, o que é sexualidade. É um monte de coisa subjetiva e vai ser um monte de coisas pra um monte de gente, né? É, então, enquanto ferramenta, eu acho que o aprendizado para dentro, para o ser [...] passa pelo grupo, sabe? Acho que uma das ferramentas de aprendizado é aprender a escuta grupal. E que a resolução grupal pode te dar ferramentas. (GF4P2).

⁶³ Para saber mais sobre os cursos de formação para facilitadores, acesse: <http://www.balint.org.br>.

Nesse comentário, a médica fazia menção ao trabalho grupal realizado entre profissionais, especialmente o Grupo Balint, cujos benefícios para profissionais da APS são inúmeros: amplia a reflexão sobre o exercício clínico; aumenta a desenvoltura profissional para lidar com incertezas, frustrações e outros sentimentos de difícil manejo; expande a resiliência profissional; favorece a aquisição de competências profissionais; é promissor na satisfação profissional; amplifica o arcabouço emocional; produz novas compreensões sobre o potencial terapêutico da relação médica/o-paciente, dentre outras potencialidades (CARRIJO, 2017). Profissionais de saúde podem fazer uso da prática grupal para discutir situações clínicas complexas, delicadas ou constrangedoras, podendo explorar sentimentos difíceis e aprender novos padrões relacionais (BALINT, 1998; BALINT; NORELL, 1998; CARRIJO, 2017; MEERABEAU, 1999).

Então, eu não tenho uma abordagem muito estruturada pra falar de sexualidade no consultório. É... Eu acho que, com certeza, as nossas vivências pessoais, elas vão interferir no nosso conforto em abordar. Então, assim, se eu tenho questões com a minha sexualidade, se eu não vivo ela, se eu não a vivo plenamente, é... se eu não compreendo os meus desejos, é... vai ser muito mais difícil conversar com outras pessoas a respeito disso. Então, assim, eu acho que, é... não me sinto nesse lugar, mas eu vejo que é um lugar, é uma coisa que pode interferir na nossa habilidade de abordar, na nossa capacidade de abordar. (GF4P5).

O depoimento diz sobre a importância da atitude atenta da/do profissional às questões da sua própria sexualidade, não necessariamente por uma abordagem estruturada, como a anamnese sexual. A médica acredita que sua vivência sexual subjetiva tem efeito na forma que ela se comunica na consulta, inclusive essa comunicação parece ser facilitada quando há transferências empáticas ou identificações entre as/os envolvidas/os. Há, nessa profissional, um interesse genuíno em refletir sobre suas próprias questões sexuais, que a auxiliam a dialogar mais abertamente sobre o campo sexual. Profissionais que praticam abordagens grupais podem ter mais conforto e gerenciam melhor problemas sexuais ao compartilhar casos com colegas e explorar suas próprias atitudes em relação à sexualidade (BULLARD; DERZKO, 2002). Os grupos permitem emergir lacunas técnicas e emocionais, podendo ajudar as/os participantes no exercício da medicina, como por exemplo na conscientização e superação dos preconceitos da ordem da pluralidade da sexualidade (PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010).

O trabalho com médicas/os e residentes demanda metodologias sofisticadas, como essas, que operam no aspecto formativo, na melhoria da qualidade do

atendimento e na compreensão sobre "o que" acontece na consulta e "como" (BALINT, 1998; CARRIÓ, 2012; DOHMS, 2018; MARCO et al., 2010; PENDLETON et al., 2011). Trata-se de manusear aspectos delicados da formação, como aprender a se ver como médica/o (a partir de uma perspectiva tangível e não apenas simbólica), a se ouvir, a se perceber, a se observar, a refletir sobre movimentos, posturas, gestos, sobre o dito e o não dito da consulta, sobre aprender a fazer e a receber críticas construtivas, a partir do formato de *feedback*. Mais profundamente, sobre acessar as vulnerabilidades e poder perceber que estas também pertencem ao processo de aprendizagem. Abordagens formativas de qualidade inspiram residentes e preceptoras/es a se atentarem aos conteúdos discutidos com maior interesse.

7.4 ELEMENTOS DE ENSINO DA SEXUALIDADE NA APS: CENÁRIOS E FORMAS DE APRENDIZAGEM

Os estudos envolvendo o ensino de habilidades comunicacionais sobre sexualidade especificamente na consulta de médicas/os de família e comunidade ainda são incipientes, apesar dos problemas sexuais serem prevalentes no contexto da Atenção Primária à Saúde (ALARCÃO et al., 2012; COVERDALE; BALON; ROBERTS, 2011; RABATHALY; CHATTU, 2019).

Participantes avaliam as Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal como um cenário de aprendizado rico e diverso, por representar um ambiente assistencial com potencial prático, a partir de consultas, procedimentos, visitas domiciliares, discussões de casos clínicos, matriciamentos, grupos comunitários, reuniões de equipe, educação permanente e pelas infinitas possibilidades de interlocuções interpares.

A APS revela ser um contexto pedagógico adequado para o ensino e o aprendizado da abordagem da sexualidade na consulta, pois atende toda e qualquer pessoa, independente de idade, gênero e queixas, a partir de um trabalho essencialmente coletivo e em equipe. Ademais, há casos clínicos diversos e interessantes; o intercâmbio de saberes é promissor; e há desafios clínicos não protocolares, que inauguram novas possibilidades de cuidado e aprendizado.

Nos programas de residência médica em medicina de família e comunidade (PRM-MFC) do Distrito Federal o ensino de sexualidade acontece em inúmeros cenários de aprendizagem, como aulas teóricas, "Ambulatório TRANS", bem como em diferentes ações pedagógicas dos residentes com a preceptoria, grupos Balint e na diversidade das formas de avaliação. O Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC, 2014) estrutura conhecimentos, habilidades e atitudes a serem adquiridos por médicas/os de família e comunidade durante a sua formação como especialistas e foi utilizado como documento balizador do currículo dos programas de residência estudados. Os métodos avaliativos e formativos pensados para o aprendizado dessas competências permitem delinear marcos formativos para a carreira e os procedimentos profissionais (MARCO et al., 2010; PENDLETON et al., 2011, p. 125).

Quando médicas/os de família e comunidade foram questionadas/os sobre como/onde aprendem e pesquisam sobre o tema sexualidade e saúde sexual no cotidiano da prática clínica e na formação acadêmica, ficaram surpresas/os com a diversidade de possíveis meios para angariar recursos técnicos, pedagógicos e vivenciais. No quadro a seguir, organizei de forma a facilitar a visualização.

Quadro 32 - Recursos técnicos, pedagógicos e vivenciais sobre saúde sexual das/os MFCs estudadas/os

continua

FORMAÇÃO PESSOAL
Aspectos morais, culturais, familiares, éticos e políticos. Estudos sobre gênero e feminismos.
GRADUAÇÃO OU PÓS-GRADUAÇÃO (MESTRADO E DOUTORADO)
Cursos ou disciplinas livres/optativas/extracurriculares. Ex: Antropologia, psicologia e sexualidade.
RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
Canais teóricos. Preceptoria ombro a ombro. Avaliações por feedback. Trabalho de conclusão de curso. Estágio optativo no ambulatório de transexualidade do Distrito Federal. Grupos e/ou oficinas de sexualidade. Teleconsulta em situações de dificuldade do encontro presencial. Grupos Balint.

continuação

EDUCAÇÃO PERMANENTE
<p>Cursos, congressos, aulas, pesquisas, vivências, capacitações, projetos, ONGs.</p> <p>Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade: congressos, seminários e grupos de trabalho.</p>
MATERIAIS IMPRESSOS E/OU DIGITAIS
<p>Livro: Saúde LGBTQIA +. Práticas de cuidado transdisciplinar (CIASCA; HERCOWITZ; LOPES JUNIOR, 2021).</p> <p>Livro: Comunicação clínica: aperfeiçoando os encontros em saúde (Dohms e Gusso, 2021).</p> <p>Livro: Entrevista Clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde (CARRIÓ, 2012).</p> <p>Protocolo clínico: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). (BRASIL, 2022).</p> <p>Cartilha: Velcro seguro: o guia de saúde sexual para mulheres lésbicas e bissexuais com vulva. (Sartor, 2019).</p> <p>Artigos científicos.</p>
POLÍTICAS DE SAÚDE
<p>PAISM (BRASIL, 1984); PNAISM (BRASIL, 2004); Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2013); Política nacional de atenção integral a saúde do homem (UFSC, 2018).</p>
MATERIAIS MIDIÁTICOS
<p>Vídeos educativos: ¿Cuál es la diferencia? (2012) https://www.youtube.com/watch?v=doyf6m79ZIs</p> <p>“Videogame, tem um videogame de siririca pra ensinar no consultório” (GF4P2): https://www.omgyes.com/pt/</p>

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

O quadro 32 mostra que os recursos pessoais e pedagógicos sobre saúde sexual das/os mfcs estudadas/os parecem diversos, mas ainda são profissional-dependente. Não há uma nitidez para as/os entrevistadas/os sobre o posicionamento da escola, do programa de residência ou do currículo sobre quais conceitos de saúde sexual devem prevalecer na formação.

Os aspectos formativos pessoais e a importância do investimento pessoal nos estudos do campo da sexualidade já foram discutidos no decorrer da tese, em especial nos subcapítulos sobre comunicação clínica e relação médica/o-paciente (subcapítulos 6.3 e 6.4). Portanto, nesta etapa da tese meu foco é discutir alguns recursos pedagógicos dos programas de residência estudados. Esta pesquisa não teve o intuito inicial de revisar ou avaliar os currículos desses programas, tampouco seus pormenores formativos, como metodologias de aulas e tipos de avaliação. No

entanto, coube à pesquisa identificar por quais meios a sexualidade aparece na formação acadêmica, na perspectiva dos seus participantes, pelo valor que esse aspecto apresentou nos grupos focais.

7.4.1 Canal teórico de comunicação clínica

Na especialidade de medicina de família e comunidade, a lacuna formativa na condução de questões sexuais no contexto da Atenção Primária à Saúde é identificada amplamente no mundo todo (ABDOLRASULNIA et al., 2010; PRETORIUS; COUPER; MLAMBO, 2021; ROSEN et al., 2006) e o papel desses especialistas na identificação, no diagnóstico e no tratamento de disfunções sexuais ainda precisa ser mais bem explorado (ALARCÃO et al., 2012; PRETORIUS; COUPER; MLAMBO, 2021; RABATHALY; CHATTU, 2019).

Eu, na faculdade, não tive nada, nem de vivência intraclasse ou extraclasse. Eu realmente só tive qualquer discussão durante a Residência. Foi quando eu comecei a entender um pouquinho mais. Na Residência médica mesmo. (GF3P2).

As primeiras vezes que eu fui ter contato mesmo com a disciplina foi na Residência, porque a formação de mfcs é diferenciada, né? Então, a gente acaba tendo essa abordagem. E também foi muito por fora, assim. (GF2P6).

Participantes da pesquisa reconhecem as demandas em saúde sexual como prevalentes na APS e a necessidade de formação e atualização na área, em especial no momento formativo da residência médica, em que há grande permeabilidade no aprendizado para novos saberes.

Nesse sentido, as aulas do Canal Teórico de Comunicação Clínica (CTCC) foram destacadas como um importante espaço de ensino aprendizagem, especialmente quando oferecem videogravações de consultas, que avaliam a competência clínica e o aprendizado no nível mais alto da Pirâmide de Miller, ou seja, na capacidade da/o médica/o "fazer" (DOHMS, 2018; MILLER, 1990). Miller (1990) descreveu um esquema estruturando a aquisição de competências clínicas em pirâmide, da base ao topo, considerando níveis crescentes de complexidade: saber; saber como fazer; mostrar como se faz; fazer. Professoras/es, preceptoras/es

e tutoras/es que acompanham residentes na gravação das consultas e na coordenação dos grupos também aprendem e se formam no processo, o que pode ser bastante benéfico para que preceptoras/es vivenciem a experiência e encorajem seus residentes a filmarem as consultas o seu contexto clínico, nas Unidades Básicas de Saúde.

Na residência, eu me lembro de algumas aulas de comunicação abordando, é... assuntos relacionados à sexualidade. E eu tive vivências muito legais em relação ao entendimento de identidade de gênero, entendimento de práticas sexuais, e de conversar, abordar diretamente com os pacientes. (GF4P5).

Os Programas de Residência em MFC estudados valorizam o investimento teórico-prático no ensino da comunicação clínica, e fazem uso dessa potencialidade para instrumentalizar suas/seus residentes. O CTCC é delineado como um espaço formativo seguro para investigar as necessidades de aprendizagem de residentes; treinar as habilidades de comunicação; discutir situações difíceis da clínica; refletir sobre a importância da relação médico-paciente; e vivenciar metodologias avaliativas e formativas em benefício do desenvolvimento de competências.

[...] me fez pensar o quanto que toda a experiência, desde ter entrado na residência, já me modificou como ser humano. E eu acho que isso é... é uma das coisas que eu acho que eu sou mais grato, assim, à medicina de família. (GF4P7).

A residência de medicina de família e comunidade se revela como um momento formativo importante para além da dimensão profissional, agindo diretamente na construção das subjetividades. Os estudos das habilidades e atitudes podem contribuir para a compreensão das mudanças que ocorrem na relação médica/o-paciente, mediadas pelas transformações sociais (PENDLETON et al., 2011, pg. 125).

Na residência, eu acho que a gente tangencia assim, a gente pincela, mas não sei se a gente aprofundou muito assim, como, como matéria formal da residência, mas acho que tá. É um assunto que como é muito humano, muito de gente, né? Nossa residência é sobre pessoas, é um assunto que sempre tá ali, né? (GF4P8).

Este recorte "Nossa residência é sobre pessoas" (GF4P8) retoma a importância da sexualidade como uma dimensão humana e universal, que compõe o cotidiano de médicas/os de família e comunidade de forma transversal. Porém, sua fundamentação teórica ainda precisa ser mais elaborada nos currículos da especialidade.

7.4.2 Ambulatório TRANS

Nos grupos focais de residentes, houve a valorização dos ambientes de prática clínica do Distrito Federal, a exemplo da possibilidade de experienciar o Ambulatório TRANS (SES, 2022). O "Ambulatório de Diversidade de Gênero – Ambulatório TRANS" compõe a rede de saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Trata-se de um espaço de assistência especializada às pessoas travestis e transexuais do Distrito Federal, que sejam maiores de 18 anos. Atua com fins de acolhimento às pessoas LGBTQIA+; abordagem grupal por equipe multiprofissional; definição e encaminhamento das demandas personalizadas; e construção do plano de cuidado (SES, 2022).

O serviço tem como princípios o direito à cidadania e à despatologização das identidades e expressões de gênero, bem como o Estado como provedor dos cuidados necessários à diversidade como manifestação da sexualidade humana. (SES-DF, 2023).

O Ambulatório TRANS servia como campo de estágio obrigatório ao Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da ESCS até o ano de 2022, com importante efeito na sensibilização dos residentes com a causa LGBTQIA+. O atendimento à população transexual representava um cenário prático de aprendizagem diversificado, que permitiu às/aos residentes ampliar conhecimentos e habilidades.

Na residência, eu aprendi muita coisa. Na faculdade, pouco, mas, na residência, eu acho que a gente vai adquirindo vários conhecimentos. Eu acho que, pra mim, o mais legal foi passar no trans, no ambulatório trans. Isso também abre muito a minha cabeça, assim. Depois que eu passei lá, eu falei "nossa, tem muita coisa". E aí, vamos olhar mais pra isso, né? Tem muita coisa aí. Eu acho que é mais isso que eu aprendi, assim, e tô aprendendo ainda. (GF1P7).

Apesar da abertura dos profissionais do Ambulatório TRANS para receber os residentes de medicina de família e comunidade, esse estágio ficou inviabilizado a partir do ano de 2023 pela expansão do programa de residência da ESCS para 100 vagas e pelas mudanças no seu funcionamento. Como ponderações dos preceptores sobre esse espaço formativo, houve relatos de que há poucos profissionais no serviço, com uma carga horária insuficiente para a alta demanda vigente, o que gerou uma queda importante na oferta de ações em saúde e uma restrição do acesso à população-alvo, tendo hoje uma fila de espera exorbitante de pacientes à espera de acesso ao serviço.

7.4.3 Educação permanente: capacitação na abordagem de saúde sexual

Houve importantes avanços na avaliação e no tratamento das disfunções sexuais nas últimas décadas e a sociedade parece mais disposta a reconhecer os problemas sexuais e a discutir a saúde sexual no consultório (PRETORIUS et al., 2021). Para tal, os cuidados de saúde sexual precisam ser aprimorados com treinamento ancorado na medicina baseada em evidências, no desenvolvimento de habilidades clínicas e na obtenção da história sexual (PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010; RABATHALY; CHATTU, 2019). A necessidade de formação contínua é reconhecida e bem-vinda pelas/os médicas/os de família e comunidade (RABATHALY; CHATTU, 2019), está associada a uma maior confiança frente à abordagem (ABDOLRASULNIA et al., 2010), bem como auxilia a validar a sexualidade como uma demanda em saúde, valorizar o bem-estar da paciente, investir na relação médica/o-paciente e exercer profissionalismo (PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010).

Eu acho que eu nunca atendi uma pessoa transexual no consultório, pelo menos na UBS, né? Então, assim, eu não, eu, sinceramente, não faço nem ideia de como vai ser isso. Eu quero muito passar por isso, porque é justamente essas pessoas que são, que são de grupos minoritários e vulneráveis, né, que a gente tem que dar atenção. E a atenção tem que ser diferenciada, né? (GF2P6).

Nesse comentário há uma demanda específica pelo aprendizado sobre a abordagem da população LGBTQIA+, especialmente pessoas trans. Médicas/os participantes desta pesquisa trouxeram como condição basilar o apoio pedagógico às/aos estudantes, residentes e médicas/os, no formato de capacitação, para que se sintam mais preparadas/os para não apenas obter informações sobre saúde e comportamentos sexuais, como abordar e promover a saúde sexual de suas/seus pacientes (BAYER et al., 2017; COVERDALE; BALON; ROBERTS, 2011; FITZGERALD et al., 2003; OBEDIN-MALIVER et al., 2011; SOLURSH et al., 2003).

A educação permanente em muito pode contribuir, pois é considerada a promotora de competências mais adequada, especialmente quando há o desenvolvimento de atividades práticas (ALARCÃO et al., 2012). Estudo recente revelou que médicas/os atuantes na APS com qualquer capacitação prévia em comunicação de saúde sexual tiveram três vezes mais probabilidade de iniciar uma discussão sobre o tema ou obter uma história sexual na consulta, além de outros aspectos facilitadores, como mesmo gênero entre médica/o e paciente, semelhança de idade e educação internacional da/o profissional (RABATHALY; CHATTU, 2019).

Segundo WHO (2015), os programas de treinamento sobre a abordagem de saúde sexual e habilidades de comunicação relacionadas à sexualidade, para profissionais de saúde tem forte recomendação, apesar de baixa evidência. As capacitações profissionais, independente da fase formativa, devem ser validadas e supervisionadas por uma autoridade acadêmica apropriada (PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010), o que, na especialidade de medicina de família e comunidade, amplia a importância da atuação da SBMFC.

Por parte da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, parece haver interesse e investimento pela educação permanente, o que corrobora com a intenção dos programas de residência médica ao pautar o ensino a partir de uma perspectiva crítica, relacional e ética (SBMFC, 2014). Os encontros da especialidade (congressos, simpósios e outros) têm uma função importante para ampliar as perspectivas formativas e inaugurar novas abordagens teórico-práticas.

Evento sobre Saúde LGBTQIA + [...], esses eventos, né, eles foram muito legais, porque a gente entra em contato com muita coisa. (GF4P4).

A capacidade de interlocução das/os profissionais nesses encontros pode auxiliar na organização de programas de treinamento *on-line* (PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010). Disponibilizar e democratizar os programas de formação parece ser fundamental, mas ainda um desafio, não apenas no Brasil, mas em âmbito global. Talvez, após o contexto de pandemia de covid-19, no qual o ensino à distância se tornou mais flexível e ampliado, isso se torne mais viável.

Os Grupos de Trabalho (GTs) da SBMFC são também espaços de trocas coletivas que em muito podem contribuir com o desenvolvimento profissional, por meio de discussão de casos clínicos; reuniões de estudo; pesquisas; organização de eventos; publicações em mídias e da democratização de material didático, como é possível observar na publicação de Zampar et al., (2020). O GT de "Gênero, Sexualidade, Diversidade e Direitos" (SBMFC, [s.d.]) parece ser bem atuante no grupo de *whatsapp* (com 223 integrantes até a finalização desta pesquisa) e na promoção de ações, compondo os congressos brasileiros e regionais com diversidade de propostas de espaços de discussão. Por outro lado, o GT parece atingir predominantemente as pessoas que já estão ávidas para discutir e que têm um interesse pessoal já estabelecido no tema. Um grande desafio é buscar não enviesar a discussão em torno de alguns profissionais mais afins e experientes, e propor ações que capturem a atenção de médicas/os de família e residentes com maiores dificuldades na abordagem da sexualidade na APS, como barreiras técnicas e comunicativas, tabus religiosos, preconceitos arraigados e outras questões subjetivas.

7.4.4 Desenvolvimento do corpo docente e da preceptoría

A falta de profissionais bem qualificados para ensinar; a carência de programas de desenvolvimento do corpo docente; as poucas horas do currículo dedicadas aos estudos de saúde sexual; e a falta de acesso aos programas educacionais são desafios significativos para a implementação de programas de educação em saúde sexual em todo o mundo (PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010, p. 3312).

A concentração de horas da formação em medicina possibilita que professores, preceptores, residentes, estudantes e colegas de equipe convivam

extensos períodos de tempo juntos, podendo se influenciar mutuamente. Portanto, o desenvolvimento do corpo docente é um requisito essencial para aprimorar as habilidades de comunicação sexual no exercício clínico da medicina (PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010).

Nos grupos focais estudados, residentes estavam ávidos por compartilhar casos clínicos, bem como incômodos e dúvidas relacionados ao campo da sexualidade, assunto ainda não estabelecido como "protocolar" na medicina. Enquanto preceptoras/es e professoras/es, apesar de comunicarem suas dificuldades, pareceram bem mais seguras/os. Anos de prática e experiência clínica, de fato, são fatores que facilitam na comunicação sobre saúde sexual por médicas/os de família e comunidade (ALARCÃO et al., 2012), portanto parece ser central o investimento no corpo docente e de preceptoria para a residência médica.

A relação pedagógica próxima e direta com professoras/es e preceptoras/es foi destacada na pesquisa como uma importante fonte de aprendizado na condução da abordagem da sexualidade nas consultas da APS por convergir arcabouço teórico com o exercício prático de habilidades e atitudes, auxiliando na assimilação e na desenvoltura em lidar com a questão:

Eu acho que é onde eu mais me sinto tendo aprendido foi durante as trocas com os colegas, com os preceptores, com as conversas sobre os pacientes que a gente atendia, esses compartilhamentos. E justamente me deparando com as dificuldades. E aí é que me surge como que eu fui captando algumas ferramentas para lidar com isso. (GF4P7).

O quadro 33 exemplifica conhecimentos, habilidades e atitudes de um educador modelo e eficaz (HATEM et al., 2011):

Quadro 33 - Conhecimentos, habilidades e atitudes de um educador modelo e eficaz

continua

CONHECIMENTOS
Conhece e aplica os princípios pedagógicos
Conhece e usa as técnicas de ensino de acordo com os avanços da neurociência e psicologia
Mantém-se atualizado com os conteúdos referentes à sua disciplina e sua prática
Compreende a educação como objeto de estudo, busca seu desenvolvimento por meio de experimentação e pesquisa em campo de prática

continuação

HABILIDADES
Comunica-se efetivamente e transforma a aprendizagem em significativa
Demonstra liderança no ambiente de aprendizado
Demonstra habilidades para atuar em pequenos e grandes grupos
Pergunta, ouve e responde efetivamente
Estabelece uma comunidade de aprendizado que valoriza a educação e processo de educação ao longo da vida
Estabelece contato com os educandos, observando as necessidades dos educandos e esclarecendo as expectativas do educador
Oferece feedback adequado
É reflexivo e consciente
Demonstra habilidade de atrair e manter atenção
Demonstra capacidade de adaptação e flexibilidade
Promove o pensamento crítico
Promove a busca autônoma pelo conhecimento
Faz avaliação somativa
Usa tecnologia de informação eficientemente
ATITUDES
Reconhece que o objetivo do processo de ensino é o aprendizado efetivo
Defende a educação
Segue um código de ética no ensino da medicina
Demonstra paixão pela docência
Demonstra afeto em todas as suas interações
Não teme dizer “eu não sei”
É acessível aos estudantes
Manifesta e estimula a curiosidade
Busca o conhecimento que os alunos trazem
Valoriza e estabelece um ambiente de aprendizado seguro
Valoriza e atua como <i>role model</i>

Fonte: elaborado pela autora a partir de Hatem et al. (2011).

Como é possível visualizar no quadro de competências, a formação adequada de educadoras/es é essencial para que atuem como facilitadoras/es no processo ensino-aprendizagem, favorecendo a aquisição de competências clínicas (BAYER et al., 2017; BRASIL, 2009; 2014; COVERDALE; BALON; ROBERTS, 2011). A qualificação e a disponibilidade de docentes e preceptoras/es são indispensáveis

para a viabilidade da preparação técnica, teórica e prática das/os residentes, como no exemplo a seguir:

Na minha residência, eu tive aula, a gente teve um módulo de sexualidade com uma professora (sexóloga). E, além disso, ela também fazia consulta em conjunto com a gente. É... Eu aprendia muito nas consultas em conjunto. Ela também tava presente no ambulatório de saúde da mulher e pré-natal [...]. E aí também tinha um fisioterapeuta, que ele era fisioterapeuta de assoalho pélvico. Mas aí ele também trabalhava algumas coisas de sexualidade. Então, é, eu aprendi mais coisas, mais vendo a abordagem dela do que num... momento teórico em si. Mas eu gostava [...]. Foi mais um momento de preceptoria mesmo, que ela tava atendendo junto comigo. (GF4P4).

Esse relato é sobre a atuação de uma sexóloga e um fisioterapeuta, que usavam de sua experiência e inserção no PRM-MFC para acompanhar e orientar residentes nos casos clínicos de saúde sexual, o que revela que a interação multidisciplinar também é ampliada com variedade de ações pedagógicas. Parish e Rubio-Aurioles (2010) corroboram que a observação direta dos atendimentos e a "preceptoria ombro a ombro" tem um papel importantíssimo no ensino da saúde sexual, pela possibilidade de troca entre os médicas/os mais experientes e estudantes e/ou residentes que vivenciam a prática de uma forma mais autônoma, mas acompanhadas/os e orientadas/os.

Na minha residência, com minha preceptora, acho que eu vivenciei muito isso com ela, na prática. É... às vezes, dela contando das vivências dela com pacientes nossos. E às vezes ela problematizando questões que eu tinha com os meus próprios pacientes, assim. Foi essa minha experiência formativa. (GF4P5).

No processo de ensino-aprendizado em ambiente clínico, os formadores atuam para além das funções de professores e preceptores, como "modelos" (*role model*) para estudantes e residentes. Cria-se uma relação mestre-aprendiz que é favorecida por qualidades clínicas, pedagógicas e pessoais. O processo de modelagem tem efeito cascata na formação médica, podendo otimizar e qualificar o aprendizado na prática clínica (JOCHEMSEN-VAN DER LEEUW et al., 2015).

E o preceptor, ele está disposto a se desconstruir. Ele está disposto a aprender tanto com o aluno quanto o residente ou interno quanto com seu paciente. Porque, às vezes, quem vai te ensinar é o teu paciente, entendeu? Assim, eu acho que é uma desconstrução contínua, um aprendizado contínuo, e os jovens trazem esse vigor pra gente, essa mudança, né? (GF3P7).

A resposta direta e sincera é que eles (os alunos e residentes) estão ensinando a gente, né? Não o contrário. (GF3P3).

A ação de preceptorar e/ou de professorar demanda uma certa plasticidade das/os formadoras/es, pois constitui uma via de mão dupla, na qual todos aprendem com os atendimentos compartilhados. No âmbito das discussões de gênero e sexualidade, estudantes e residentes parecem mais atualizados com as discussões contemporâneas, podendo contribuir positivamente com seus formadores na expansão da bagagem linguística para abarcar a diversidade de gênero, com novos olhares sobre as subjetividades envolvidas na queixa sexual, bem como na interlocução com os demais profissionais da equipe de Saúde da Família (eSF), em prol de maior abertura aos aspectos da sexualidade no cuidado às/aos pacientes, desde a formulação do cadastro do cidadão.

É um desafio muito grande e vai depender muito da experiência que a gente tem, de que pacientes a gente consegue atender com esses estudantes, com residentes, com internos, porque a gente tem casos muito bons que poderiam ser, né, um cenário de muito aprendizado, mas que nem sempre determinado grupo tem a possibilidade de experimentar. E, ao mesmo tempo, eu acho uma troca muito legal, porque é... os jovens vêm com uma visão diferente na abordagem. Então, eu aprendo muito a conversar com eles. Porque eles têm uma forma de abordagem diferente. Muitos bem, com uma maturidade, uma abordagem fora do normal, assim. E eu aprendo. É uma troca, eu acho mesmo, sabe? Eles observarem a gente. (GF3P5).

Eu acho que eles nos ensinam mais, porque eles estão chegando super desconstruídos, entendeu? É o pronome indefinido e não sei o quê. E eu fico, assim, cara, eu tenho que aprender com esse pessoal aí, porque eles sabem abordar a questão do LGBT e sexualidade, enfim, até melhor do que a gente. Que, com os nossos vícios antigos e questão cultural, do como a gente aprendeu, como a sociedade era quando a gente era adolescente. Eles são muito mais desconstruídos do que eu. Eu aprendo isso aí com eles, aprendo horrores. (GF3P9).

Professoras/es e preceptoras/es destacam a desenvoltura da geração de jovens residentes e estudantes da graduação em medicina (a maioria entre 20 e 30 anos), que trazem vivências importantes para ampliar a perspectiva dos profissionais para lidar com questões relativas à sexualidade, inclusive para superação da perspectiva heterocisnormativa, ainda predominante na formação médica.

Enquanto a valorização dos temas sexuais por docentes desperta a sua importância clínica para estudantes (BAYER et al., 2017; LEIBLUM, 2001), atitudes negativas em aulas, ambulatórios ou outros cenários pedagógicos, como postura inibitória, desinteresse, heterocisnormatividade (LIONÇO, 2008), ofensa e evitação, podem prejudicar a formação e a prática profissional (RUFINO; MADEIRO; GIRÃO, 2013), perpetuando controle, repressão e desrespeito (BRASIL, 2005; LIONÇO, 2008).

Eu acho que a gente subestima o impacto da não abordagem da sexualidade. E muitas vezes a gente roda, roda, roda em determinados assuntos sem saber que, às vezes, a origem do problema pode estar ali, né? Como se fosse ali uma carta na manga também. Então, tem a dificuldade de professores de abordar e eu imagino que a gente também ia ter resistência em ouvir. Então, eu acho que é um campo ainda a ser vasculhado, né? Falar "olha, não dá pra subestimar, né? É um pouco maior do que a gente imaginava. (GF2P4).

Essas ponderações sustentam a necessidade de aprimoramento curricular, pois centralizam a importância da percepção clínica sobre a sexualidade, para que estudantes, residentes, docentes e preceptoras/es a reconheçam, a partir da perspectiva formativa e não individual. Esse é um ponto de inflexão que esta tese identifica, mas que precisa ser examinado em suas profundezas na formulação das estratégias educacionais.

Como você ensina algo que é difícil pra você? (GF3P1).

Esse questionamento pode ser considerado transversal, diante da diversidade de barreiras da comunicação clínica da sexualidade reveladas na pesquisa. O interesse em incorporar novos aprendizados e práticas é fundamental para encorajar a comunicação no ensino médico, inclusive promovendo um tom inédito nesse

processo. O ensino da sexualidade presume uma certa fluidez, desde a estrutura lexical da língua, o uso de pronomes, a aptidão para acolher o diferente e tecer um discurso inclusivo, bem como abertura e humildade cultural. Nesse sentido, o encontro clínico opera como potencial espaço para o agir comunicativo proposto por Habermas (2012), onde a/o paciente se faz presente como interlocutor, onde o entendimento é negociado, no bojo de uma mudança de atitude frente aos dispositivos de poder da medicina. A consulta pode ser essa porta aberta para acolher o que vier a surgir da paciente e para o que vier a ser criado na interação clínica.

Então, a horizontalidade da relação profissional, é... professor-aluno, preceptor-aluno, preceptor-residente, ela é essencial no ensino da sexualidade. Precisa passar pelo deslocamento de quem ensina para esse lugar de humildade cultural, para aprender e ensinar sobre isso. (GF3P1).

A horizontalidade da relação profissional para aprender e ensinar entre professor/a, estudante, preceptor/a, residente e pacientes torna-se essencial no ensino da sexualidade. A restrição de papéis, no sentido da verticalização do saber, “eu ensino e você aprende”, “eu sei e você não sabe”, seria um retorno ao ensino de algo enrijecido e normatizado, já fadado ao fracasso pedagógico. Nesse sentido, profissionais participantes da pesquisa teceram algumas sugestões, em prol do investimento em docência e preceptoria pelos programas de residência médica em medicina de família e comunidade, no âmbito do ensino da sexualidade:

Quadro 34 - Ações de investimento em docência e preceptoria no ensino da sexualidade

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Investir em preceptores e docentes com interesse pelo ensino da sexualidade. ❖ Garantir a educação permanente de profissionais que atuam na formação de estudantes, residentes e preceptoras/es. ❖ Prezar pela horizontalidade pedagógica. ❖ Estimular a humildade cultural das/os formadoras/es. ❖ Potencializar as trocas teórico-práticas com inclusão de aspectos contemporâneos nos espaços pedagógicos, como atendimentos conjuntos e discussões de caso. ❖ Relacionar o conteúdo ensinado com os atributos da Atenção Primária à Saúde e os princípios da medicina de família e comunidade. ❖ Valorizar as potencialidades do currículo oculto da medicina e suas interlocuções com a sexualidade.

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

Os efeitos da abordagem da sexualidade no exercício da medicina parecem ser subestimados de forma estrutural, pelos currículos, escolas e serviços de saúde, mas também por educadoras/es e educandas/os. Pesquisas mostram que os modelos metodológicos contemporâneos voltados aos conteúdos de saúde sexual valorizam a reflexão e o exercício de atitudes dos estudantes nas práticas de treinamento (DIXON-WOODS et al., 2002; FERRARA et al., 2003; PARISH; RUBIO-AURIOLES, 2010). Percurso este que a educação médica no Brasil ainda precisa aprender a trilhar.

Aqui, finalizo o último capítulo da tese. No contexto estudado, observamos juntas/os que o ensino da sexualidade na medicina está acontecendo, mesmo que de forma embrionária e ainda discreta, na prática de médicas/os permeáveis à autorreflexão, à desconstrução e à aprendizagem de novas atitudes frente às necessidades de cuidado de suas/seus pacientes.

8. CONCLUSÃO E SÍNTESE

Sobre o SUS e suas políticas

Embora o SUS tenha conquistado, desde a sua implantação no Brasil, uma série de avanços políticos e estruturais na esfera da atenção às questões de gênero e sexualidade – como por meio das políticas voltadas à saúde da mulher (BRASIL, 1984), à saúde do homem (BRASIL, 2008) e à saúde LGBTQIA+ (BRASIL, 2013) –, a presença dessas questões na formação das/os profissionais de saúde ainda segue limitada no país. A pesquisa mostrou um vultuoso distanciamento entre o que propõe a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Associação Mundial para a Saúde Sexual (WAS) e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação em medicina quanto à relevância da sexualidade para a saúde integral e as competências específicas das/os profissionais de saúde. Uma nova abordagem comunicativa, mais alinhada às perspectivas de direitos sexuais e reprodutivos, gênero, promoção, prevenção e integralidade, faz-se necessária no âmbito da saúde sexual e do ensino da comunicação clínica na formação médica. A relevância e a urgência deste estudo advêm diretamente do ineditismo de sua proposta, que articula e transita pelos campos da sexualidade, da comunicação clínica, da educação médica e da medicina de família e comunidade, identificando e discutindo as especificidades da formação médica em relação à sexualidade na graduação, na residência e/ou na educação permanente.

A importância da comunicação da sexualidade na consulta da APS

Iniciei a tese perguntando-me se a sexualidade seria, de fato, uma questão de saúde a ser discutida no consultório. Os resultados da pesquisa evidenciam e reiteram que sim. A sexualidade compõe as relações humanas em um extenso arcabouço de possibilidades, mas sua abordagem é um problema estrutural na medicina, em qualquer nível formativo. O caminho teórico-reflexivo percorrido mostra como é imprescindível a inclusão e o tratamento adequado do tema na formação e na prática clínica das/os profissionais médicas/os da Atenção Primária à Saúde.

Enquanto um componente central da saúde integral do sujeito, e de acordo com a alta prevalência dos problemas de ordem sexual, a saúde sexual deveria compor a consulta da APS em suas várias camadas – do cadastro, anamnese, exame físico, estruturação do raciocínio clínico, medidas de prevenção, aconselhamento e tratamento à continuidade do seguimento clínico –, buscando contemplar as diferentes necessidades, queixas e expectativas das/os pacientes. As questões de saúde e adoecimento relacionadas à sexualidade têm origens diversas e podem ser oportunizadas em uma farta conjuntura de cenários clínicos, a depender de como a comunicação é estabelecida na consulta.

Dos objetivos ao processo metodológico da tese

Ao longo da construção da tese, que teve como objetivo primário analisar os sentidos atribuídos à abordagem da sexualidade das mulheres na comunicação clínica de profissionais de medicina atuantes nos programas de residência em MFC da rede de APS do Distrito Federal, vislumbrei um compartilhar consciente e participei dos grupos focais e das entrevistas narrativas como observadora ativa e curiosa, com disposição para ser transformada e interferida.

Quanto ao empreendimento metodológico, a entrevista narrativa e o grupo focal responderam de forma sinérgica aos objetivos pretendidos e contribuíram para o diálogo entre teoria e prática. Por meio da hermenêutica-dialética de Habermas e Gadamer como trajeto analítico-interpretativo, foi possível compreender o contexto das/os participantes e suas ações, os aspectos de sua comunicação e linguagem, assim como as barreiras e estratégias de suas ações em saúde para, então, discutir o material elaborado em suas diferentes inter-relações e fatos.

Nesse cenário, meu olhar de pesquisadora voltou-se ao encontro clínico – entre o sujeito que demanda ajuda relativa à sexualidade e o sujeito que oferece cuidado, buscando apreender as interlocuções das práticas profissionais com pacientes, além das potencialidades e fragilidades formativas no domínio da sexualidade e da comunicação clínica – o que me pareceu um terreno de extrema delicadeza. O modo como a pessoa vive, suas crenças, sofrimentos e os simbolismos implícitos podem ser representativos de suas próprias questões em saúde, tornando-se inoperante qualquer abordagem da doença ou do processo de

adoecimento que não leve em conta as especificidades e singularidades do sujeito atendido. No curso dessas reflexões, o trajeto analítico da escrita narrativa orientou-se por um olhar sobre a consulta não como algo de forma e contorno rígidos, mas flexível e poroso às idiossincrasias contextuais, permitindo, assim, operar na elaboração de sentidos interpretativos para além do que se apresenta como imediatamente visível, conhecido e determinado.

As narrativas evidenciaram questões não ditas sobre a sexualidade nas consultas, assim como a disponibilidade e abertura das/os participantes à escuta, reflexão e comunicação. Os grupos focais, por sua vez, contribuíram para o diagnóstico de vários desafios sobre o tema, de forma contextualizada e específica. A partir de trocas colaborativas, emergiram dúvidas, indagações e dificuldades, em um movimento contínuo de aprimoramento. É sobretudo nesse âmbito que a pesquisa ganhou sustentação por meio de uma elaboração coletiva de saberes, sentidos, questionamentos e hipóteses, revelando também o seu caráter pedagógico.

Barreiras de comunicação da sexualidade

O estudo sugeriu que a identificação das barreiras circunscritas à comunicação da sexualidade na Atenção Primária à Saúde representa um processo indispensável ao avanço teórico, prático e pedagógico no campo, a fim de que sejam pensadas possibilidades de superá-las durante a formação médica. A não priorização da sexualidade na comunicação clínica da consulta de médicas/os de família e comunidade desdobra-se em inúmeros problemas para o sistema de saúde, para a relação médica/o-paciente e para pacientes, suas famílias e comunidades; problemas que, em inúmeros casos, são consequências de barreiras relacionadas às/aos pacientes, barreiras estruturais dos serviços de saúde da APS, barreiras técnicas e formativas, barreiras relacionadas à relação médica/o-paciente, barreiras relacionadas à população LGBTQIA+, barreiras relacionadas à população idosa, barreiras relacionadas à abordagem da violência, barreiras interculturais e, ainda, barreiras na intersecção entre sexualidade e religião. A tese examinou todas essas barreiras aqui descritas, muitas vezes explorando histórias e casos reais coletados nas entrevistas narrativas.

Ao longo do processo que buscou caracterizar as concepções de médicas/os de família e comunidade sobre a abordagem da sexualidade das mulheres, o que mais reverberou na pesquisa como limitante ao trabalho assistencial foram, seguramente, a dificuldade e a frustração de lidar com os casos de violência. Ao mesmo tempo, no entanto, a pesquisa também revelou outros importantes eixos reflexivos para a análise das lacunas da formação médica e, mais precisamente, das competências, habilidades e atitudes, assim como ferramentas, de médicas/os de família e comunidade voltadas à dimensão comunicativa da clínica. As questões envolvendo os dilemas morais e a religião também ocuparam uma presença importante nas narrativas, mostrando que o campo da pesquisa nas intersecções entre a espiritualidade, a saúde e a sexualidade ainda aponta inúmeros caminhos potenciais para desdobramentos futuros.

Saídas pedagógicas possíveis

Das origens de sua concepção ao produto "final", esta tese é uma ação. A descrição de um movimento ao mesmo tempo prático, teórico e conceitual menos alinhado a respostas definitivas do que à possibilidade de afirmação das incertezas, de compartilhamento de um percurso exploratório e de busca de sentido pelos próprios deslocamentos – em suma, a tudo o que é intrínseco ao processual. Esses movimentos e deslocamentos de que se nutriu a pesquisa incluem, por exemplo, a abordagem de transformações estruturais: das políticas de saúde às práticas de cuidado que se materializam no cotidiano dos atendimentos; da macro à micropolítica. Mas também, e sobretudo, a exploração dos hiatos formativos, que demandaram um olhar atento ao incômodo e desagradável (como as falhas e o engajamento em questões relacionadas ao que, como e por que fazemos). Esse foi o fenômeno observado – um lugar de mais perguntas – sobre as quais pude tecer algumas evidências. Um exercício de olhar os pontos cegos deste ensino, que é o não-todo, que tem furos. Mas que pode se aprimorar. Um estudo que fratura certezas, esse lugar enrijecido, do qual o saber tende a se libertar.

A arquitetura pedagógica do currículo formal da medicina ainda não contempla a inclusão e a integração da saúde sexual, o que se expressa nas inúmeras dificuldades profissionais para ofertar o atendimento adequado,

especialmente na abordagem de grupos minoritários, pessoas em situação de vulnerabilidade ou outras especificidades. No entanto, para além das adversidades, o estudo identificou também estratégias exequíveis, que permitiram compreender o investimento formativo como medular – como o desenvolvimento de habilidades de comunicação clínica com foco em sexualidade, desde a graduação em medicina, a partir da criação e incorporação de competências que priorizem a sexualidade e a legitimem como uma questão de saúde pública.

Nesse sentido, os programas educacionais das escolas médicas têm grande potencial para reverter o cenário pedagógico. A importância da atualização frequente da estrutura curricular diz respeito não apenas ao seu conteúdo teórico, mas ao que este permite produzir de conhecimento vivo e prático. A proposta da tese por um currículo médico baseado em competências, com foco em sexualidade e saúde sexual, representa, portanto, uma sugestão inicial para um modelo curricular mais completo e adequado, que contemple qualquer fase da formação em medicina (graduação, residência, especialização ou educação permanente) e inaugure novas abordagens educacionais teórico-práticas e avaliativas.

Benefícios da pesquisa

Diante da constatação de que as ações clínicas das/os profissionais estudadas/os são muito influenciadas por seu conjunto de crenças e valores, idade e gênero, e ainda pouco fundamentadas nos aspectos técnico, teórico ou formativo, o estudo de atitudes, comportamentos e habilidades relacionais de profissionais na abordagem da sexualidade me parece fundamental para propagar boas práticas na medicina, evitar iatrogenias, proteger pacientes de uma comunicação inadequada, além de experimentar e ampliar novas possibilidades discursivas, gerando mudanças frente às dificuldades analisadas. Nessa vertente, o estudo contribuiu para validar a sexualidade como uma importante demanda em saúde e sensibilizar residentes, preceptoras/es e professoras/es da medicina de família e comunidade para o manejo do tema, desde a identificação de casos pertinentes ao acolhimento e condução. Disso, compreende-se que os benefícios planejados para a pesquisa tiveram êxito.

Na medicina de família e comunidade

O público estudado demonstrou profundo interesse em qualificar as práticas de cuidado na abordagem da sexualidade – de forma mais inclusiva, mais ampla e mais adequada – por meio de formação pessoal, estudo técnico e didático, residência médica, pós-graduação, educação permanente e investimento na formação docente e na preceptoria. A questão se revelou complexa para todas/os, inclusive para as/os formadoras/es, que reconhecem suas lacunas teóricas e também sentem a necessidade de aprimorar suas habilidades de comunicação e processos atitudinais referentes ao tema. O desenvolvimento formativo do corpo docente e da preceptoria, bem como a democratização dos programas de formação, embora estruturantes para a aquisição de competências, ainda parecem ser um desafio no Brasil e no mundo.

O problema da abordagem da sexualidade em consultas da APS é amplo e profundo, mas há recursos acessíveis de mobilização nos cenários de prática da residência médica que se mostraram pedagogicamente ricos e diversos para a obtenção de soluções possíveis e mudanças positivas. No âmbito específico da especialidade em MFC, a reflexão dialética de como estamos nos formando e de como pretendemos nos formar nos demanda não apenas uma reinvenção do saber, como também do saber fazer e do partilhar o saber, no processo contínuo de formulação de novas perguntas e estratégias educacionais para a formação médica pretendida.

O trabalho cotidiano na APS é repleto de potencialidades quando visto sob a lupa, capaz de gerar novas reflexões e sugerir caminhos semânticos que provoquem o diálogo entre as práticas, a literatura, os movimentos políticos contemporâneos e a educação. A ação coletiva e transformadora, que relaciono a uma certa cultura profissional interessada e solidária da medicina de família e comunidade, possibilita a criação de novos saberes compartilhados, que contribuem para dar visibilidade a questões sensíveis da clínica.

Resultados esperados

Ainda que os resultados esperados para a tese tenham sido cumpridos, espera-se que o processo reflexivo produzido reverbere nos sujeitos, a fim de qualificar as relações de cuidado em saúde e a prática assistencial. Não podemos perder de vista, todavia, os diferentes questionamentos que foram respondidos parcialmente pela tese e que carecem de futuras pesquisas para aprofundamento:

1. Como médicas/os poderiam, por suas próprias iniciativas, aprender a abordar a saúde sexual de seus pacientes de forma adequada?
2. Como os programas de residência em medicina de família e comunidade poderiam gerar ações pedagógicas e emancipadoras na construção de novos saberes e práticas sobre a saúde sexual e a sexualidade?
3. Como as competências propostas pela SBMFC poderiam ser mais inclusivas no âmbito da saúde sexual e da sexualidade?
4. Como implementar as propostas de um currículo baseado em competências para o ensino da sexualidade nos diferentes níveis formativos da educação médica brasileira atual?

As pesquisas, por mais amplas que sejam, também refletem as limitações de um espaço-tempo determinado. Os fenômenos sociais são dinâmicos e não se repetem de forma idêntica. Os dados aqui coletados diagnosticam, provocam e esclarecem, mas precisam ganhar pernas, no diálogo entre a teoria e a realidade. O exercício clínico, assim como a formação médica, demanda movimento, por isso pesquisas como esta serão sempre necessárias, mesmo que naveguem por estranhamento teórico e aridez existencial.

* * *

Na dimensão subjetiva, meu investimento teórico, afetivo e executivo neste processo de pesquisa, reflexão e escrita foi um transcurso formativo que me despiu e me revirou. Finalizo esta fase de doutoramento do avesso e às avessas, sabendo talvez ainda mais do quanto ainda não se sabe ou se pode conhecer.

Muito obrigada pela leitura e até a próxima.

REFERÊNCIAS

- ABDO, C. H. N. *et al.* Percepções e atitudes sobre disfunção erétil entre médicos no Brasil: Resultados do “Projeto Avaliar”. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 61, n. 9, p. 608 - 612, 2004.
- ABDO, C. H. N.; OLIVEIRA JUNIOR, W. M. de. O ginecologista brasileiro frente as queixas sexuais femininas: um estudo preliminar. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 59, n. 3, p. 179 - 186, 2002.
- ABDOLRASULNIA, M. *et al.* Management of Female Sexual Problems: Perceived Barriers, Practice Patterns, and Confidence among Primary Care Physicians and Gynecologists. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 7, n. 7, p. 2499 - 2508, jul. 2010.
- ABEM. Carta de Porto Alegre: em defesa da equidade de gênero e da diversidade sexual na educação médica. 55º Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM). **Anais** [...]. Porto Alegre: Associação Brasileira de Educação Médica, 2017. Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CARTA-LGBT-1-1.pdf>.
- ADAMS, J. A.; BOTASH, A. S.; KELLOGG, N. Differences in Hymenal Morphology between Adolescent Girls With and Without a History of Consensual Sexual Intercourse. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**, v. 158, n. 3, p. 280 - 285, 2004.
- AKOTIRENE, C. **Interseccionalidades**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.
- ALARCÃO, V. *et al.* General Practitioners’ Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Practices in the Management of Sexual Dysfunction – Results of the Portuguese SEXOS Study. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 9, n. 10, p. 2508 - 2515, out. 2012.
- ALTHOF, S. E. *et al.* Standard Operating Procedures for Taking a Sexual History. **Journal of Sexual Medicine**, v. 10, n. 1, p. 26 - 35, 2013.
- AMORIM, A. O.; GARCIA, D.; SOUSA, L. M. A. E. (Ir)rompimento do hímen: uma análise discursiva dos sentidos de virgindade feminina. **Revista do GELNE**, v. 24, n. 1, p. 177- 191, 27 jul. 2022.
- ANDRÉ, B. Crepúsculo dos psicanalistas e manhã dos sexólogos. *In*: BÉJIN, A (org.). **Sexualidades ocidentais**: contribuições para a história e para a sociologia da sexualidade. São Paulo: Brasiliense, 1987, p. 211 - 35.
- ANDREWS, C. N.; PITERMAN, L. Sex and the older man: GP perceptions and management. **Australian Family Physician**, v. 36, n. 10, p. 867 - 9, out. 2007.
- AQUINO, E. M. L. *et al.* Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: a constituição de um novo campo na Saúde Coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. supl. 2, p. S198 - S199, 2003.

AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. esp., p. 121 - 132, ago. 2006.

ARAÚJO, I. S. de; CARDOSO, J. M. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

ASCHIDAMINI, I. M.; SAUPE, R. Grupo Focal - Estratégia Metodológica Qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 9 - 14, 2004.

ATHANASIADIS, L. *et al.* Educating Physicians to Treat Erectile Dysfunction Patients: Development and Evaluation of a Course on Communication and Management Strategies. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 3, n. 1, p. 47 - 55, jan. 2006.

AYRES, J. R. de C. M. Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la Hermenéutica Filosófica. **Salud Colectiva**, v. 4, n. 2, p. 159, 1 ago. 2008.

BALINT, E.; NORELL, J. S. **Seis minutos para o doente**: interações na consulta de clínica geral. 2. ed. Lisboa: CLIMEPSI, 1998.

BALINT, M. **O médico, o seu doente e a doença**. 1. ed. Lisboa: Climepsi, 1998.

BARBOSA, B. N. *et al.* Sexualidade vivenciada na gestação: conhecendo essa realidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 464 - 473, 2011.

BARBOUR, R. **Grupos Focais**. Porto: Artmed, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2021.

BARNHOORN, P. C. *et al.* Let's talk about sex: exploring factors influencing the discussion of sexual health among chronically ill patients in general practice. **BMC Primary Care**, v. 23, n. 1, p. 49, 19 dez. 2022.

BARREIROS, B. C. *et al.* Habilidades essenciais para a comunicação clínica efetiva. *In*: DOHMS, M; GUSSO, G. (org.). **Comunicação Clínica**: aperfeiçoando os encontros em saúde. Porto Alegre: Artmed, 2021. p. 1 - 16.

BARRENTO, J. **O gênero intranquilo**: anatomia do ensaio e do fragmento. Lisboa: Assírio & Alvim, 2010.

BARTHES, R. **O rumor da língua**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

BAUER, MARTIN. W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. *In*: BAUER, M.; GASKELL, G. (org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 289-217.

BAYER, C. R. et al. Sexual Health Competencies for Undergraduate Medical Education in North America. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 14, n. 4, p. 535 - 540, 1 abr. 2017.

BEAUVOIR, S. de. **O segundo sexo: fatos e mitos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.

BENJAMIN, W. **Origem do drama Barroco Alemão**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

BETTINE, M. **A Teoria do Agir Comunicativo de Jürgen Habermas: bases conceituais**. 1. ed. São Paulo: Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades, 2021.

BMJ. **Prolapso uterino**. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/659>. Acesso em: 28 fev. 2023.

BOR, R.; LLOYD, M.; NOBLE, L. Como discutir assuntos delicados. *In*: BOR, R.; LLOYD, M.; NOBLE, L. (org.). **Habilidades de comunicação clínica para medicina**. 4. ed. Rio de Janeiro: GEN (Grupo editorial nacional S.A.), 2021. p. 49 - 59.

BRAH, A. Difference, diversity, differentiation. **International Review of Sociology**, v. 2, n. 2, p. 53 - 71, 4 jul. 1991.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/todas-as-noticias/2019/maio/governo-federal-lanca-nova-edicao-do-estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-eca/ECA2019digital.pdf>. Acesso em: 14 jun. de 2023.

BRASIL. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes [...]. Brasília, DF, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 maio. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília, DF: Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>. Acesso em: 8 abril. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. **Programa Saúde nas Escolas (PSE)**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal/194secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>. Acesso em: 21 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à

Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf. Acesso em: 20 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 4.2** [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2021a. Disponível em: https://saps-ms.github.io/Manual-eSUS_APS/docs/PEC. Acesso em: 2 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ficha de Cadastro Individual e-SUS APS: CI/e-SUS AB – Versão 3.2** [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2021b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/ficha_cadastro_individual_v3_2.pdf. Acesso em: 2 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: saúde da família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf. Acesso em: 3 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde recomenda que inserção do DIU no SUS seja realizada por médicos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2021c. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/14439>. Acesso em: 1 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PCATool Brasil/ 2020: Manual do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200506_Pcatool_versao_pr_eliminar_Final.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 1 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004-2007**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf. Acesso em: 2 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_lesbicas_gays_bissexuais_travestis.pdf. Acesso em: 17 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde integral da População Negra: uma política do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em 18 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, 2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 19 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view. Acesso em 10 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Síndrome de Burnout**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sindrome-de-burnout>. Acesso em: 2 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência Intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. **Série Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, n. 8, 2002.

BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S. Poverty, Equity, Human Rights and Health. **Health and Human Rights**. [s.l.] Routledge, 2007. v. 81, p. 487 - 494.

BRITTO, M. A. F. DE. **A influência de movimentos de mulheres nas políticas públicas para a saúde da mulher no Brasil - 1984-2014**. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional) – Centro Avançado de Estudos Multidisciplinares, Universidade de Brasília, DF, 2014.

BROCHMANN, NINA; DAHL, E. S. **Viva a vagina**. São Paulo: Paralela, 2017.

BULLARD, D. G.; DERZKO, C. Sexual problems. *In*: Feldman MD; Christensen JF; Satterfield JM; Laponis R. (ed.). **Behavioral Medicine: A Guide for Clinical Practice**. 5. ed. McGraw Hill: Lange Medical Books, 2002. p. 274 - 292.

BURD, I. D.; NEVADUNSKY, N.; BACHMANN, G. Impact of physician gender on sexual history taking in a multispecialty practice. **Journal of Sexual Medicine**, v. 3, n. 2, p. 194 - 200, 2006.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. 7. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014a.

BVS. **Quais são os argumentos que posso utilizar para que pacientes aceitem o DIU como método contraceptivo?**. Núcleo de Telessaúde Rio Grande do Sul, 16 out. 2009. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/quais-sao-os-argumentos-que-posso-utilizar-para-que-pacientes-aceitem-o-diu-como-metodo-contraceptivo/>. Acesso em: 12 jul. 2023.

BYDLOWSKI, C. R.; LEFÈVRE, A. M. C.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da saúde e a formação cidadã: a percepção do professor sobre cidadania. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1771 - 1780, mar. 2011.

CAMARGO-BORGES, C.; MISHIMA, S. M. A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 29 - 41, mar. 2009.

CAMPOS, R. O. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 573 - 583, set. 2005.

CANELLA, P. R. B. O Médico como Controlador da Sexualidade. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 2, n. 2, p. 19, 13 jan. 2021.

CANO-PRAIS, H. A.; COSTA-VAL, A.; DE SOUZA, É. R. Classificatory incongruities: An analysis of the discourses on ICD11 proposals in relation to trans experiences. **Cadernos Pagu**, v. 2021, n. 62, 2021.

CAPPIELLO, J.; LEVI, A.; NOTHNAGLE, M. Core competencies in sexual and reproductive health for the interprofessional primary care team. **Contraception**, v. 93, n. 5, p. 438 - 445, maio 2016.

CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p. 923 - 931, ago. 2003.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 139 - 146, 2004.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. **O trabalho do antropólogo**. 2. ed. São Paulo: Paralelo 15, 2000.

CARRARA, S.; CARVALHO, M. **Meu encontro com os outros: memórias de José de Albuquerque, pioneiro da sexologia no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016.

CARRARA, S.; FRANÇA, I. L.; SIMÕES, J. A. Conhecimento e práticas científicas na esfera pública: antropologia, gênero e sexualidade. **Revista de Antropologia**, v. 61, n. 1, p. 71, 2018.

CARRIJO, A. P. B. **A Potência do Encontro Clínico**: contribuições do Grupo Balint para a relação médico-paciente. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

CARRIÓ, F. B. **Entrevista Clínica**: habilidades de comunicação para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2012.

CARSON, A. The Gender of Sound. *In*: CARSON, A. **Glass, Irony and God**. New York: New Directions, 1995. p. 120 - 121.

CAVALCANTI, L. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. de S. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 31 - 39, 3 jan. 2006.

CERVERA, J. P.; FRANCO, P. V. **Manual para o uso não sexista da linguagem**: o que bem se diz... bem se entende. REPEM (Rede de Educação Popular entre Mulheres da América Latina), 2006. Disponível em: <https://mulherespaz.org.br/site/wp-content/uploads/manual-para-o-uso-nao-sexista-da-linguagem.pdf>. Acesso em 26 maio. 2023.

CESNIK-GEEST, V. M. **Avaliação de necessidades de treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade**. 2016. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

CFM. **Resolução CFM nº 1019/1980**. Acresce a relação de Especialidades reconhecidas pelo CFM. Rio de Janeiro, 1980. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1980/1019_1980.pdf. Acesso em: 7 jul. 2023.

CFM.. **Resolução CFM nº 2.217**, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM no 2.222/2018 e 2.226/2019. Código de Ética Médica. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2019.

CHARON, R. Narrative Medicine: Form, Function, and Ethics. **Annals of Internal Medicine**, v. 134, n. 1, p. 83 - 87, 2 jan. 2001.

CHARON, R. **Narrative Medicine**: Honoring the Stories of Illness. Oxford: OXFORD UNIVERSITY PRESS, 2006.

CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. Definições da sexualidade humana. *In*: CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; JUNIOR, A. L. (ed.). **Saúde**

LGBTQIA+ práticas de cuidado transdisciplinar. Santana de Parnaíba (SP): Editora Manole Ltda, 2021. p. 12 - 17.

CIASCA, S. V.; POUGET, F. Aspectos históricos da sexualidade humana e desafios para a despatologização. *In*: CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; JUNIOR, A. L. (ed.). **Saúde LGBTQIA+ práticas de cuidado transdisciplinar.** 1. ed. Santana de Parnaíba (SP): Editora Manole Ltda, 2021. p. 18 - 27.

CLAVREUL, J. **A ordem médica:** poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.

CNS. **Violência obstétrica:** CNS se posiciona contra extinção do termo, proposta pelo Ministério da Saúde. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 20 maio 2019. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/588-violencia-obstetrica-cns-se-posiciona-contr-extincao-do-termo-proposta-pelo-ministerio-da-saude>. Acesso em: 7 jul. 2023.

COLEMAN, E. *et al.* Summit on Medical School Education in Sexual Health: Report of an Expert Consultation. **Journal of Sexual Medicine**, v. 10, n. 4, p. 924 - 938, 2013.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade.** 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2021.

CONCEIÇÃO, H. R. M. da. **As mulheres nas políticas públicas de saúde dos anos 2000:** tecnologias de produção do sexo e do gênero no imbricamento entre Estado e movimentos sociais. 2021. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

COOPER, M. B.; CHACKO, M.; CHRISTNER, J. Incorporating LGBT Health in an Undergraduate Medical Education Curriculum Through the Construct of Social Determinants of Health. **MedEdPORTAL**, v. 14, p. 10781, 7 dez. 2018.

COVERDALE, J. H.; BALON, R.; ROBERTS, L. W. **Teaching sexual history-taking:** A systematic review of educational programs. *Academic Medicine* Lippincott Williams and Wilkins, 2011.

CRENSHAW, K. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. **Stanford Law Review**, v. 43, n. 6, p. 1241, jul. 1991.

CRENSHAW, K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory, and Antiracist Politics. *In*: JAGGAR, A. M. *Living with Contradictions.* Routledge, 2018. p. 39 - 52.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa:** escolhendo entre cinco abordagens. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

DALL'AGNOL, R. de S. A sexualidade no contexto contemporâneo: permitida ou reprimida? **PSIC: Revista da Vetor Editora**, v. 4, n. 2, p. 26 - 31, 2003.

DALL' AGNOL, R de S.; M. C.; TRENCH, M. H. Grupos Focais como estratégia metodológica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 5 - 25, 1999.

DANG, B. N. *et al.* Building trust and rapport early in the new doctor-patient relationship: a longitudinal qualitative study. **BMC Medical Education**, v. 17, n. 1, p. 1 - 10, 2017.

DE ARAÚJO ALVES, D. *et al.* Percepção masculina sobre atividade sexual no período gestacional. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 2, p. 1 - 9, 22 jun. 2018.

DE CARVALHO PACAGNELLA, R. Abordagem da Sexualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 20, n. 1, p. 114 - 122, 15 jun. 2009.

DE FERRANTE, F. G.; SANTOS, M. A. DOS; VIEIRA, E. M. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 31, p. 287 - 299, dez. 2009.

DE SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; LUIS, M. A. V. Análise Documental e Observação Participante na Pesquisa em Saúde Mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 221 - 228, 2011.

DEBUS, M. **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales** / Handbook for excellence in the investigation through focal groups. Washington, D.C.: Academy for Educational Development, 1997.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**. São Paulo: Editora 34, 2007.

DELZIOVO, C. R. *et al.* **Guia para o manejo de situações de violência doméstica contra a mulher na APS**. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, 2022. Disponível em: https://unasus.ufsc.br/saudedamulher/files/2022/02/GUIA_ViolenciaMulheres_V4-1.pdf. Acesso em: 12 abril. 2023.

DEMARZO, M. M. P.; OLIVEIRA, C. A.; GONÇALVES, D. A. **Prática clínica na estratégia saúde da família: organização e registro**. São Paulo: UnA-SUS, UNIFESP, 2014. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/4/unidades_conteudos/unidade23m/p_04.htm. Acesso em: 17 maio. 2023.

DESLANDES, S. F. *et al.* **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

DEVITA, T.; BISHOP, C.; PLANKEY, M. Queering medical education: systematically assessing LGBTQI health competency and implementing reform. **Medical Education Online**, v. 23, n. 1, p. 8, 29 jan. 2018.

DINIZ, C. S. G. *et al.* **Saúde das mulheres**: experiência e prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. Disponível em: <https://www.mulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/02/saude-das-mulheres-3.pdf>.

DIXON-WOODS, M. *et al.* Teaching and learning about human sexuality in undergraduate medical education. **Medical Education**, v. 36, n. 5, p. 432 - 440, maio 2002.

DOHMS, M. C. **Videogravação de consulta como instrumento docente para ensino da comunicação clínica na atenção primária à saúde**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2018.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *et al.* Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. 1 - 17, 2020.

DORLIN, E. **Sexo, gênero e sexualidades**: introdução à teoria feminista. São Paulo: Ubu Editora, 2021.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar em Revista**, n. 24, p. 213 - 225, dez. 2004.

DUNN, K. M.; CROFT, P. R.; HACKETT, G. I. Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. **Family Practice**, v. 15, n. 6, p. 519 - 524, 1 dez. 1998.

DUTRA, E. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. **Estudos de Psicologia**, Natal - RN, v. 7, n. 2, p. 371 - 378, jul. 2002.

EARDLEY, I. EDITORIAL: A Curriculum for Sexual Medicine? **The Journal of Sexual Medicine**, v. 6, n. 5, p. 1195 - 1198, maio 2009.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde origem e articulação do movimento sanitário**. [s.l.] Editora FIOCRUZ, 1999.

ESPERANDIO, E. G.; MOURA, A. T. M. S. DE; FAVORETO, C. A. O. Violência íntima: experiências de mulheres na Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, n. supl. 1, p. 1 - 17, 2020.

ESPERANDIO, M. R. G. *et al.* Brazilian Adaptation and Validation of the Religious and Spiritual Struggles (RSS) Scale - Extended and Short Version. **Religions**, v. 13, n. 4, p. 282, 25 mar. 2022.

ESPERANDIO, M. RUTE G.; FERNANDES, M. L.; HEFTI, R. Tentativa de suicídio, conflitos espirituais e cuidados em saúde mental: estudo de caso de pastor evangélico. *Phenomenological Studies - Revista da Abordagem Gestáltica*, v. XXVIII, p. 165 - 177, 2022.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

FAÚNDES, A. *et al.* Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 4, p. 192 - 199, abr. 2007.

FAVORETO, C. A. O. **A narrativa na e sobre a clínica na atenção primária: uma reflexão sobre os modos de pensar dirigido ao diálogo à integralidade e ao cuidado em saúde**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

FEBRASGO. **Saúde sexual da mulher**: como abordar a disfunção sexual feminina no consultório ginecológico. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2022.

FELIPE, J. Gênero, sexualidade e a produção de pesquisas no campo da educação: possibilidades, limites e a formulação de políticas públicas. **Pro-Posições**, v. 18, n. 2, p. 77 - 87, 2007.

FERNANDES; CARMEN LUIZA C. ; FALCETO, OLGA GARCIA; GIVISIEZ BRENDA SILVA; WARTCHOW, E. SUSANA. Abordagem Familiar. *In*: DUNCAN, B.B. *et al.* (org). **Medicina ambulatorial**: condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022. p. 561 - 598.

FERNANDES, J. C. L. A quem interessa a relação médico paciente ? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 1, p. 21 - 27, 1993.

FERRARA, E. *et al.* Sexual health innovations in undergraduate medical education. **International Journal of Impotence Research**, v. 15, n. supl. 5, p. 46 - 50, 2003.

FIAMONCINI, A. A.; REIS, M. de M. F. dos. Sexualidade e Gestação. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 29, n. 1, p. 91 - 102, 31 dez. 2018.

FIGUEIREDO, W. DOS S.; SCHRAIBER, L. B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 16, n. suppl 1, p. 935–944, 2011.

FITZGERALD, M. *et al.* Teaching sexual history taking to medical students and examining it: experience in one medical school and a national survey. **Medical Education**, v. 37, n. 2, p. 94 - 98, fev. 2003.

FLYNN, K. E. *et al.* Sexual Orientation and Patient-Provider Communication About Sexual Problems or Concerns Among US Adults. **Journal of General Internal Medicine**, v. 34, n. 11, p. 2505 - 2511, 26 nov. 2019.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade**: a vontade de saber. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019.

FRANCO, A. L. E S.; BASTOS, A. C. de S.; ALVES, V. S. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 246 - 255, 2005.

GADAMER, H.-G. **Verdade e Método** - Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Vozes, 1997.

GARCIA, O. R. Z. **Sexualidades femininas e prazer sexual**: uma abordagem de gênero. 2007. Tese (Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2007.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. *In*: BAUER, M.W.; Gaskell, G. (org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 64 - 89.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Liber Livro, 2005.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: ZAHAR Editores, 1989.

GIDDENS, A. **A transformação da intimidade**: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: UNESP, 1993.

GOMES, R. *et al.* Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. *In*: MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de (org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 185–221.

GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

GOMES, R. *et al.* Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. supl. 1, p. 983 - 992, 2011.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. *In*: MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015. p. 79 - 108.

GORE-GORSZEWSKA, G. "Why not ask the doctor?" Barriers in help-seeking for sexual problems among older adults in Poland. **International Journal of Public Health**, v. 65, n. 8, p. 1507 - 1515, 4 nov. 2020.

GOTT, C. M. Sexual activity and risk-taking in later life. **Health & Social Care in the Community**, v. 9, n. 2, p. 72 - 78, mar. 2001.

- GOTT, M. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. **Family Practice**, v. 20, n. 6, p. 690 - 695, 1 dez. 2003.
- GOTT, M. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. **Family Practice**, v. 21, n. 5, p. 528 - 536, 1 out. 2004.
- GOTT, M.; HINCHLIFF, S.; GALENA, E. General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. **Social Science & Medicine**, v. 58, n. 11, p. 2093 - 2103, jun. 2004.
- GOUVEIA, E. A. H.; SILVA, R. DE O.; PESSOA, B. H. S. Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1 supl. 1, p. 82 - 90, 2019.
- GROSS, R. *et al.* The Association of Gender Concordance and Primary Care Physicians' Perceptions of Their Patients. **Women & Health**, v. 48, n. 2, p. 123 - 144, 10 out. 2008.
- GROSSEMAN, S.; PATRÍCIO, Z. M. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para a promoção da Educação Médica. **Rev. bras. educ. méd**, v. 28, n. 2, p. 99 - 104, 2004.
- HABERMAS, J. **Teoria do Agir Comunicativo**: racionalização da ação e racionalização social. 1. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012.
- HASLEGRAVE, M. Integrating sexual and reproductive rights into the medical curriculum. **Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology**, v. 20, n. 3, p. 433 - 445, 2006.
- HASLEGRAVE, M.; OLATUNBOSUN, O. Incorporating sexual and reproductive health care in the medical curriculum in developing countries. **Reproductive Health Matters**, v. 11, n. 21, p. 49 - 58, 2003.
- HATEM, C. J. *et al.* The educational attributes and responsibilities of effective medical educators. **Academic Medicine**, v. 86, n. 4, p. 474 - 480, 2011.
- HAZLITT, W. Sobre os ensaístas de periódicos. *In*: PIRES, P. R. (org.). **Doze ensaios sobre o ensaio**: antologia serrote. São Paulo: IMS, 2018. p. 60 - 83.
- HEILBORN, M. L. Gênero, Sexualidade e Saúde. *In*: SILVA, DPM. (org.). **Saúde, Sexualidade e Reprodução** - compartilhando responsabilidades. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1997. p. 101 - 110.
- HINCHLIFF, S.; GOTT, M. Seeking Medical Help for Sexual Concerns in Mid- and Later Life: A Review of the Literature. **The Journal of Sex Research**, v. 48, n. 2 - 3, p. 106 - 117, 28 fev. 2011.

HINCHLIFF, S.; GOTT, M.; GALENA, E. GPs' perceptions of the gender-related barriers to discussing sexual health in consultations: A qualitative study. **European Journal of General Practice**, v. 10, n. 2, p. 56 - 60, 11 jan. 2004.

HINCHLIFF, S.; GOTT, M.; GALENA, E. "I daresay I might find it embarrassing": general practitioners' perspectives on discussing sexual health issues with lesbian and gay patients. **Health and Social Care in the Community**, v. 13, n. 4, p. 345 - 353, jul. 2005.

HONE, T. *et al.* Effect of economic recession and impact of health and social protection expenditures on adult mortality: a longitudinal analysis of 5565 Brazilian municipalities. **The Lancet Global Health**, v. 7, n. 11, p. e1575 - e1583, nov. 2019.

HUMPHERY, S.; NAZARETH, I. GPs' views on their management of sexual dysfunction. **Family Practice**, v. 18, n. 5, p. 516 - 518, 1 out. 2001.

INDEPENDENT FORENSIC EXPERT GROUP. Statement on virginity testing. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, v. 33, p. 121 - 124, jul. 2015.

INESC. **Nota Técnica Análise do Orçamento de Políticas de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres** (de 2019 a 2023). Brasília, DF: Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC), 2023. Disponível em: https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2023/03/NT-Orcamento-de-Políticas-para-Mulheres-v2_0703.pdf.

IPEA. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/ods15.htm>. Acesso em: 13 maio. 2023.

ISMAEL, J. C. **O médico e o paciente**: breve história de uma relação delicada. 2. ed. São Paulo: MG Editores, 2005.

ISSM. **Education Committee**. Disponível em: <https://www.issm.info/about/committees/education-committee>. Acesso em: 7 jul. 2023.

JOCHEMSEN-VAN DER LEEUW, H. G. A. R. *et al.* Learning from a role model: A cascade or whirlpool effect? **Medical Teacher**, v. 37, n. 5, p. 482 - 489, 4 maio 2015.

KAMENSZAIN, T. **Garotas em tempos suspensos**. 1. ed. São Paulo: Círculo de poemas, 2022.

KINGSBERG, S. Just ask! Talking to patients about sexual function. **Sexuality, Reproduction and Menopause**, v. 2, n. 4, p. 199 - 203, 2004.

KINGSBERG, S. A. *et al.* A comprehensive approach to enhancing sexual health education in the case western reserve university school of medicine. **International Journal of Impotence Research**, v. 15, p. S51 - S57, 2003.

KNIBIEHLER, Y. **A história da virgindade**. São Paulo: Contexto, 2016.

KUMAR, R.; BARATA, A. N.; FLOSS, M. Primary care education: Medical student and young doctors' perspective from Brazil, India and Portugal. **Education for Primary Care**, v. 27, n. 5, p. 345 - 348, 2016.

LADY, S. D.; BURNHAM, K. D. Sexual Orientation and Gender Identity in Patients: How to Navigate Terminology in Patient Care. **Journal of Chiropractic Humanities**, v. 26, p. 53 - 59, dez. 2019.

LEIBLUM, S. R. An established medical school human sexuality curriculum: Description and evaluation. **Sexual and Relationship Therapy**, v. 16, n. 1, p. 59 - 70, 25 fev. 2001.

LEITE, L.; ARAGÃO, E. M. A. O exercício ético na constituição do sujeito político como cidadão. **Fractal** : Revista de Psicologia, v. 22, n. 3, p. 543 - 556, dez. 2010.

LEMOS, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 101, p. 244 - 253, 2014.

LERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 2, p. 115 - 121, jun. 2001.

LIMA, M. C. P.; CERQUEIRA, A. T. DE A. R. Crenças sobre sexualidade entre estudantes de Medicina: uma comparação entre gêneros. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 1, p. 49 - 55, 2008.

LIONÇO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 11 - 21, jun. 2008.

LITTLE, P. *et al.* Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. **BMJ**, v. 323, n. 7318, p. 908 - 911, 20 out. 2001.

LLOYD, M. Sexual health assessments in primary care: a qualitative study of nurse practitioners' lived experiences. **Revista Cultura del Cuidado**, v. 15, n. 2, p. 80 - 92, 2018.

LOPES, G. P.; NASCIMENTO, L. G. DO; REZENDE, W. C. DE. Os Profissionais da Saúde e a Educação Sexual. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 3, n. 1, p. 04, 14 jan. 1992.

LOPES, J. M. C.; RIBEIRO, J. A. R. A pessoa como centro do cuidado na prática do médico de família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 34, p. 1 - 13, 2015.

LOURO, G. L.; FELIPE, J.; GOELLNER, S. V. (org.). **Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2019.

LOYOLA, M. A. Sexualidade e medicina: a revolução do século XX. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p. 875 - 884, ago. 2003.

MACDOWALL, W. *et al.* 'Talking of Sex': Developing and piloting a sexual health communication tool for use in primary care. **Patient Education and Counseling**, v. 81, n. 3, p. 332 - 337, dez. 2010.

MALTA, S. *et al.* Do you talk to your older patients about sexual health? Health practitioners' knowledge of, and attitudes towards, management of sexual health among older Australians. **Australian Journal of General Practice**, v. 47, n. 11, p. 807 - 811, 1 nov. 2018.

MARCO, M. A. de. *et al.* Laboratório de comunicação: ampliando as habilidades do estudante de medicina para a prática da entrevista. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 32, p. 217 - 227, mar. 2010.

MARINHEIRO, A. L. V. **Violência Doméstica**: prevalência entre mulheres usuárias de um serviço de saúde de Ribeirão Preto - SP. 2003. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

MARTIN, E. **A mulher no corpo**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2006.

MCWHINNEY, I. R.; FREEMAN, T. **Manual de medicina de família e comunidade**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MEDEIROS, P. F. de; GUARESCHI, N. M. de F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Revista Estudos Feministas**, v. 17, n. 1, p. 31 - 48, abr. 2009.

MEDEIROS, R. D. de. Avaliação do Conhecimento e de Habilidades Clínicas em Saúde Sexual e Reprodutiva na Graduação de Medicina. 2012. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2012.

MEDEIROS, M. S.; COSTA, V. B. da; SANTOS, T. M. M. G. dos. Sexualidade na gravidez: vivências de gestantes. **R. Interd.**, v. 6, n. 4, p. 34 - 43, 2013.

MEERABEAU, L. The management of embarrassment and sexuality in health care. **Journal of Advanced Nursing**, v. 29, n. 6, p. 1507 - 1513, 25 jun. 1999.

MELLO, L. *et al.* Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 9, p. 7 - 28, dez. 2011.

- MENDONÇA, C. S. *et al.* Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2247 - 2257, jun. 2020.
- MENEGHEL, S. N.; IÑIGUEZ, L. Contadores de histórias: práticas discursivas e violência de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1815 - 1824, ago. 2007.
- MENEZES JUNIOR, A. D. S.; BRZEZINSKI, I. A teoria do agir comunicativo e a formação médica: análise crítica das competências curriculares e da relação médico-paciente. **EccoS – Revista Científica**, n. 47, p. 441 - 456, 27 dez. 2018.
- MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 4, n. 6, p. 109 - 116, 2000.
- MERHY, E. E. As vistas dos pontos de vista: tensão dos programas de Saúde da Família que pedem medidas. **Revista Brasileira Saúde da Família**, v. 13, n. 35/36, 2013.
- MEYSTRE-AGUSTONI, G. *et al.* Talking about sexuality with the physician: Are patients receiving what they wish? **Swiss Medical Weekly**, v. 141, n. march, p. 1 - 6, 2011.
- MICHAL, L.-S. Expert Opinion on "Practices and Barriers in Sexual History Taking: A Cross-Sectional Study in a Public Adult Primary Care Clinic". **The Journal of Sexual Medicine**, v. 17, n. 8, p. 1415 - 1415, 1 ago. 2020.
- MILLER, G. E. The assessment of clinical skills / competence / performance. **Academic Medicine**, v. 65, n. 9, p. S63 - 7, 22 set. 1990.
- MINAYO, M. C. de S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. *In*: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 83 - 107.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MODESTO, A. A. D. **Busca por avaliação de próstata, disfunção erétil e demanda oculta de homens na Atenção Primária à Saúde**. 2016. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 6 fev. 2016.
- MODESTO, A. A. D.; COUTO, M. T. Como se estuda o que não se diz: uma revisão sobre demanda oculta. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1 - 13, 24 ago. 2016.
- MOREIRA, E. D. *et al.* Help-seeking behaviour for sexual problems: the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. **International Journal of Clinical Practice**, v. 59, n. 1, p. 6 - 16, 27 jan. 2005.

MOREIRA, E. D. *et al.* Sexual problems and help-seeking behaviour in adults in the United Kingdom and continental Europe. **BJU International**, v. 101, n. 8, p. 1005 - 1011, abr. 2008.

MOREIRA, T. DAS N. F. *et al.* A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 814 - 827, set. 2014.

NARDI, H. C.; RAUPP RIOS, R.; MACHADO, P. S. Sexual Diversity: Public policies and equal rights. Athenea Digital. **Revista de pensamiento e investigación social**, v. 12, n. 3, p. 255, 6 nov. 2012.

NEVES FILHO, A. de C. Habilidades de consulta com adolescentes. *In*: LEITE, Á. J. M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J. M. **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: SARVIER, 2007. p. 138 - 158.

NICHOLS, W. L. Deception Versus Privacy Management in Discussions of Sexual History. **Atlantic Journal of Communication**, v. 20, n. 2, p. 101 - 115, 2012.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. O exercício atual da medicina e a relação médico-paciente. **Revista Bras Clin Terap**, v. 24, n. 2, p. 59 - 64, 1998.

NOME SOCIAL: um direito de todas as pessoas. **Portal Unificado da Justiça Federal da 4ª Região**, [s.d.]. Disponível em: https://www.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=pagina_visualizar&id_pagina=2207. Acesso em: 16 out. 2023.

NUSBAUM, M. R. H.; HAMILTON, C. D. The proactive sexual health history. **American Family Physician**, v. 66, n. 9, p. 1705 - 1712, 2002.

NUTBEAM, D. Health Promotion Glossary. **Health Promotion International**, v. 13, n. 4, p. 349 - 364, 1 jan. 1998.

OBEDIN-MALIVER, J. *et al.* Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender-Related Content in Undergraduate Medical Education. **JAMA**, v. 306, n. 9, p. 971 - 977, 7 set. 2011.

ODENT, M. **Pode a humanidade sobreviver à medicina?** 1. ed. Rio de Janeiro: Michel Odent Instituto, 2016.

OEA. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher** "Convenção de Belém do Pará". Belém do Pará, 1994. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/convencao_belem_do_para.pdf.

OLIVA, P. F. **Developing the Curriculum**. 5. ed. [s.l.] Allyn & Bacon, 2000.

OLIVEIRA, D. J. F. **O Currículo oculto e a não escolha da Medicina de Família e Comunidade por internos da graduação médica**: reflexões para a Prática da

Preceptoria. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. esp., p. 158 - 164, set. 2013.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1090 - 1096, 14 dez. 2008.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2847 - 2857, out. 2013.

ONU. **Transformando Nosso Mundo**: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E. Acesso em: 9 jul. 2022.

OZICK, C. Retrato do ensaio como corpo de mulher. Em: *In*: PIRES, R. (org.). **Doze ensaios sobre o ensaio**: antologia serrote. São Paulo: IMS, 2018. p. 224 - 233.

PALAIODIMOS, L. *et al.* Practices and Barriers in Sexual History Taking: A Cross-Sectional Study in a Public Adult Primary Care Clinic. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 17, n. 8, p. 1509 - 1519, 1 ago. 2020.

PARISH, S. J.; CLAYTON, A. H. Sexual Medicine Education: Review and Commentary. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 4, p. 259 - 268, 2007.

PARISH, S. J.; RUBIO-AURIOLES, E. Education in Sexual Medicine: Proceedings from the International Consultation in Sexual Medicine, 2009. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 7, n. 10, p. 3305 - 3314, out. 2010.

PASSAMAI, M. DA P. B. *et al.* Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 41, p. 301 - 314, 19 jun. 2012.

PAULINO, D. B. **Discursos sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT entre médicos (as) da estratégia saúde da família**. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, p. 142, 2016.

PEDROSA, C. M.; SPINK, M. J. P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 124 - 135, mar. 2011.

PENDLETON, D. *et al.* **A nova consulta**: desenvolvendo a comunicação entre médico e paciente. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PEREIRA, Z. M.; MONTEIRO, S. Gênero e Sexualidade no Ensino de Ciências no Brasil: análise da Produção Científica. **Contexto & Educação**, v. 30, n. 95, p. 117 - 146, 2015.

PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T. Sexualidade e reprodução: discutindo gênero e integralidade na Atenção Primária à Saúde. *Physis*: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 73 - 92, 2013.

PINSKY, C. B. Virgindade: tema atual, tema de História. **Revista Estudos Feministas**, v. 24, n. 3, p. 1015 - 1017, dez. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/qksfgRW777WzZqTtdxDqGRN/?lang=pt>. Acesso em: 2 jun. 2023.

PRETORIUS, D.; COUPER, I. D.; MLAMBO, M. G. Sexual history taking by doctors in primary care in North West province, South Africa: Patients at risk of sexual dysfunction overlooked. **African Journal of Primary Health Care & Family Medicine**, v. 14, n. 1, p. 1 - 9, 23 abr. 2022.

PRETORIUS, D.; COUPER, I.; MLAMBO, M. Sexual History Taking: Perspectives on Doctor-Patient Interactions During Routine Consultations in Rural Primary Care in South Africa. **Sexual Medicine**, v. 9, n. 4, p. 100389 - 100389, 1 ago. 2021.

PRETORIUS, D.; MLAMBO, M. G.; COUPER, I. D. "We Are Not Truly Friendly Faces": Primary Health Care Doctors' Reflections on Sexual History Taking in North West Province. **Sexual Medicine**, v. 10, n. 6, p. 100565 - 100565, 1 dez. 2022.

RABATHALY, P.; CHATTU, V. An exploratory study to assess primary care physicians' attitudes toward talking about sexual health with older patients in Trinidad and Tobago. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 8, n. 2, p. 626, 2019.

RAFAEL, R. de M. R.; MOURA, A. T. M. S. de. Violência contra a mulher ou mulheres em situação de violência? Uma análise sobre a prevalência do fenômeno. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 2, p. 149 - 153, jul. 2014.

RAIMONDI, G. A.; MOREIRA, C.; DE BARROS, N. F. Genders and sexualities in medical education: Between the hidden curriculum and the integrality of care. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 3, p. 198 - 209, 2019.

RAMOS, V. A consulta em 7 passos. Execução e análise crítica de consultas em Medicina Geral e Familiar. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 25, n. 2, p. 208 - 220, 1 mar. 2009.

READ, S.; KING, M.; WATSON, J. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. **Journal of Public Health**, v. 19, n. 4, p. 387 - 391, 1 dez. 1997.

RESSEL, L. B. *et al.* O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 779 - 786, dez. 2008.

RIBEIRO, S. *et al.* General Practitioners' Procedures for Sexual History Taking and Treating Sexual Dysfunction in Primary Care. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 11, n. 2, p. 386 - 393, fev. 2014.

RIFFENBURGH, R. S.; STRASSMAN, H. D. A curriculum in sexual education for medical students. **Academic Medicine**, v. 42, n. 11, p. 1031 - 6, nov. 1967.

RIZKALLA, K. *et al.* Improving the response of primary care providers to rural First Nation women who experience intimate partner violence: a qualitative study. **BMC Women's Health**, v. 20, n. 1, p. 209, 21 dez. 2020.

RODRIGUES, G. C. **Sobre escolhas de mulheres quanto ao uso do dispositivo intrauterino (DIU) em uma clínica da família do município do Rio de Janeiro.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2020.

RODRÍGUEZ-BOLAÑOS, R. DE LOS A.; MÁRQUEZ-SERRANO, M.; KAGEYAMA-ESCOBAR, M. D. L. L. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. **Salud Pública de México**, v. 47, n. 2, p. 134 - 144, abr. 2005.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher.** 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

ROMAN, A. C. **Informatização do registro clínico essencial para a atenção primária à saúde: um instrumento de apoio às equipes da estratégia saúde da família.** 2009. Tese. (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

ROSEN, R. *et al.* Sexual Communication Skills in Residency Training: The Robert Wood Johnson Model. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 3, n. 1, p. 37 - 46, jan. 2006.

RUBIN, E. S. *et al.* Best Practices in North American Pre-Clinical Medical Education in Sexual History Taking: Consensus From the Summits in Medical Education in Sexual Health. **Journal of Sexual Medicine**, v. 15, n. 10, p. 1414 - 1425, 2018.

RUFINO, A. C.; MADEIRO, A. P.; GIRÃO, M. J. B. C. O Ensino da sexualidade nos cursos médicos: a percepção de estudantes do Piauí. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 2, p. 178 - 185, jun. 2013.

SADOVSKY, R.; NUSBAUM, M. Sexual Health Inquiry and Support Is a Primary Care Priority. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 3, n. 1, p. 3 - 11, jan. 2006.

SAITO, D. Y. T. *et al.* User, client or patient?: which term is more frequently used by nursing students? **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 175 - 183, mar. 2013.

SALIM, N. R.; ARAÚJO, N. M.; GUALDA, D. M. R. Body and Sexuality: Puerperas' Experiences. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 732 - 739, ago. 2010.

SANDERS, L. **Todo paciente tem uma história para contar**: mistérios médicos e a arte do diagnóstico. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

SANTANA, C. Humildade cultural: conceito estratégico para abordar a saúde dos refugiados no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 11, 2018.

SANTOS, A. B. S. dos.; MARQUES, C. C.; VILLIGER, M. Comunicação em situações de violência. *In*: DOHMS, M; GUSSO, G. (org.). **Comunicação Clínica**: aperfeiçoando os encontros em saúde. Porto Alegre: Artmed, 2021. p. 315 - 329.

SANTOS, I. B. dos. *et al.* Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuárias da Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1935 - 1946, maio 2020.

SARKADI, A.; ROSENQVIST, U. Contradictions in the medical encounter: female sexual dysfunction in primary care contacts. **Family Practice**, v. 18, n. 2, p. 161 - 166, 1 abr. 2001.

SARNO, M. M. *et al.* Anamnese e exame físico: comunicação afirmativa. *In*: CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. (ed.). **Saúde LGBTQIA+ práticas de cuidado transdisciplinar**. 1. ed. Santana de Parnaíba, SP: Editora Manole Ltda, 2021. p. 169 - 174.

SBMFC. **Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2014. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/sbmfc-divulga-curriculo-baseado-em-competencias/>. Acesso em: 21 jul. 2023.

SBMFC. **Grupo de Trabalho de Gênero, Sexualidade, Diversidade e Direitos**. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/grupos-de-trabalho-e-grupos-de-interesse-especial/genero-sexualidade-diversidade-e-direitos/>. Acesso em: 21 jul. 2023.

SCHRAIBER, L. *et al.* Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 41 - 54, fev. 2003.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 470 - 477, ago. 2002.

SCHRAIBER, L. B. Saúde dos homens... e mulheres: questões de gênero na saúde coletiva [prefácio]. *In*: GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 7 - 20.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 3, n. 5, p. 13 - 26, ago. 1999.

SCHUMAHER, M. A.; VARGAS, E. Lugar no governo: álbi ou conquista? **Revista estudos feministas**, v. 1, n. 2, p. 348 - 364, 1993.

SCHUMAHER, M. A. Os movimentos feministas ontem e hoje no Brasil: desafios da sua institucionalização. *In*: MATOS, M.; ALVAREZ, S. E. (org.) **Quem são as mulheres das políticas para as mulheres no Brasil**: expressões feministas nas Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres. Porto Alegre: Zouk, 2018.

SEGURA, M. C. **Mujer, salud y género**. 2007. Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad de la República. Uruguay, 2007.

SES. **Ambulatório de Diversidade de Gênero** – Ambulatório TRANS. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/ambulatorio-de-diversidade-de-genero-ambulatorio-trans>. Acesso em: 21 jul. 2023.

SHABSIGH, R. *et al.* Impact of an educational initiative on applied knowledge and attitudes of physicians who treat sexual dysfunction. **International Journal of Impotence Research**, v. 21, n. 1, p. 74 - 81, 2009.

SHINDEL, A. W. *et al.* Medical Student Sexuality: How Sexual Experience and Sexuality Training Impact U.S. and Canadian Medical Students' Comfort in Dealing with Patients' Sexuality in Clinical Practice. **Academic Medicine**, v. 85, n. 8, p. 1321 - 1330, ago. 2010.

SILVA, C. S. M. **Feminismo popular e lutas antissistêmicas**. Recife: Edições SOS Corpo, 2016.

SILVA, T. T. **Documentos de identidade**: uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

SINDING, S. W. Health and Hope, Rights and Responsibilities: Action Agenda, Global Roundtable: Countdown 2015. **Reproductive Health Matters**, v. 12, n. 24, p. 154 - 159, 30 jan. 2004.

SKELTON, J. R.; MATTHEWS, P. M. Teaching sexual history taking to health care professionals in primary care. **Medical Education**, v. 35, n. 6, p. 603 - 608, jun. 2001.

SOBECKI, J. N. *et al.* What We Don't Talk about When We Don't Talk about Sex: Results of a National Survey of U.S. Obstetrician/Gynecologists. **Journal of Sexual Medicine**, v. 9, n. 5, p. 1285 - 1294, 2012.

SOLURSH, D. S. *et al.* The human sexuality education of physicians in North American medical schools. **International Journal of Impotence Research**, v. 15, n. S5, p. S41 - S45, 1 out. 2003.

SOREANU, R. O estilo epistêmico de Michael Balint: "Grupos Balint", utopias médicas e o legado da Escola de Psicanálise de Budapeste. **Cad. Psicanál.**, v. 40, n. 39, p. 229 - 250, 2018.

SOUTO, L. R. F. 2018: Um Ano Que Deixou Marcas Indeléveis Na Sociedade Brasileira. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 119, p. 795 - 798, 2018.

SOUZA, A. A. C. de; CINTRA, R. B. Conflitos éticos e limitações do atendimento médico à mulher vítima de violência de gênero. **Revista Bioética**, v. 26, n. 1, p. 77 - 86, jan. 2018.

SRINIVASAN, A. **O direito ao sexo**: feminismo do século XXI. 1. ed. São Paulo: Todavia, 2021.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEINAUER, J. *et al.* First impressions: what are preclinical medical students in the US and Canada learning about sexual and reproductive health? **Contraception**, v. 80, n. 1, p. 74 - 80, jul. 2009.

STELET, B. P. **Medicina Baseada em Evidências na formação médica**: contos, contrapontos, conciliações. 2020. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

STELET, B. P.; CASTIEL, L. D.; MORAES, D. R. Medicina narrativa para o Ensino da comunicação clínica. *In*: DOHMS, M.; GUSSO, G. (org.). **Comunicação clínica**: aperfeiçoando os encontros em saúde. Porto Alegre: Artmed, 2021. p. 55 - 69.

STEWART, M. *et al.* The impact of patient-centered care on outcomes. **Journal of Family Practice**, v. 49, n. 9, p. 796 - 804, 2000.

STEWART, M. *et al.* **Medicina Centrada na pessoa**: transformando o método clínico. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

STRALEN, C. J. VAN; SILVEIRA, R. A. Sujeito e política no debate contemporâneo. **Psicologia em Revista**, v. 23, n. 3, p. 939 - 951, 1 dez. 2017.

STRAPASSON, M. R.; NEDEL, M. N. B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 521 - 528, set. 2010.

SUGG, N. K.; INUI, T. Primary Care Physicians' Response to Domestic Violence. **JAMA**, v. 267, n. 23, p. 3157, 17 jun. 1992.

TAHKA, V. **O relacionamento médico-paciente**. Porto Alegre: Artes Médica, 1988.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 585 - 597, 2005.

TELO, S. V. **Saúde Sexual e Reprodutiva: competências da equipe na Atenção Primária à Saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2016.

THOMPSON, J. B. **Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa**. Petrópolis: Vozes, 1995.

TIBURI, M. **Curso Feminismo para uma outra sociedade**. Aula 1: Feminismo Dialógico. Disponível em: <https://kope.org/feminismo/>. Acesso em: 4 set. 2021.

TORRES, J. **El curriculum oculto**. 6. ed. Madrid: Ediciones Morata, 1991.

TRAD, L. A. B. **Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 19, n. 3, p. 777–796, 2009.

TRONCON, L. E. de A. Avaliação do estudante de medicina. **Medicina**, Ribeirão Preto, *Online*, v. 29, n. 4, p. 429 - 439, 1996.

UN. **Universal Declaration of Human Rights (UDHR)**. Paris: United Nations, 1948. Disponível em: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>. Acesso em: 16 maio. 2023.

UNITED NATIONS. **Report of the International Conference on Population and Development**: Cairo, 5-13 September 1994. United Nations. New York: United Nations, 1995. Disponível em: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/a_conf.171_13_rev.1.pdf. Acesso em: 12 ago. 2023.

UN. **Report of the Fourth World Conference on Women**: Beijing, 4-15 September 1995. United Nations. Beijing: [s.n.]. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/102425899600200125>. Acesso em: 13 ago. 2023.

UNFPA BRASIL. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Conferência do Cairo. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Ed. Plataforma de Cairo. [s.l.]: [s.n.]. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2023.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

VIEIRA, I. L. DE S. *et al.* Abordagem integral a imigrantes haitianos em uma Unidade Básica de Saúde do Guara, Distrito Federal: relato de experiência. **Interagir: Pensando a Extensão**, v. 32, p. 96 - 104, 2021.

VIEIRA, R. C. *et al.* Atenção Primária à Saúde quebrando tabus. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1821 - 31 dez. 2019.

VITIELLO, N. O Ginecologista e a Sexualidade. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 4, n. 2, p. 17, 13 jun. 1993.

WAGNER, G. Sexual medicine in the medical curriculum. **International Journal of Andrology**, Supplement, v. 28, n. 2, p. 7 - 8, 2005.

WAMPOLE, C. A ensaificação de tudo. *In*: PIRES, R. (org.). **Doze ensaios sobre o ensaio**: antologia serrote. São Paulo: IMS, 2018. p. 242 - 249.

WAS. **Sexual health for the millennium: a declaration and technical document**. World Association for Sexual Health. Minneapolis, MN, USA, 2008. Disponível em: <https://worldsexualhealth.net/resources/millennium-declaration/>. Acesso em: 7 abril. 2023.

WEED, L. L. Medical Records That Guide and Teach. **New England Journal of Medicine**, v. 278, n. 11, p. 593 - 600, 14 mar. 1968.

WEISS, B. D. Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. **The Annals of Family Medicine**, v. 3, n. 6, p. 514 - 522, 1 nov. 2005.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 120, n. 6, p. 472 - 82, 1996.

WHO. **Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals**. Report of a WHO meeting World Health Organization - Technical Report Series. Geneva: World Health Organization, 1975. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38247/WHO_TRS_572_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 6 fev. 2023.

WHO. **Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002**, Geneva World Health Organization. Geneva: World Press, 2006. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf. Acesso em: 7 fev. 2023.

WHO. **Sexual health, human rights and the law**. Geneva: World Health Organization, 2015.

WHO. **Sexual Health and its linkages to Reproductive Health**: an operational approach. Geneva: World Health Organization, 2017.

WHO. **Gender incongruence and transgender health in the ICD**. . [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd>. Acesso em: 10 jun. 2023.

WHO. **Developing sexual health programmes: a framework for action** Department of Reproductive Health. [s.l: s.n.]. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70501/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 10 jun. 2023.

WHO. **Sexual and reproductive health: Core competencies in primary care**. World Health Organization. Geneva: [s.n.]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44507/9789241501002_eng.pdf;jsessionid=3F34809E0086D9E6BCB29EA82C41B55D?sequence=1. Acesso em: 11 jun. 2023.

WILLIAMS, E.; DONNELLY, J. Older Americans and AIDS: Some Guidelines for Prevention. **Social Work**, v. 47, n. 2, p. 105 - 111, 1 abr. 2002.

WIMBERLY, Y. H. *et al.* Sexual history-taking among primary care physicians. **Journal of the National Medical Association**, v. 98, n. 12, p. 1924 - 9, dez. 2006.

WITTENBERG, A.; GERBER, J. Recommendations for improving sexual health curricula in medical schools: Results from a two-arm study collecting data from patients and medical students. **Journal of Sexual Medicine**, v. 6, n. 2, p. 362 - 368, 2009.

WOLCOTT, H. F. **Transforming Qualitative Data: Description, Analysis, and Interpretation**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994.

XENOFOBIA. *In*: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2023. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/trabalho/>. Acesso em: 28 fev. 2023.

ZAMPAR, B. *et al.* **Abordagem da Violência Contra a Mulher no Contexto da COVID 19: versão para profissionais**. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Grupo de Trabalho de Gênero, Sexualidade, Diversidade e Direitos. SBMFC, 2020. Disponível em: www.sbmfc.org.br.

ZANELLO, V. A saúde mental sob o viés do gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. *In*: Zanello, V; Andrade, A,P.M. **Saúde Mental e Gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade**. Curitiba: Appris, 2014. p. 41 - 58.

ANEXO – FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL E-SUS APS - C/E-SUS AB V.3.2

	CADASTRO INDIVIDUAL	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA N°:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	_____ - _____	_____	_____	/ /

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO			
CNS OU CPF DO CIDADÃO _____ CPF _____ CNS _____	CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR _____ CPF _____ CNS _____	MICROÁREA* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FA
NOME COMPLETO:* _____			
NOME SOCIAL: _____		DATA DE NASCIMENTO:* / /	SEXO:* <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
RAÇA/COR:* <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		Etnia:** _____	Nº NIS (PIS/PASEP) _____
NOME COMPLETO DA MÃE:* _____ <input type="checkbox"/> Desconhecido			
NOME COMPLETO DO PAI:* _____ <input type="checkbox"/> Desconhecido			
NACIONALIDADE:* <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro		PAÍS DE NASCIMENTO:** _____	DATA DE NATURALIZAÇÃO:** / /
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:** _____		MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:** _____	
DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** / /		TELEFONE CELULAR: () _____	E-MAIL: _____

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS	
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR <input type="radio"/> Cônjuge/Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Enteadado(a) <input type="radio"/> Neto(a)/Bisneto(a) <input type="radio"/> Pai/Mãe <input type="radio"/> Sogro(a) <input type="radio"/> Irmão/Irmã <input type="radio"/> Genro/Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente	OCUPAÇÃO _____
FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU? <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.) <input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA <input type="radio"/> Ensino Médio Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobral etc.) <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Nenhum <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)	SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO <input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho <input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho <input type="radio"/> Autônomo com previdência social <input type="radio"/> Autônomo sem previdência social <input type="radio"/> Aposentado/Pensionista <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/> Não trabalha <input type="radio"/> Servidor público/militar <input type="radio"/> Outro
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="checkbox"/> Adulto Responsável <input type="checkbox"/> Outra(s) Criança(s) <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Sozinha <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Outro	
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? _____	
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Outra <input type="radio"/> Homossexual (gay / lésbica)	DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Homem transexual <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Mulher transexual <input type="radio"/> Outro
TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL(IS)? <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física	

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO <input type="radio"/> Mudança de território <input type="radio"/> Óbito	SE ÓBITO, INDIQUE: Data do óbito:** / / Número da D.O.: _____ - _____
---	--

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA
Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.
_____ Assinatura

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? _____ <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** _____ <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe
FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM HANSENÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE ALGUMA INTERNACÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEVE AVC/DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____
TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** _____ <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe		ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** _____ <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE _____		USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
1 - QUAL? _____ 2 - QUAL? _____ 3 - QUAL? _____		

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA		
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? _____ <input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? _____ <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes		TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? _____ <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** _____ <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outras

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Microárea: usar **01** a **99** para o número da microárea.

FA: Fora de Área

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior