

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

IRACY SOFIA BARBOSA

**ABORDAGEM DE SAÚDE SEXUAL POR ENFERMEIRAS NO CONTEXTO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

BELO HORIZONTE
2021

IRACY SOFIA BARBOSA

**ABORDAGEM DE SAÚDE SEXUAL POR ENFERMEIRAS NO CONTEXTO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Epidemiologia, políticas e práticas de saúde das populações.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas.

Coorientadoras: Prof.^a Dra. Kênia Lara da Silva e Prof.^a Dra. Mariana Santos Felisbino Mendes.

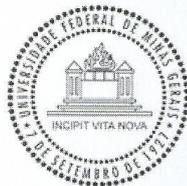
Barbosa, Iracy Sofia.

B238a Abordagem de saúde sexual por enfermeiras no contexto da Atenção Primária à Saúde [manuscrito]. / Iracy Sofia Barbosa. - - Belo Horizonte: 2022. 131f.: il.

Orientador (a): Maria Imaculada de Fátima Freitas.
Coorientador (a): Kênia Lara da Silva; Mariana Santos Felisbino Mendes.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Saúde Sexual. 2. Sexualidade. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Enfermeiras e Enfermeiros. 5. Dissertação Acadêmica. I. Freitas, Maria Imaculada de Fátima. II. Silva, Kênia Lara da. III. Mendes, Mariana Santos Felisbino. IV. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. V. Título.

NLM: WM 620



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

ATA DE NÚMERO 694 (SEISCENTOS E NOVENTA E QUATRO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA IRACY SOFIA BARBOSA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 17 (dezessete) dias do mês de dezembro de dois mil vinte e um, às 09:00 horas, realizou-se a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*ABORDAGEM DE SAÚDE SEXUAL POR ENFERMEIROS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE*", da aluna **Iracy Sofia Barbosa**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Epidemiologia, políticas e práticas de saúde das populações", orientanda da Profa. Maria Imaculada de Fátima Freitas. A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Mariana Santos Felisbino Mendes, Jeane Freitas de Oliveira e Elysângela Dittz Duarte, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 17 de dezembro de 2021.

Profª. Drª. Mariana Santos Felisbino Mendes _____

(presidente)

Profª. Drª. Maria Imaculada de Fátima Freitas _____

(orientadora)

Profª. Drª. Jeane Freitas de Oliveira _____

(Universidade Federal da Bahia)

Profª. Drª. Elysângela Dittz Duarte _____

(EE/UFGM)

HOMOLOGADO em reunião do CPC
Em 03/12/2021

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora IRACY SOFIA BARBOSA.

As modificações foram as seguintes:

NOMES	ASSINATURAS
Prof ^a . Dr ^a Mariana Santos Felisbino Mendes	_____
Prof ^a . Dr ^a . Maria Imaculada de Fátima Freitas	_____
Prof ^a . Dr ^a . Jeane Freitas de Oliveira	_____
Prof ^a . Dr ^a . Elysângela Dittz Duarte	_____



Documento assinado eletronicamente por **Jeane Freitas de Oliveira, Usuário Externo**, em 22/12/2021, às 08:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Elysangela Dittz Duarte, Professora do Magistério Superior**, em 22/12/2021, às 16:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Maria Imaculada de Fatima Freitas, Professora do Magistério Superior**, em 28/12/2021, às 16:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Santos Felisbino Mendes, Professora do Magistério Superior**, em 29/12/2021, às 16:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 24/01/2022, às 11:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1158226** e o código CRC **E56F6DF9**.

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 03.01.2022

HOMOLOGADO em reunião do CPU
Em 02.01.2022

Dedico este trabalho à todas as pessoas que sofrem caladas com problemas sexuais e que ainda não encontram acolhimento para suas dores nos serviços de saúde.

AGRADECIMENTOS

Às Deusas e Deuses, Santas e Orixás e a todas as pessoas que emanaram boas energias para que eu pudesse ter luz, força, saúde e sabedoria para desenvolver e concluir este trabalho.

Ao povo brasileiro por todas as lutas que propiciaram a construção e manutenção das universidades públicas e à toda a comunidade UFMG, por manter esta escola e persistir na luta mesmo nos momentos de maior dificuldade. Especialmente, à comunidade da Escola de Enfermagem que, ano após ano, vem trabalhando para que o nosso Programa de Pós Graduação cresça e se fortaleça no cenário científico brasileiro e mundial.

Aos meus pais, Maria de Lourdes e Aguimar, pela base, pela educação. À toda minha grande família, por acreditar em mim, compreender minhas ausências necessárias e por assumir os cuidados com minha filha quando precisamos. Ao meu companheiro Sálvio Junio, por todas as vezes que se distanciou com nossa filha para que eu pudesse me concentrar nos estudos e pelo apoio nas minhas dores e angústias. À minha pituquinha Lara por continuar me amando e desejando meu colo apesar dos momentos de distância e impaciência. Obrigada por aceitarem-me como sou.

À querida amiga, professora Érica Dumont, por mostrar um caminho para que eu chegasse ao mestrado. À professora Vânia Souza por ter me alertado sobre o quão difícil seria conseguir aprovação e por ter me desafiado a superar os obstáculos.

À minha mestre, orientadora, professora Peninha, por ter me acolhido com tanto respeito e carinho. Por me ajudar a organizar meus pensamentos e traçar um caminho possível. Por ser tão sábia e tão generosa em compartilhar seus conhecimentos e nunca menosprezar meus saberes. Por lutar tão bravamente pela vida e por finalizar esse trabalho junto comigo, com tanta disponibilidade e atenção.

Às professoras Kênia Lara e Mariana Felisbino, por terem assumido minha orientação quando foi necessário. Por terem sido fundamentais e me trazerem luz e segurança para seguir em frente.

Ao corpo de professores do programa de pós graduação da Escola de Enfermagem, por terem proporcionado um aprendizado rico, que me fez ter certeza

do quanto a educação é transformadora e necessária para os profissionais que estão atuando na assistência. Aos colegas da turma, que participaram dessa construção junto comigo.

Às colegas enfermeiras que participaram da pesquisa, disponibilizando seu tempo para contribuir com a construção do conhecimento científico. À toda equipe do Centro de Saúde Vila Maria e Centro de Saúde Santa Mônica, que seguraram a peteca no momento das minhas ausências necessárias.

À Prefeitura de Belo Horizonte, que me concedeu liberação de parte da carga horária de trabalho para dedicação ao mestrado.

À todas e todos que seguem em luta pelo SUS. Especialmente, à cada usuária e usuário que aceitou participar da pesquisa, contribuindo de forma tão rica com os resultados alcançados neste estudo.

Resumo

BARBOSA, Iracy Sofia. **Abordagem de saúde sexual por enfermeiras no contexto da atenção primária à saúde**. 2021. 131f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

Introdução: O direito à saúde sexual foi uma conquista histórica da humanidade. Entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, na Agenda 2030 da ONU, está o acesso universal aos serviços de assistência à saúde sexual e reprodutiva. Para atingir tal objetivo, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem reconhecido papel. Entretanto, outras publicações descrevem que as ações ofertadas na APS se concentram, quase sempre, nas demandas reprodutivas, ficando invisibilizadas as demandas sexuais ou restritas à abordagem das Infecções Sexualmente Transmissíveis. As enfermeiras, como parte das Equipes de Saúde da Família (ESF) e corresponsáveis pela coordenação do acolhimento e gestão do cuidado na APS, devem contemplar a saúde sexual nos seus atendimentos. Entretanto, estudos mostram dificuldades dessas profissionais em abordar a sexualidade em suas rotinas de cuidado.

Objetivos: 1) Conhecer as necessidades e problemas relacionados à saúde sexual dos usuários da APS do município de Belo Horizonte, segundo os próprios usuários; 2) Identificar a percepção da(o)s enfermeira(o)s das ESF sobre as necessidades e problemas relativos à saúde sexual dos usuários e como abordam essas demandas; 3) Conhecer o cenário atual do município em relação às necessidades e problemas dos usuários e a abordagem da saúde sexual adotada pelas(os) enfermeiras(os) das ESF, a partir da integração de dados quantitativos e qualitativos. **Método:** Trata-se de um estudo de métodos mistos do tipo paralelo convergente. A abordagem qualitativa, baseada na Teoria dos Roteiros Sexuais de John Gagnon e realizada por meio da entrevista em profundidade, teve prioridade no estudo. Analisamos os discursos dos participantes por meio da Análise Estrutural da Narrativa. A amostra foi composta por 22 participantes, sendo 13 usuários e nove enfermeiras. As enfermeiras foram definidas por sorteio, sendo uma de cada distrito do município. Os usuários foram definidos parte por sorteio e parte por bola de neve, necessária para garantir maior diversidade de gênero entre os participantes. A abordagem quantitativa consistiu em pesquisa transversal descritiva feita por meio de formulários on-line, distribuídos aos enfermeiros das ESF do município por meio de grupos de *WhatsApp* e e-mails dos centros de saúde de Belo Horizonte. A população final do estudo foi de 210 enfermeiras(os), que correspondeu a 35,7% do total de enfermeiras(os) de ESF do município. A análise se deu por meio do cálculo de proporções e teste qui-quadrado de Pearson com nível de significância de 5%. **Resultados:** As necessidades e problemas relativos à saúde sexual dos usuários da APS estruturaram-se em dimensões culturais, interpessoais e intrapsíquicas e dizem respeito à vivência dos relacionamentos e do prazer num contexto de machismo e desigualdade de gênero, permeada pelo tabu que ainda contribui para o silenciamento da intimidade das pessoas. Isso pode resultar em sofrimentos de ordem emocional e/ou adaptações da vida de forma a não priorizar o prazer sexual. Na maioria das vezes, essas necessidades não são percebidas pelos profissionais de saúde em seus atendimentos, uma vez que suas abordagens priorizam o modelo biologicista sobre o corpo e a vida dos usuários. Entre os 91,4% das(os) enfermeiras(os) entrevistados no estudo quantitativo que afirmaram abordar a saúde sexual nos atendimentos, 48,7% o fazem poucas vezes. Segundo 75,1% das(os) enfermeiras(os), os usuários têm poucas demandas, o que pode garantir certa comodidade ao se manter o enfoque nos sintomas e queixas físicas, perpetuando a invisibilidade da sexualidade dos indivíduos. Houve convergência dos resultados encontrados nos diferentes métodos. **Conclusão:** A saúde sexual deve ser compreendida e inserida nas ações da APS visando atingir a integralidade na assistência. Reconhecer a importância dos roteiros sexuais para o cuidado, principalmente quando são disfuncionais para a vida dos usuários, e agir, contribuindo para que eles possam construir novos roteiros que lhes permitam acessar uma vida sexual saudável, deve ser parte da abordagem à saúde com enfoque na educação sexual. Nesse sentido, é urgente o investimento em formação dos profissionais da APS para instrumentalizá-los para a abordagem à saúde sexual.

Palavras-chave: Saúde sexual, Sexualidade, Atenção Primária à Saúde, Enfermeiras e Enfermeiros.

Abstract

BARBOSA, I.S. **Nurses' approach to sexual health in the context of primary health care:** a mixed methods study. 2021. 131f. Dissertation (Masters in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

Introduction: The right to sexual health was a historic achievement of humanity. Among the Sustainable Development Goals, in the UN's 2030 Agenda, is universal access to sexual and reproductive health care services. To achieve this goal, Primary Health Care (PHC) has a recognized role. However, other publications describe that the actions offered in PHC are almost always focused on reproductive demands, making sexual demands invisible or restricted to addressing Sexually Transmitted Infections. Nurses, as part of the Family Health Teams (FHS) and co-responsible for coordinating the reception and management of care in the PHC, must include sexual health in their care. However, studies show these professionals' difficulties in addressing sexuality in their care routines. **Aims:** 1) Knowing the needs and problems related to the sexual health of PHC users in the city of Belo Horizonte, according to the users themselves; 2) Identify the perception of the FHS nurses in the municipality about the needs and problems related to the users' sexual health and how they address these demands; 3) Knowing the current scenario of the municipality in relation to the needs and problems of users and the approach to sexual health adopted by the nurses of the FHS, based on the integration of quantitative and qualitative data. **Method:** This is a study of mixed methods of the convergent parallel type. The qualitative approach, based on John Gagnon's Theory of Sexual Scripts and carried out through in-depth interviews, had priority in the study. We analyzed the participants' speeches through the Structural Analysis of Narrative. The sample consisted of 22 participants, 13 users and nine nurses. The nurses were chosen by drawing lots, one from each district in the municipality. Users were defined part by draw and part by snowball, necessary to ensure greater gender diversity among participants. The quantitative approach consisted of a descriptive cross-sectional survey carried out through online forms, distributed to nurses from the FHS in the municipality through WhatsApp groups and e-mails from health centers in Belo Horizonte. The final study population consisted of 210 nurses, which corresponded to 35.7% of the total number of FHS nurses in the city. The analysis was carried out through the calculation of proportions and Pearson's chi-square test with a significance level of 5%. **Results:** The needs and problems related to the sexual health of PHC users are structured in cultural, interpersonal and intrapsychic dimensions and concern the experience of relationships and pleasure in a context of sexism and gender inequality, permeated by the taboo that still contributes to the silencing of people's intimacy. This can result in emotional suffering and/or life adjustments in a way that does not prioritize sexual pleasure. Most of the time, these needs are not perceived by health professionals in their care, since their approaches prioritize the biological model over the body and life of users. Among the 91.4% of nurses interviewed in the quantitative study who stated that they approach sexual health in the consultations, 48.7% do so only a few times. According to 75.1% of nurses, users have few demands, which can ensure some comfort by keeping the focus on symptoms and physical complaints, perpetuating the invisibility of individuals' sexuality. There was convergence of results found in the different methods. **Conclusion:** Sexual health must be understood and included in PHC actions in order to achieve comprehensive care. Recognizing the importance of sexual scripts for care, especially when they are dysfunctional for the lives of users, and acting, helping them to build new scripts that allow them to access a healthy sexual life, must be part of the approach to health with a focus on sex education. In this sense, it is urgent to invest in the training of PHC professionals to equip them to approach sexual health.

Keywords: Sexual health, Sexuality, Primary Health Care, Nurses.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1: Seleção da amostra de usuários	29
Figura 2: Método de seleção da amostra de enfermeiras(os)	31
Figura 3: Fluxograma da população final estudada, a partir das respostas obtidas em formulário on-line	38
Figura 4: Síntese dos roteiros sexuais a partir das necessidades e problemas narrados pelos usuários	80
Figura 5: Cenários culturais e roteiros interpessoais e intrapsíquicos na abordagem da saúde sexual na APS	81

QUADROS

Quadro 1: Participantes do eixo qualitativo	32
Quadro 2: Leitura Horizontal da entrevista e codificação	36
Quadro 3: Exemplo de categoria obtida a partir da leitura transversal	37
Quadro 4: Variáveis para abordagem, percepção sobre demanda e qualificação profissional	43
Quadro 5: Variáveis sociodemográficas	44
Quadro 6: Categoria “Necessidades e problemas dos usuários”	48
Quadro 7: Abordagem da saúde sexual no contexto da Atenção Primária à Saúde (Parte 1)	62
Quadro 8: Abordagem da saúde sexual no contexto da Atenção Primária à Saúde (Parte 2)	70
Quadro 9: Mixagem dos resultados quantitativos e qualitativos	89

TABELAS

Tabela 1: Taxa de participação das(os) enfermeiras(os) na pesquisa, por regionais, Belo Horizonte, 2020	38
Tabela 2: Caracterização das(os) enfermeiras(os) participantes, Belo Horizonte, 2020	82
Tabela 3: Abordagem das(os) enfermeiras(os), público-alvo e fatores potencializadores, Belo Horizonte, 2020	84
Tabela 4: Comparação entre a abordagem das(os) enfermeiras(os) e a frequência em que eles sentem necessidade de abordar a saúde sexual em seus atendimentos, Belo Horizonte, 2020	85

Tabela 5: Comparação entre a abordagem das(os) enfermeiras(os) e a frequência em que os usuários expressam demandas em saúde sexual em seus atendimentos, Belo Horizonte, 2020	86
---	----

GRÁFICOS

Gráfico 1: Comparação entre a frequência de abordagem das(os) enfermeiras(os) e a frequência em que os usuários expressam demandas em saúde sexual, Belo Horizonte, 2020	86
---	----

Gráfico 2: Comparação entre a frequência que as(os) enfermeiras(os) sentem a necessidade de abordar a saúde sexual e a frequência em que abordam, Belo Horizonte, 2020	87
---	----

Gráfico 3: Comparação entre a abordagem da saúde sexual pelas(os) enfermeiras(os) e o tempo de atuação na APS (em anos), Belo Horizonte, 2020	88
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- (Quan+QUAL) – Método misto paralelo convergente com prioridade qualitativa
- AEN – Análise Estrutural da Narrativa
- APS – Atenção Primária à Saúde
- CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
- CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- COVID-19 – Corona Vírus Disease-2019 (Doença do Coronavírus-2019)
- CS – Centro de Saúde
- DM – Diabetes Melitus
- ESF – Equipe de Saúde da Família
- FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
- GEAPS – Gerência de Atenção Primária à Saúde
- HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
- HIV – Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis ou Infecção Sexualmente Transmissível
- LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros
- LGBTQIA+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transgêneros, Transexuais, Queer, Intersexos, Assexuais e outros.
- NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- ONU – Organização das Nações Unidas
- OPAS – Organização Panamericana de Saúde
- PBH – Prefeitura de Belo Horizonte
- PE – Prontuário Eletrônico
- SARS-COV2 – (Coronavirus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Severa) Nome dado ao vírus causador da doença Covid-19.
- SISREDE – Sistema de Informações da PBH
- SMSA – Secretaria Municipal de Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 A sexualidade como construção social	20
1.2 Objetivos	23
2 METODOLOGIA	24
2.1 Caracterização do estudo	24
2.2 Local do estudo	24
2.3 Participantes do estudo	25
2.4 Eixo qualitativo	26
2.4.1 População e amostra	26
2.4.2 Coleta de dados	32
2.4.3 Análise dos dados	35
2.5 Eixo quantitativo	37
2.5.1 População	37
2.5.1 Coleta de dados	39
2.5.3 Variáveis de estudo	42
2.5.4 Análise dos dados	44
2.6 Aspectos Éticos	45
3 RESULTADOS	47
3.1 Resultados qualitativos	47
3.1.1 Necessidades e problemas dos usuários	47
3.1.2 Abordagem da saúde sexual no contexto da Atenção Primária à Saúde	61
3.2 Resultados quantitativos	81
3.2.1 Caracterização das(os) enfermeiras(os) de ESF participantes	81
3.2.2 Abordagem da saúde sexual pelas(os) enfermeiras(os) de ESF	82
3.3 Mixagem entre os resultados quantitativos e qualitativos	88
4 DISCUSSÃO	90
4.1 Relação entre os resultados qualitativos e quantitativos	90
4.2 Dimensão cultural da saúde sexual	94
4.3 Dimensão interpessoal da saúde sexual	96
4.4 Dimensão intrapsíquica da saúde sexual	99
4.5 Potencialidades e limitações do estudo	102
5 CONCLUSÕES	104
6 REFERÊNCIAS	106
7 APÊNDICES	113

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Aplicado aos usuários, em entrevistas individuais on-line).	113
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Aplicado às(aos) enfermeiras(os), em entrevistas individuais on-line).	115
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Aplicado às(aos) enfermeiras(os) dos serviços da APS, em questionário on-line)	117
APÊNDICE D – Formulário on-line aplicado às(aos) enfermeiras(os)	119
APÊNDICE E – Roteiro de entrevista com usuários	123
APÊNDICE F – Roteiro de entrevista com enfermeiras	124
APÊNDICE G – Exemplo de análise de entrevista	125
APÊNDICE H – Explicativo sobre a interpretação dos gráficos	131

1 INTRODUÇÃO

A saúde sexual constitui-se essencial para a qualidade de vida das pessoas e uma dimensão importante dos direitos humanos. Na perspectiva da integralidade da assistência à saúde, ter acesso à saúde sexual significa poder desfrutar plenamente sua sexualidade, vivendo-a de forma saudável e prazerosa, e com acesso aos serviços de saúde e à educação sexual de forma digna (BRASIL, 2013b). O direito à saúde sexual foi uma conquista histórica da humanidade, alcançado por meio das lutas e articulações pelos direitos humanos e cidadania (BRASIL, 2013b). Além disso, a garantia do acesso universal aos serviços de assistência à saúde sexual e reprodutiva está incluída na Agenda 2030, entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), um pacto mundial do qual o Brasil é signatário (ONU, 2015).

Para atingir esse objetivo, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem reconhecido papel, principalmente no que se refere à promoção da saúde sexual e à prevenção de disfunções sexuais e de todo sofrimento causado por estes agravos (OPAS, 2018). Entretanto, as ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva que são ofertadas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) quase sempre priorizam as demandas reprodutivas (PINHEIRO; COUTO, 2013; NASSER *et al.*, 2017; PAIVA; CAETANO, 2020), ficando a atenção às demandas sexuais em segundo plano e restrita ao controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (SANTOS; FREITAS; FREITAS, 2019).

As(os) enfermeiras(os), como parte das equipes de ESF e corresponsáveis pela coordenação do acolhimento e gestão do cuidado na APS (ABEN, 2020), têm a integralidade como princípio norteador das suas ações, devendo, portanto, contemplar a sexualidade como uma das dimensões da abordagem nos seus diversos atendimentos, tanto coletivos como individuais. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018), a sexualidade é parte da essência do ser humano, perpassa por toda a sua vida e engloba o sexo, as identidades e os papéis de gênero, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução, sendo influenciada por fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (OMS, 2018).

Embora a temática seja abrangente e perpassasse por muitos aspectos da vida, estudos mostram dificuldades das(os) profissionais enfermeiras(os), em todos os

níveis de atenção à saúde, em abordar a sexualidade em suas rotinas de cuidado (FERREIRA *et al.*, 2015; BELÉM *et al.*, 2018; FENNELL; GRANT, 2019; SANTOS; FREITAS; FREITAS, 2019).

Dessa forma, algumas dessas dificuldades das(os) enfermeiras(os) podem estar relacionadas às representações construídas ao longo da vida (SANTOS; FREITAS; FREITAS, 2019). Além disso, a não inclusão de conteúdos sobre sexualidade e metodologias que propiciem desconstrução dos estereótipos e preconceitos durante a formação profissional contribuem para a persistência desse problema (BELÉM *et al.*, 2018; FERREIRA *et al.*, 2015; SANTOS; FREITAS; FREITAS, 2019).

Assim, pode-se apontar para algumas barreiras recorrentes para a abordagem da saúde sexual pelas(os) enfermeiras(os), como pouco conhecimento; atitudes e crenças limitantes; constrangimento e dúvidas se a sexualidade faz parte do seu escopo de ação; além da falta de diretrizes e de tempo para as abordagens necessárias nesse campo (FENNELL; GRANT, 2019). Pode-se afirmar que a sexualidade configura uma temática que as(os) enfermeiras(os) não foram preparadas(os) formalmente para lidar, mas ao mesmo tempo são chamados constantemente a responder de maneira profissional (ALAIN GIAMI, ÉMILIE MOREAU, 2015). Dessa forma, buscam recursos em “competências informais” baseadas na sua vivência e experiência pessoal (ALAIN GIAMI, ÉMILIE MOREAU, 2015).

Nesse sentido, as ações dos profissionais, ao avançar para além das questões reprodutivas e focar na saúde sexual, limitam-se a orientações acerca das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e, mais recentemente, a oferta e realização de testes rápidos para rastreamento dessas doenças (SANTOS; FREITAS; FREITAS, 2019). Esses aspectos são importantes, mas não dão conta de outras questões igualmente ou até mais relevantes, como o prazer, a satisfação sexual, as disfunções sexuais e as desigualdades de gênero que permeiam os relacionamentos e a vivência plena da sexualidade dos indivíduos (PINHEIRO; COUTO, 2013).

A omissão desses aspectos no cuidado de enfermagem acarreta, na assistência, distanciamento de um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), o da integralidade da atenção à saúde, e perdem-se oportunidades de manejar as dificuldades e problemas que levam as pessoas ao adoecimento (SANTOS; FREITAS; FREITAS, 2019)

Estudos mostram alta prevalência de disfunções sexuais em diversos países (BELL; MCCLELLAND, 2018; HEVESI *et al.*, 2019). Entre os homens de todos os continentes, índices significativos de disfunções sexuais são observados, principalmente da disfunção erétil (GLINA; ANKIER, 2013). Na população brasileira a disfunção erétil variou entre 39,5% e 53,9%, em estudos de prevalência realizados entre 2001 e 2006 (GLINA; ANKIER, 2013). Já a prevalência de disfunções sexuais em mulheres, no Brasil, variou entre 13,3% e 79,3% (WOLPE *et al.*, 2017; DANTAS, J. H. *et al.*, 2020).

Esses problemas podem desencadear outros. As disfunções de orgasmo, por exemplo, podem estar relacionadas a outros problemas de saúde das mulheres, como ansiedade, stress, depressão (HEVESI *et al.*, 2019), além de problemas de ordem física, como dores pélvicas crônicas e varizes vulvares (PUPPO; PUPPO, 2015).

Alguns estudos realizados por enfermeiras também evidenciam disfunções e queixas sexuais relacionadas às fases da vida, como o climatério (ANDRADE *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2014), a gestação (QUEIROZ; SOUSA; LOPES, 2013) e no contexto de doenças como câncer de mama (FERREIRA *et al.*, 2015) e infecções sexualmente transmissíveis/HIV (SANTOS; FREITAS; FREITAS, 2019). Essas pesquisas reforçam a importância da abordagem da sexualidade no contexto de cuidado de enfermagem, explicitam que a sexualidade ainda é permeada por muitos tabus e que os profissionais tendem a valorizar mais os aspectos biomédicos em suas ações, o que se mostra insuficiente para a abordagem da saúde sexual. Adicionalmente, outros estudos buscam compreender a abordagem das(os) enfermeiras(os) nas diversidades sexuais (HEYES; DEAN; GOLDBERG, 2016; BELÉM *et al.*, 2018) e mostram que, para essa parcela da população, o desafio é ainda maior, considerando o preconceito e a discriminação presentes nos serviços, seja em contextos brasileiros ou em outros países.

A maioria dos estudos citados contribui principalmente para a compreensão de problemas relacionados à saúde sexual em contextos específicos, porém poucas vezes foram realizadas pesquisas por meio de entrevistas com usuários dos serviços de APS, o que é um aspecto importante considerando os aspectos subjetivos da sexualidade. Quando entrevistam os usuários dos serviços de saúde para mapear problemas relacionados à saúde sexual, muitas vezes o fazem a partir de questionários pré-definidos, voltados para o diagnóstico de disfunções sexuais (QUEIROZ; SOUSA; LOPES, 2013; DANTAS *et al.*, 2020).

Os dados epidemiológicos sobre as disfunções sexuais são importantes porque traduzem o tamanho de parte do problema, mas não sua profundidade, nem mostram o enfoque na subjetividade das pessoas presentes no ato do cuidado. O contexto e os desafios da APS são maiores, uma vez que nesse nível de atenção, o foco principal se constitui de ações de promoção da saúde sexual e de prevenção de tais disfunções. Dessa forma, não ter uma compreensão dos problemas e necessidades relacionados à saúde sexual dos usuários, antes de serem considerados como disfunções ou mesmo adoecimentos, configura-se um problema que impacta na capacidade de organização da atenção à saúde sexual na APS, bem como nos resultados esperados.

Acessar as(os) enfermeiras(os) e os usuários desses serviços para conhecer as demandas, descrevê-las e identificar a abordagem existente nesse nível de atenção pode ser um passo fundamental para organizar a APS e contribuir para ampliar o acesso da população à atenção em saúde sexual, como está pactuado na Agenda 2030. Além disso, aliar ferramentas que investiguem a frequência de abordagem da saúde sexual na prática das(os) enfermeiras(os) e a qualidade dessa abordagem, integrando dados e informações de diferentes naturezas, pode proporcionar complementariedades necessárias para o desenvolvimento de conhecimento mais abrangente e pertinente do fenômeno em estudo.

No presente estudo, a opção foi por investigar os elementos subjetivos e objetivos, partindo do pressuposto de que há muitas necessidades e problemas relativos à saúde sexual entre os usuários dos serviços da APS, evidenciados pelas altas prevalências de distúrbios, mas que normalmente são ocultados por uma abordagem profissional que evita, silencia ou limita ao tratar do assunto de forma biológica e biomédica. Do ponto de vista dos usuários, essas demandas podem ser explicitadas nos seus discursos quando lhes for dada a oportunidade de se expressarem. Além disso, pressupõe-se que, no cenário do estudo, o número de enfermeiros das equipes de saúde da família que abordam a saúde sexual em seus atendimentos seja pequeno, considerando a dificuldade dos profissionais em lidar com esse tema, já identificada em estudos prévios citados.

1.1 A sexualidade como construção social

O referencial teórico que sustenta o eixo qualitativo deste estudo é a teoria dos roteiros sexuais desenvolvida por John Gagnon e William Simon, que é explicitada na

obra “Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade”, de John Gagnon, publicado no Brasil em 2006 pela editora Garamond. Esta obra é de grande importância porque nela Gagnon reúne vários textos, produzidos em diversos momentos em sua carreira, que nos permitem conhecer as bases históricas e científicas de sua teoria.

John Gagnon é um sociólogo norte americano que viveu entre 1931 e 2016. Ele representa um marco para os estudos da sexualidade por ter desenvolvido uma teoria que explica as raízes do desejo e do comportamento sexual a partir de uma construção social (OLTRAMARI, 2007). Ele critica tanto as explicações biologicistas da sexualidade humana, como a visão psicanalítica de que toda a sexualidade é determinada pelas vivências da infância (OLTRAMARI, 2007). A teoria dos roteiros sexuais avança no campo dos estudos e conhecimentos sobre sexualidade, pois desconstrói o paradigma da determinação dos impulsos instintivos e fisiológicos sobre os processos sexuais (GAGNON, 2006).

Gagnon considera as dimensões intrapsíquica, interpessoal e cultural em que os indivíduos constroem roteiros para a vivência da sexualidade. Com isso, amplia o olhar sobre a história sexual dos sujeitos, superando a dimensão biológica e possibilitando compreender os problemas sexuais, inseridos numa perspectiva social individual e coletiva (GAGNON, 2006).

Este referencial de roteirização proposto por Gagnon nos permite “organizar e vincular o que as pessoas pensam, o que fazem e a maneira como são afetadas pelo contexto sociocultural em que vivem” (GAGNON, 2006, p. 264).

Assim, a vida sexual é entendida como aprendizado e construção social, como as demais esferas da vida. O conceito de roteirização sexual está ancorado em cinco grandes concepções:

- (1) a conduta sexual é inteiramente determinada pela história e pela cultura;
- (2) o significado na conduta sexual não se encontra numa interpretação da atividade corporal dos indivíduos;
- (3) a ciência da sexualidade é histórica e culturalmente determinada em igual medida;
- (4) a sexualidade é adquirida, mantida e desaprendida em todos os seus aspectos, e é organizada pela estrutura social e pela cultura;
- (5) o gênero e a sexualidade são formas aprendidas de conduta e se ligam de maneiras diferentes nas diferentes culturas (GAGNON, 2006, p. 218).

A sexualidade se inscreve em roteiros organizados em categorias: os intrapsíquicos, os interpessoais e os cenários culturais. Esses roteiros

abarcam elementos simbólicos e não verbais numa sequência de condutas, organizada e delimitada no tempo, por meio da qual as pessoas contemplam o comportamento futuro e verificam a qualidade do comportamento em andamento (GAGNON, 2006. p 114).

Os roteiros culturais são como guia de instrução que existe no plano da vida coletiva. A família, a escola, as Igrejas, as forças armadas, a imprensa, etc. são considerados sistemas de instrução sobre a sexualidade, cada um com suas versões do que seja considerado bom ou ruim, certo ou errado para as práticas sexuais (GAGNON, 2006).

Os roteiros interpessoais funcionam no nível da interação social, constituindo a base de padrões de comportamento social estruturado. A pessoa é, nesse caso, vista como um ator que age atendendo às expectativas dos outros e construindo suas condutas baseado no comportamento das pessoas com quem se relaciona (GAGNON, 2006).

Os roteiros intrapsíquicos representam “o conteúdo da vida mental, em parte resultante dos conteúdos dos cenários culturais e das demandas de interação e, em parte, independente destes” (GAGNON, 2006. p 225). O desafio de ligar os significados (culturais) à ação (interação) resolve-se no campo intrapsíquico. Nesse caso, o indivíduo é quem roteiriza sua própria conduta a fim de resolver os problemas que surgem na interação. No cotidiano, na prática da vida social, cultural e mental, os roteiros se interagem de forma dinâmica e o sujeito é seu próprio roteirista e dramaturgo, criando alternativas inovadoras no campo intrapsíquico para os padrões culturais e de comportamento estabelecidos (GAGNON, 2006).

Os roteiros sexuais são utilizados nesse estudo para a compreensão dos cenários culturais, interpessoais e intrapsíquicos construídos pelos participantes, abrindo possibilidades de conhecer das necessidades e problemas vivenciados pelos usuários sobre a sexualidade e saúde sexual, como demandas para a Atenção Primária à Saúde (APS).

1.2 Objetivos

- 1) Conhecer as necessidades e problemas relacionados à saúde sexual dos usuários da APS do município de Belo Horizonte, segundo os próprios usuários;
- 2) Identificar a percepção da(o)s enfermeira(o)s das ESF do município sobre as necessidades e problemas relativos à saúde sexual dos usuários e como abordam essas demandas;
- 3) Conhecer o cenário atual do município em relação às necessidades e problemas dos usuários e a abordagem da saúde sexual adotada pelas(os) enfermeiras(os) das ESF, a partir da integração de dados quantitativos e qualitativos.

2 METODOLOGIA

2.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo de métodos mistos do tipo paralelo convergente (Quan+QUAL), em que os dados qualitativos e quantitativos são coletados em paralelo, analisados separadamente e depois fundidos (CRESWELL; CLARK, 2013). A razão para a coleta de dados quantitativos e qualitativos foi possibilitar uma melhor compreensão do objeto de estudo, comparando e contrastando os resultados quantitativos com os achados qualitativos, para gerar uma triangulação de métodos que possibilitasse um entendimento mais completo do problema.

A abordagem qualitativa, realizada por meio da entrevista em profundidade, teve prioridade no estudo porque as dificuldades e problemas no campo da sexualidade exigem importante aproximação com os sujeitos e são elementos praticamente não incluídos na assistência de enfermagem (SANTOS; FREITAS; FREITAS, 2019). Por se tratar de um assunto permeado por tabus, é necessário um olhar atento para captar os sentidos nas narrativas dos indivíduos, seus modos de pensar e agir. Nesse caso, mesmo o silêncio pode dizer alguma coisa (ORLANDI, 2005).

Complementarmente, a abordagem quantitativa permitiu dimensionar aspectos como o quanto os profissionais abordam a saúde sexual em seus atendimentos, o quão frequente os usuários demandam por isso, dentre outros. Assim foi possível construir um cenário fidedigno da realidade estudada. O estudo quantitativo consistiu em pesquisa transversal descritiva.

2.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Belo Horizonte (BH), capital do estado de Minas Gerais (MG), inicialmente escolhido por ser o campo de atuação das pesquisadoras e ter uma rede de atenção primária à saúde estruturada e reconhecida pela sua cobertura de 100% da população, sendo 80,3% adscrita à Equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2020). Localizado na região sudeste do Brasil e uma das maiores cidades brasileiras, Belo Horizonte é o sexto município mais populoso do país, com mais de dois milhões e meio de habitantes, segundo o último censo do IBGE (2010).

Possui contexto socioeconômico e cultural diversificado, como a maioria das capitais brasileiras e um amplo serviço de atenção primária à saúde. Em 2020, o município contava com 152 centros de saúde e 588 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), divididas entre as suas nove regiões administrativas (PBH, 2020).

As ESF, em Belo Horizonte, são compostas por enfermeira(o), médica(o), auxiliares/técnica(o)s de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentista e auxiliar/técnico em saúde bucal, conforme preconizado no Brasil (BRASIL, 2019). Além das ESF, os centros de saúde possuem profissionais de apoio (médicas(os) clínicas(os), enfermeiras(os), técnicas(os) de enfermagem, ginecologistas e pediatras), equipes de saúde mental (psiquiatras, psicólogas(os) e assistentes sociais), equipe de zoonoses (agentes de combate às endemias e coordenadores de zoonoses) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que contam com fonoaudiólogas(os), nutricionistas, educadora(e)s física(o)s, fisioterapeutas, farmacêuticas(os), terapeutas ocupacionais e psicólogas(os). Há uma gerência local e as(os) funcionárias(os) administrativas(os) e dos serviços gerais são terceirizadas(os). Os profissionais da equipe de saúde mental e do NASF atendem nas unidades básicas de saúde mediante agendamento realizado em reuniões de matriciamento, nas quais as equipes discutem o caso e, juntos, decidem sobre as condutas necessárias (BELO HORIZONTE, 2018).

As principais ações das(os) enfermeiras(os) das ESF, na assistência direta aos usuários dos centros de saúde de Belo Horizonte, incluem atendimentos à mulher (coleta de exame preventivo do câncer de colo uterino, pré-natal, assistência ao puerpério), à criança (ações do 5º dia, puericultura), ao adulto/idoso (atendimento individual e/ou em grupo às pessoas com diabetes, hipertensão, feridas crônicas, além de planejamento familiar e realização de testes rápidos para detecção de IST), e atendimento às demandas espontâneas com ou sem queixas agudas (BELO HORIZONTE, 2016).

2.3 Participantes do estudo

A(o)s participantes do estudo foram usuária(o)s da APS e enfermeiras(os) das ESF, ambos vinculados à Prefeitura Municipal de Saúde de Belo Horizonte (PBH).

O vínculo dos usuários aos serviços de APS é estabelecido por meio de um cadastro realizado no Centro de Saúde (CS) de referência para seu local de moradia,

o que gera um número de Prontuário Eletrônico (PE), que serve de identificação do usuário no sistema de registro da PBH (SISREDE).

O vínculo das(os) enfermeiras(os) às ESF do município é estabelecido de forma estatutária, estabelecido por meio de concurso público, ou por contrato temporário, com prazo definido. Em respeito a Enfermagem ser uma profissão majoritariamente feminina, de tal forma que todas as enfermeiras participantes dessa pesquisa se identificaram com as características atribuídas ao gênero feminino, utilizaremos na redação desse relatório o substantivo enfermeira, no feminino.

2.4 Eixo qualitativo

2.4.1 População e amostra

A população alvo do estudo constituiu-se de todos os adultos cadastrados no sistema de prontuários eletrônicos da Prefeitura de Belo Horizonte (SISREDE) e das(os) enfermeiras(os) trabalhadoras(es) da rede na APS, lotadas(os) em ESF.

2.4.1.1 Usuários

Os critérios de inclusão para participação da pesquisa na condição de usuário foram ter idade acima de 18 anos e ser cadastrado em algum Centro de Saúde de Belo Horizonte.

Como critérios de exclusão dos usuários, foram considerados: presença de transtorno mental/cognitivo que dificultasse a compreensão do conteúdo da entrevista ou a expressão do pensamento do usuário; ter sido atendido individual e anteriormente pela pesquisadora que realizou as entrevistas. Tais critérios foram necessários para reduzir as possibilidades de não captação de questões relevantes sobre o objeto de estudo, no primeiro caso, e de não haver risco de viés por tratar-se de usuário já com um vínculo prévio estabelecido com a pesquisadora.

A amostra de usuários foi obtida primeiramente de forma aleatória, por sorteio. Para garantir variação na amostra de usuários, foram incluídos mulheres e homens, em fases de vida diferentes (adulto jovem, adulto, idosos), com situações conjugais diversas, presença e ausência de filhos, e diversidades de gênero. Durante o desenrolar das entrevistas, com usuários e enfermeiras, com a análise inicial do

conteúdo produzido, explicitou-se a necessidade de contemplar pessoas transgênero e variedades de orientação sexual na amostra de usuários, o que não se configurou no sorteio. Além disso, o processo de sorteio se mostrou demorado demais para o cronograma estabelecido na pesquisa. Definiu-se, então, pela busca de participantes pela técnica *Snowball* (Bola de Neve), por meio da qual um participante indica o próximo, e assim, sucessivamente (BORTOLOZZI, 2020).

Para acessar os usuários participantes de forma aleatória, foi considerado o registro dos usuários pelo número do Prontuário Eletrônico (PE) e realizado um sorteio, no dia 30/07/2020 no site www.sortear.net, com números entre 1 e 5.100.000. Os cem números sorteados podem ser acessados pelo link <https://www.sortear.net/sorteio/471b398721>. O intervalo foi definido considerando a numeração dos novos prontuários que estavam sendo cadastrados na época do sorteio. Os números sorteados foram utilizados para buscar os usuários pelo PE no sistema de cadastro da SMSA (SISREDE). A partir dos dados de cadastro nos prontuários, foi elaborada uma planilha com os possíveis participantes da pesquisa e as informações referentes a nome, sexo, idade, escolaridade, estado civil, raça/cor, bairro, centro de saúde de referência e telefone de contato. Esta primeira busca resultou em 47 contatos completos. Os demais eram números de prontuários inexistentes, crianças ou usuários com cadastros sem telefone de contato.

Após essa etapa, foi realizado o contato telefônico com os possíveis participantes. Dos 47 contatos, 24 tinham telefones que não resultaram contato efetivo (ou não completavam a ligação, ou eram de alguém desconhecido, ou não eram atendidos em diversas tentativas). As outras pessoas foram contactadas e somente quatro, todas mulheres, aceitaram participar da pesquisa. Os demais recusaram participar por se tratar de tema relacionado à sexualidade e por não querer falar da sua intimidade com estranhos. Alguns não explicaram o motivo e simplesmente não atendiam mais. Esse comportamento foi observado principalmente com homens, que, muitas vezes, nem queriam ouvir os detalhes da pesquisa e já recusavam ao ouvir o tema.

Com o baixo número de participantes efetivados com o primeiro sorteio, foi realizado outro no dia 31/08/2020, que pode ser acessado pelo link: <https://www.sortear.net/sorteio/c84bcb7d60>.

Neste último foram sorteados 150 prontuários eletrônicos. No dia da busca foram utilizados somente os primeiros 100 números, por limitação de tempo para a

pesquisa. Para aumentar as possibilidades de contatos, quando o prontuário era incompleto ou inexistente ou criança, era inserido o prontuário de número imediatamente anterior (exemplo: prontuário sorteado, 2015078, criança. Era buscado o cadastro de número 2015077. Se fosse um possível participante esse era inserido na listagem).

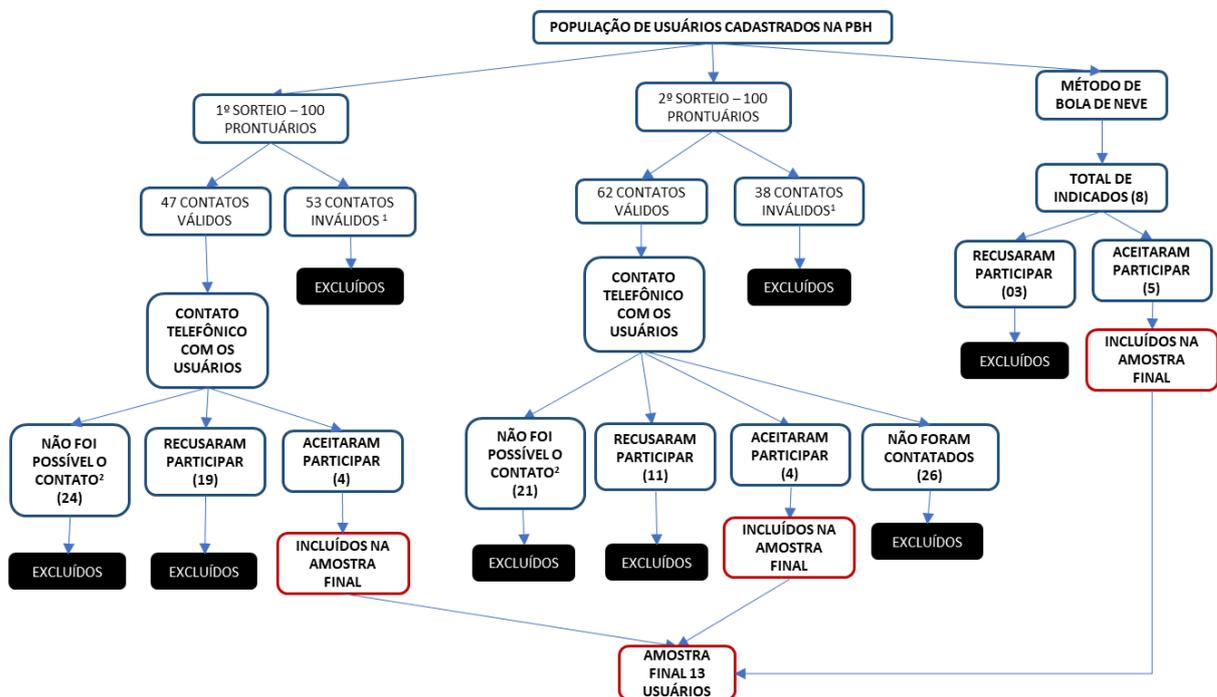
Com isso, entre as 100 buscas realizadas ficaram 62 possíveis participantes. Novamente muitos telefones não se efetivaram, especificamente de 21 dos usuários listados. Houve 11 recusas. Alguns dos que recusaram alegaram falta de interesse na pesquisa, outros relataram não utilizar internet ou estar sem condições de saúde para participar e alguns sinalizaram positivamente, mas não atenderam mais a chamada. Deste grupo, foram incluídos mais quatro participantes, sendo uma mulher e três homens, com prioridade para as pessoas com perfil que ainda não tinha sido aparecido, e essa segunda listagem não chegou a ser esgotada. Optou-se por interromper o processo quando havia ainda 26 usuários por contatar. Isso foi necessário porque o processo estava extremamente moroso, o perfil dos usuários faltantes já estava contemplado na amostra (faixa etária, raça/cor, situação conjugal) e seria necessário outro método para completar a amostra. Por isso optou-se pelo método *Snowball* (Bola de Neve).

O *Snowball* foi iniciado quando, a nosso pedido, uma enfermeira de ESF indicou uma participante, da população LGBTQIA+, que desencadeou o processo. Às pessoas que indicavam era lhes solicitado somente o contato telefônico do indicado. A pesquisadora fazia o contato com o indicado, verificava se era cadastrado em algum Centro de Saúde do município de Belo Horizonte e se tinha interesse em participar da pesquisa. A cada novo participante selecionado iam sendo solicitados novos contatos. Podiam ser indicados mais de um contato por participante e nem todos os indicaram. Ao participante que indicou um outro não foi informado sobre o aceite ou não da pessoa indicada, como uma forma de preservar a identidade dos entrevistados. Houve três recusas nessa fase por motivos relacionados à falta de interesse e ao medo de se expor. Com a técnica snowball, chegamos a mais cinco participantes da pesquisa. Houve, portanto, 13 usuários entrevistados, com os quais foi atingida uma variabilidade de vivências relatadas, além de diversidade de gênero e orientação sexual entre os participantes que permitiu o encerramento das entrevistas. Nesse caso, considerando a relação indivíduo-grupo (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008), chegou-se a uma amostra representativa das diversas experiências

relacionadas à sexualidade, sendo possível dar voz tanto às vivências hegemônicas quanto às não hegemônicas no campo afetivo-sexual da sociedade, presentes no amplo universo de usuários da APS.

Ressalta-se que esse processo de seleção da amostra foi realizado por uma das pesquisadoras, que atua como enfermeira na PBH e, por isso, possui acesso liberado ao SISREDE. Foi necessário preencher um “Termo de Responsabilidade” para acesso a dados pessoais no SUS, que foi assinado pela pesquisadora, pela coordenadora da pesquisa e pelo Gerente do Centro de Saúde, onde foi realizada a busca das informações. Junto com o termo foi anexado uma cópia das planilhas com as informações que foram extraídos do SISREDE. Tais documentos foram entregues junto à referência do Núcleo de Ensino e Pesquisa, no distrito Sanitário Nordeste, onde ficarão arquivados. A Figura 1 mostra o processo de seleção da amostra de usuários. Nenhum(a) usuária(o) sorteada(o) ou indicada(o) precisou ser excluída(o) pelos critérios de exclusão previamente definidos.

Figura 1: Seleção da amostra de usuários



(1) Prontuários inexistentes; crianças ou usuários sem telefone de contato cadastrado.

(2) Não completou a ligação; número não era do usuário cadastrado ou não atendeu em diversas tentativas.

2.4.1.2 Enfermeiras

Considerou-se como critério de inclusão ser enfermeira(o) de ESF, lotada(o) em Centro de Saúde da PBH à época da coleta de dados, com experiência de atuação em atenção primária (não necessariamente em Belo Horizonte) de, no mínimo, seis meses. Nesse critério considerou-se a importância de um mínimo de tempo de experiência para se ter uma compreensão das demandas apresentadas pelos usuários.

Como critérios de exclusão, foram consideradas a existência de qualquer conflito de interesse com a pesquisa e a recusa em autorizar a gravação dos momentos de fala.

A amostra de enfermeiras(os) se deu por representação de cada regional da cidade de Belo Horizonte. Para composição da amostra de enfermeiras(os), foram sorteados nove centros de saúde distintos (1 de cada regional do município de Belo Horizonte), por meio de uma listagem de todos os Centros de Saúde, disponibilizada no site oficial da Prefeitura de Belo Horizonte. A lista de Centros de Saúde foi codificada, de 1 a 155, sendo Regional Barreiro (1-20), Regional Centro-Sul (21-32), Regional Leste (33-46), Regional Nordeste (47-66), Regional Noroeste (67-84), Regional Norte (85-104), Regional Oeste (105-122), Regional Pampulha (123-138), Regional Venda Nova (139-155). Os sorteios foram realizados na plataforma Sortear.net no dia 29/07/2020. As unidades sorteadas estão listadas abaixo, com os respectivos links de acesso ao sorteio.

Regional Barreiro (1-20): 16 <https://www.sortear.net/sorteio/ae2f2eaf7f>

Regional Centro-Sul (21-32): 26 <https://www.sortear.net/sorteio/f6656ebda8>

Regional Leste (33-46): 41 <https://www.sortear.net/sorteio/44ec35c5d3>

Regional Nordeste (47-66): 54 <https://www.sortear.net/sorteio/4421e5169b>

Regional Noroeste (67-84): 72 <https://www.sortear.net/sorteio/eb3d66e065>

Regional Norte (85-104): 97 <https://www.sortear.net/sorteio/4c118902b8>

Regional Oeste (105-122): 118 <https://www.sortear.net/sorteio/175e2c5316>

Regional Pampulha (123-138): 125 <https://www.sortear.net/sorteio/368320c158>

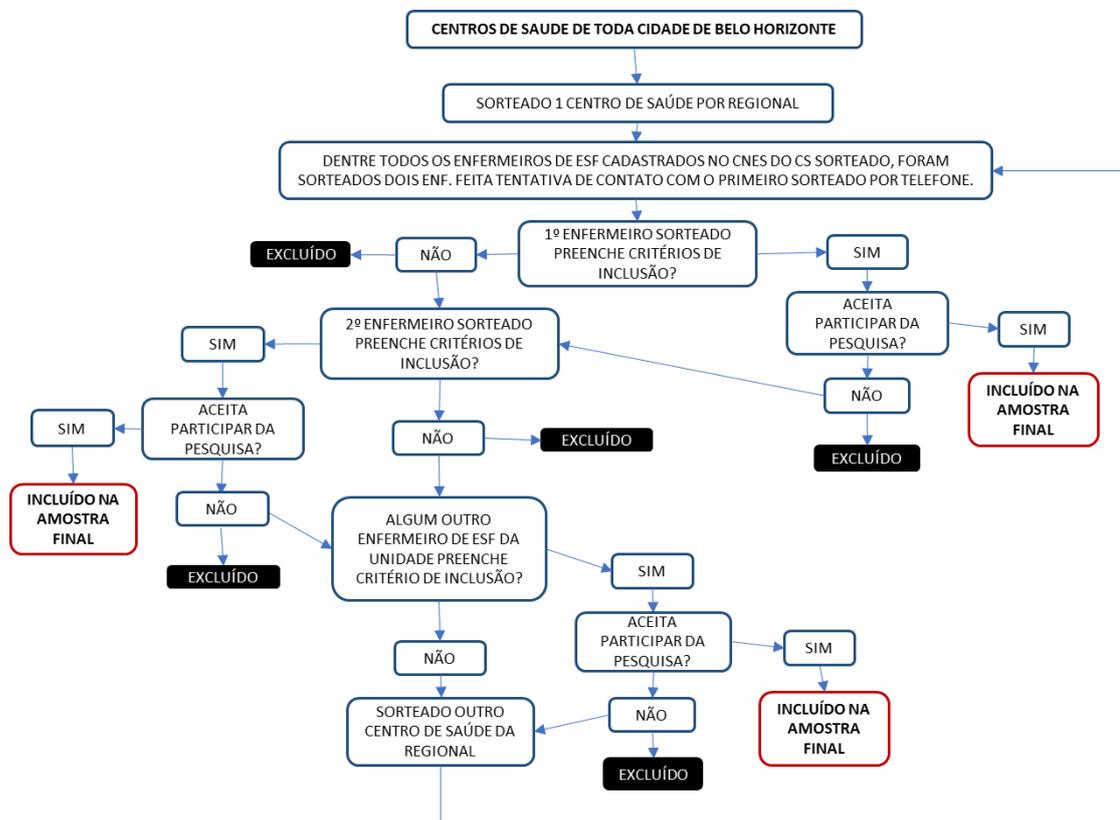
2o sorteio regional Pampulha: 135 <https://www.sortear.net/sorteio/d2c9be8624>

Regional Venda Nova (139-155): 149 <https://www.sortear.net/sorteio/eb091a5bd9>

A partir dos números sorteados foi verificada a correspondência na listagem de Centros de Saúde e realizada pesquisa no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) para verificar as(os) enfermeiras(os) cadastrados no serviço como Enfermeiras(os) de Equipe de Saúde da Família. Dentre as possibilidades registradas no CNES, foi feito sorteio de duas(ois) enfermeiras(os) para cada unidade.

Foi realizado contato telefônico com as unidades para convidar as pessoas sorteadas a participarem da pesquisa. Ao contatar a unidade, era solicitado falar com uma das duas pessoas sorteadas. Caso a primeira aceitasse participar, a segunda sorteada já era excluída. Quando nenhuma das duas estavam ativas na unidade (ou por férias, ou por licença) ou não preenchiam critério (menos de 6 meses em ESF), as outras enfermeiras de ESF da unidade eram convidadas a participar. Na regional Pampulha foi necessário sortear outra unidade porque não havia nenhum apto na primeira unidade sorteada. Entre as enfermeiros sorteadas, havia apenas um homem, que não preenchia critério por estar há menos de 6 meses na ESF. Entre todos os sorteados, houve 2 recusas em participar da pesquisa, uma por problemas pessoais e a outra disse não ter interesse em participar. A Figura 2 mostra o método utilizado para a seleção da amostra das enfermeiras.

Figura 2: Método de seleção da amostra de enfermeiras



No Quadro 1 encontra-se a lista dos participantes, usuários e enfermeiras, do eixo qualitativo.

Quadro 1: Participantes do eixo qualitativo

Participante	Categoria	Idade	Expressão de Gênero	Identidade de gênero	Orientação afetivo-sexual	Estado civil	Nº Filhos	Escolaridade	Profissão/ocupação
E1	Usuários	39	Feminina	Cisgênero	Heterossexual	Casada	3	E. Médio	Professora/artesã
E2	Usuários	52	Feminina	Cisgênero	Heterossexual	Viúva	1	E. Médio incomp.	Cuidadora de idosos
E3	Usuários	23	Feminina	Cisgênero	Homossexual	Solteira	0	Superior incomp.	Estudante
E4	Usuários	52	Feminina	Cisgênero	Heterossexual	Casada	2	E. Médio	Gerente de salão beleza
E5	Usuários	22	Feminina	Cisgênero	Heterossexual	Solteira	0	E. Médio	Auxiliar escritório
E6	Usuários	48	Masculina	Cisgênero	Heterossexual	Casado	2	Superior	Dono de oficina
E7	Usuários	31	Masculina	Cisgênero	Heterossexual	Solteiro	0	Superior	Servidor público
E8	Usuários	44	Masculina	Cisgênero	Heterossexual	Casado	0	Superior	Empresário
E9	Usuários	58	Feminina	Transgênero	Homossexual	Casada	1	E. Médio	Servidora pública
E10	Usuários	20	Masculina	Transgênero	Heterossexual	Solteiro	0	Superior incomp.	Estudante
E11	Usuários	40	Masculina	Cisgênero	Homossexual	Solteiro	0	E. Médio	Instrutor auto escola
E12	Usuários	25	Masculina	Cisgênero	Bissexual	Solteiro	0	E. Médio	Garçon
E13	Usuários	28	Feminina	Transgênero	Heterossexual	Solteira	0	Superior incomp.	Redutora de danos
ENF1	Enfermeiras	42	Feminina	Cisgênero	Não declarou	Solteira	0	Superior	Enfermeira ESF
ENF2	Enfermeiras	36	Feminina	Cisgênero	Não declarou	Separada	0	Superior	Enfermeira ESF
ENF3	Enfermeiras	40	Feminina	Cisgênero	Heterossexual	União estável	2	Superior	Enfermeira ESF
ENF4	Enfermeiras	39	Feminina	Cisgênero	Heterossexual	Solteira	0	Superior	Enfermeira ESF
ENF5	Enfermeiras	48	Feminina	Cisgênero	Heterossexual	Solteira	2	Superior	Enfermeira ESF
ENF6	Enfermeiras	41	Feminina	Cisgênero	Heterossexual	Casada	2	Superior	Enfermeira ESF
ENF7	Enfermeiras	56	Feminina	Cisgênero	Heterossexual	Casada	3	Superior	Enfermeira ESF
ENF8	Enfermeiras	30	Feminina	Cisgênero	Heterossexual	União estável	3	Superior	Enfermeira ESF
ENF9	Enfermeiras	41	Feminina	Cisgênero	Heterossexual	Casada	1	Superior	Enfermeira ESF

A expressão e identidade de gênero, assim como a orientação sexual foram declaradas pela(os) participantes durante a entrevista aberta, não necessariamente utilizando o termo que é mostrado no quadro acima.

2.4.2 Coleta de dados

A produção dos dados qualitativos foi conduzida por meio da entrevista aberta e em profundidade, centrada em modos de pensar e agir, nas vivências e contextos de vida dos participantes e, no caso das enfermeiras, incluindo a vivência profissional. As entrevistas exploraram as necessidades e demandas dos usuários relativas à saúde sexual, além da abordagem que as enfermeiras e demais profissionais da APS fazem da saúde sexual dos usuários.

Para realizar as entrevistas com os usuários e as enfermeiras, considerou-se o contexto de pandemia de COVID-19, no qual se ressalta a alta transmissibilidade do vírus SARS-COV2, alta morbimortalidade, lotação dos serviços de saúde com a internação de pessoas doentes, além da falta de protocolos cientificamente determinados para tratamentos medicamentosos seguros. As medidas de isolamento social têm sido consideradas como principal forma de evitar o contágio das pessoas, somado à vacinação, que tem sido feita gradualmente conforme a disponibilidade do imunizante, o uso de máscaras, higienização de mãos com frequência e etiqueta

respiratória (AQUINO *et al.*, 2020). Dessa forma, foi necessário definir a realização das entrevistas às enfermeiras e aos usuários via videoconferência, o que foi devidamente avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Todos os gerentes dos centros de saúde que constavam na lista de possíveis usuários participantes receberam comunicação por *e-mail* sem, contudo, revelar a identidade das pessoas selecionadas. Posteriormente, para as unidades dos usuários que aceitaram participar, os gerentes foram contatados previamente à realização das entrevistas, por telefone, para que fosse acordada a realização da pesquisa com usuários da área de abrangência do serviço. Os gerentes não foram informados da identidade dos participantes. Esse contato teve o objetivo de deixá-los cientes da pesquisa, para confirmação da legitimidade do processo, caso o participante procurasse a unidade para isso. Em relação às participantes enfermeiras, quando estas optaram por realizar a entrevista durante o horário de trabalho, os gerentes dos centros de saúde foram contatados para acordar essa liberação e o melhor horário para realizar a entrevista.

Para a realização da videoconferência com cada pessoa entrevistada foi utilizada a plataforma *StreamYard*. Essa plataforma foi escolhida porque permite que a(o) participante acesse a sala de entrevista apenas clicando no link de convite, a partir de um computador ou smartphone com acesso à internet, não sendo necessário instalar nenhum aplicativo em seus equipamentos. Além do mais, a plataforma possui uma boa qualidade de áudio e vídeo e funciona bem em qualquer dispositivo eletrônico, seja computador, seja *tablet* ou *smartphone*. Para a gravação do áudio foi utilizado gravador localizado próximo ao computador.

Todas as entrevistas foram realizadas por uma das pesquisadoras, no período entre agosto e outubro de 2020. Inicialmente foi realizada uma entrevista piloto, para testar todo o processo, o roteiro de entrevista e os equipamentos. Esta entrevista foi transcrita e discutida entre as pesquisadoras para aprimorar a técnica e foi incluída, posteriormente, entre os dados da pesquisa. Foram feitos pequenos ajustes no roteiro, para possibilitar melhor captação das informações, com inclusão de perguntas de *relance*. Os equipamentos mostraram-se adequados e não foram alterados.

Em todas as entrevistas, tanto a pesquisadora quanto a(o)s participantes permaneceram todo o tempo com a câmera ligada. Ao iniciar a videoconferência a pesquisadora se apresentava, iniciava a conversa explicando os itens do termo de

consentimento e esclarecia as dúvidas dos participantes. Esse primeiro momento serviu também para que os participantes ficassem mais à vontade, concentrados e familiarizados com a plataforma e para testar o funcionamento dos equipamentos.

Embora houvesse um receio inicial das pesquisadoras de que a realização das entrevistas à distância pudesse comprometer a qualidade das mesmas, o fato de que, nesse momento histórico, por conta da pandemia de Covid-19, muitas coisas passaram a ser feitas à distância, foi fator favorável e que facilitou esse processo. Além disso, o rigor metodológico adotado e o esclarecimento sobre as questões éticas da pesquisa foram fundamentais para dar segurança às(aos) participantes para falarem de aspectos da sua intimidade nas entrevistas à distância.

Após algumas perguntas relacionadas ao perfil do participante, passava-se à pergunta principal: “Fale-me, por favor, sobre sua vida sexual. Me conta como é que você vem vivendo sua sexualidade, ao longo de sua vida até aqui”. Para enfermeiras, a pergunta foi: “Conte-me sobre como você percebe as questões da sexualidade no atendimento aos usuários da sua equipe. Fale-me, também, como você costuma lidar com isso”. Utilizou-se um roteiro com questões de relance que eram apresentadas ou pela necessidade de aprofundamento dos assuntos tratados, ou quando a pesquisadora sentia necessidade, no momento da entrevista, a fim de melhor compreensão do contexto da narrativa do entrevistado (APÊNDICE F – Roteiro de entrevista com enfermeiras e APÊNDICE E – Roteiro de entrevistas com Usuários).

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio para transcrição posterior. Esta gravação foi previamente autorizada pelos participantes. Em duas entrevistas houve uma breve interrupção por falha da internet, mas nos dois casos foi possível retomar em seguida, sem comprometer o andamento da entrevista. O tempo de entrevista variou entre 15 e 105 minutos.

A transcrição das entrevistas foi realizada pela pesquisadora, com utilização do software Maxqda 2020 Analytics Pro®. A cada um dos participantes foi atribuído um código de identificação (E1, E2,... E13, ENF1, ENF2,... ENF9) e todos os nomes de lugares ou pessoas citados durante a entrevista foram substituídos por nomes fictícios, com o objetivo de preservar o sigilo absoluto da identidade dos participantes.

2.4.3 Análise dos dados

Para alcançar a reflexão dos sujeitos participantes por meio do método de Análise do Discurso, utilizamos a Análise Estrutural da Narração (AEN), proposta por Demazière e Dubar (1997), fundamentado em Barthes *et al.* (2001). Nesse método, considera-se que tudo tem sentido na fala do sujeito e a interpretação realizada pelos pesquisadores deve contemplar esse todo. A narrativa da(o)s entrevistada(o)s ocorre em um processo de construção e reconstrução de reflexões possibilitadas pela interação entre a pesquisadora e a(o) entrevistada(o), em um processo de idas e vindas sobre os objetos do discurso. Para interpretar a fala dos sujeitos, reconstrói-se a base argumentativa da(o) entrevistada(o), buscando o seu sentido, a partir dos fatos, personagens, sentimentos, julgamentos e opiniões presentes na narrativa (DEMAZIÈRE; DUBAR, 1997).

Para apoiar a análise, foi utilizado o Software Maxqda Analytics Pro 2020, que permite a codificação dos dados, organização em categorias e subcategorias, sem que o trecho perca o vínculo com a entrevista original, tanto na transcrição como no áudio da entrevista. Esse software permite trabalhar com grande volume de informações e contribuiu para a fidedignidade entre a interpretação dos dados e o sentido que foi atribuído pelo participante, além da organização e armazenamento dos dados.

A técnica de análise dos dados produzidos pelas entrevistas individuais foi a proposta por Blanchet e Gotman (1992) para a análise do discurso. Essa técnica consiste em:

- a) Leitura vertical: busca-se entender a entrevista no aspecto mais global, verificando coerência com o objetivo do estudo;
- b) Leitura horizontal da entrevista, codificando as sequências, personagens, fatos e justificativas para os fatos, que aparecem em cada fala do participante; Organização das sequências em temas, aproximando a narrativa que, por vezes, se encontra dispersa ao longo da fala e unificando sequências de conteúdos similares em temáticas comuns; Reconstrução da narrativa em uma síntese elaborada a partir da análise realizada (QUADRO 2).

Quadro 2: Leitura Horizontal da entrevista e codificação

Etapa de análise	Exemplo com trecho de entrevista
Leitura horizontal da entrevista	<p>Pesquisadora: E tem alguma coisa, E6, que você sente assim hoje que te limite, que te impeça de viver plenamente a sua sexualidade como você gostaria?</p> <p>E6: Sim.. o meu vigor, como eu já te disse, né.. Eu gostaria de ter um pouco mais de disposição. Porque a.. não é a mesma coisa.. O tempo passa e a gente vai enfraquecendo, vamos dizer nessa.. Eu gostaria de ter um pouco mais de apetite como era quando eu era mais novo, na faixa de uns 25, 28, 30 anos. Hoje em dia não tem esse mesmo, essa mesma força, né, vamos dizer assim. (Entrevista E6, Pos. 82-88)</p>
Codificação das seqüências, personagens, fatos e justificativas para os fatos, que aparecem em cada fala do participante	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 20px;"> <p>Seqüência 5: libido e vigor reduziram com a idade</p> </div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 10px;">}</div> <div> <p>Sim.. o meu vigor, como eu já te disse, né.. Eu gostaria de ter um pouco mais de disposição. Porque a.. não é a mesma coisa.. O tempo passa e a gente vai enfraquecendo, vamos dizer nessa.. Eu gostaria de ter um pouco mais de apetite como era quando eu era mais novo, na faixa de uns 25, 28, 30 anos. Hoje em dia não tem esse mesmo, essa mesma força, né, vamos dizer assim. (Entrevista E6, Pos. 84-88)</p> <p>Personagens no trecho: P1: o próprio entrevistado Fatos e justificativas: F1S5: gostaria de ter mais vigor e disposição para o sexo. J1F1S5: Porque não é mais a mesma coisa. J2F1S5: Porque o tempo passou e foi enfraquecendo. F2S5: Gostaria de ter mais apetite sexual, como quando tinha 25/30 anos. J1F2S5: porque hoje não tem mais essa força que tinha antes.</p> </div> </div>
Organização das seqüências em temas, aproximando o discurso que por vezes se encontra disperso ao longo da narrativa e unificando seqüências de conteúdos similares em temáticas comuns	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 20px;"> <p>Tema: Vigor físico e frequência reduziram com idade</p> </div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 10px;">}</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 20px;"> <p>Seqüência 1: vigor do casal e relações sexuais reduziram com idade</p> </div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 10px;">}</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 20px;"> <p>Seqüência 5: libido e vigor reduziram com a idade</p> </div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 10px;">}</div> <div> <p>Ah.. não sei como é que eu vou te dizer, mas a idade vai chegando vai diminuindo o libido, né.. tanto do homem quanto da mulher.. A, vamos dizer assim, a quantidade de relações diminui muito com.. Você está trabalhando nessa área, eu acredito que seja uma resposta muito comum, né.. [P: hum, hum]. Porque, quase 50 anos, né.. já.. o vigor físico já reduz bastante. Tanto do meu lado como do lado da minha esposa, né, claro. (Entrevista E6, Pos. 30-35)</p> <p>E6: Sim.. o meu vigor, como eu já te disse, né.. Eu gostaria de ter um pouco mais de disposição. Porque a.. não é a mesma coisa.. O tempo passa e a gente vai enfraquecendo, vamos dizer nessa.. Eu gostaria de ter um pouco mais de apetite como era quando eu era mais novo, na faixa de uns 25, 28, 30 anos. Hoje em dia não tem esse mesmo, essa mesma força, né, vamos dizer assim. (Entrevista E6, Pos. 84-88)</p> </div> </div>
Reconstrução da narrativa em uma síntese elaborada a partir da análise realizada	<p>Quanto à sua vida sexual, E6 diz que como já está quase com 50 anos, sua libido diminuiu e o vigor físico também reduziu bastante. Aconteceu o mesmo com sua esposa. Acredita que com o avançar da idade, é comum ter redução da libido e do número de relações sexuais, mas isso o incomoda.</p>

c) Leitura transversal: análise do conjunto das entrevistas, considerando-se os agrupamentos por proximidade de conteúdo, mas também, explicitando-se divergências e convergências das reflexões, e chegando, finalmente, às categorias e subcategorias de análise empírica, correlacionadas aos objetivos do estudo. (QUADRO 3).

Quadro 3: Exemplo de categoria obtida a partir da leitura transversal

Categoria	Subcategoria	Temáticas
Necessidades e problemas dos usuários	Corpo e prazer no contexto de machismo e desigualdade de gênero	DESCOBERTA DO CORPO MARCADA POR DÚVIDAS, MEDO E SOLIDÃO
		CRENÇA RELIGIOSA LIMITA LIBERDADE SEXUAL
		A HOMOFOBIA COMO LIMITE PARA VIVÊNCIA SEXUAL
		QUANDO O CORPO É O LIMITE PARA VIVER A SEXUALIDADE
		SEXO SEM ORGASMO É REALIDADE PARA MULHERES
		A VIVÊNCIA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

d) Interpretação das categorias empíricas: discussão das categorias de representações surgidas na interpretação das entrevistas com estudos de outros autores.

2.5 Eixo quantitativo

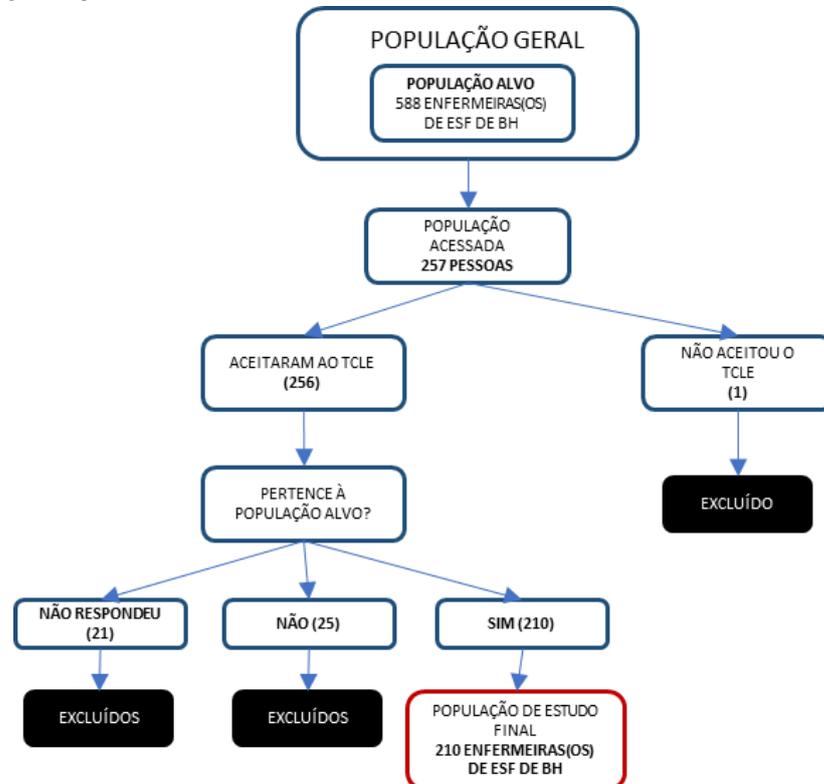
2.5.1 População

A população alvo do estudo quantitativo foram as(os) 588 enfermeiras(os) que atuavam em todas as Equipes de Saúde da Família (ESF) do município de Belo Horizonte, independentemente se efetivos ou contrato. Essas(es) profissionais estavam lotadas(os) em 152 centros de saúde, distribuídos nas nove regionais administrativas da cidade, em 2020. Foram escolhidos por desenvolverem ações diversas nos serviços da APS, que contemplam usuários de todas as faixas etárias, com atendimentos individuais e coletivos, com múltiplas oportunidades para a abordagem da saúde sexual. Entre essas ações está o acolhimento de demandas dos usuários das equipes e a coordenação do cuidado nesse nível de atenção.

A população estudada incluiu as(os) enfermeiras(os) que estavam lotadas(os) em alguma ESF do município de Belo Horizonte, que aceitaram participar do estudo e concordaram com o TCLE (APÊNDICE C). Dessa forma, a população final do estudo

quantitativo foi de 210 enfermeiras(os), que correspondeu a 35,7% da população total de enfermeiras(os) de ESF de Belo Horizonte (Figura 3).

Figura 3: Fluxograma da população final estudada, a partir das respostas obtidas em formulário on-line.



A Tabela 1 mostra a distribuição da população alvo entre as nove regionais do município de Belo Horizonte e a taxa de participação obtida em cada uma das regionais.

Tabela 1: Taxa de participação das(os) enfermeiras(os) na pesquisa, por regionais, Belo Horizonte, 2020.

Regional	Nº de Centros de saúde	Nº de Enfermeiras(os) lotadas(os)	Participantes (n=210)	
			n	Taxa de participação
Centro-Sul	12	32	13	40,63%
Leste	14	56	17	30,36%
Pampulha	14	46	19	41,30%
Norte	20	71	19	26,76%
Noroeste	16	65	21	32,31%
Venda Nova	17	85	22	25,88%
Oeste	18	64	24	37,50%
Barreiro	20	88	37	42,05%
Nordeste	21	81	38	46,91%

Fonte: Dados de lotação fornecidos pela GEAPS-PBH, 2020

2.5.1 Coleta de dados

Para a coleta dos dados quantitativos, que ocorreu entre agosto e novembro de 2020, foi utilizado questionário estruturado (APÊNDICE D), disponibilizado às(aos) enfermeiras(os) das ESF por meio de formulário on-line na plataforma *Formulários Google*. Trata-se de uma plataforma gratuita que funciona online e permite que o pesquisador crie formulários e os compartilhe via internet com outros usuários. Para a utilização da plataforma foi necessário ter uma conta no *Google*, para onde foram enviadas todas as respostas ao questionário.

Para acessar o universo de profissionais enfermeiras(os) de ESF da Prefeitura de Belo Horizonte e convidá-las(os) a participar desta etapa da pesquisa, o *link* do formulário on-line foi divulgado nos dois grupos de *WhatsApp* das enfermeiras que atuam no município, grupos organizados pelo “Movimento das Enfermeiras em Luta”, com prévia autorização dos administradores dos grupos. Tais grupos abarcavam, na ocasião da realização da pesquisa, um total de 423 enfermeiras(os), entre enfermeiras(os) de ESF e enfermeiras(os) de apoio (Grupo 1 com 255 participantes e Grupo 2 com 168 participantes). Tais grupos foram escolhidos por possibilitar acesso mais rápido às(aos) enfermeiras(os), facilitando a participação delas(es) na pesquisa. Além de mandar o link nos grupos, ele também foi encaminhado no serviço de mensagem privado de cada componente dos grupos, solicitando-os que enviassem, ainda, aos colegas da unidade que, porventura, não fizessem parte dos grupos. O *link* para o questionário também foi encaminhado para o *e-mail* institucional de todos os centros de saúde de Belo Horizonte, fornecidos pelos coordenadores dos Núcleos de Educação Permanente das regionais administrativas do município. Nas mensagens por e-mail foi solicitado aos gerentes dos centros de saúde a gentileza de repassarem à todas(os) as(os) enfermeiras(os) de PSF da unidade, em acordo com a coordenação da atenção primária da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), conforme consta da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética.

Na tentativa de alcançar as(os) 588 enfermeiras(os), os convites foram enviados nos grupos de *WhatsApp* cinco vezes, com intervalo de aproximadamente 10 dias entre eles. Nos e-mails dos centros de saúde foram enviadas três chamadas para convite às(aos) enfermeiras(os) das unidades, uma em cada mês da coleta de dados. Dessa forma, foi possível ampla distribuição entre as(os) enfermeiras(os) de

ESF do município de Belo Horizonte, de todas as regionais, e cada um(a) das(os) profissionais teve livre escolha para participar ou não da pesquisa.

Para evitar duplicidade de resposta por um mesma(o) enfermeira(o), foi descrito na abertura do formulário (APÊNDICE D) que este deveria ser respondido uma única vez individualmente e, em todas as comunicações por e-mail ou *WhatsApp*, foi reforçada essa informação. O formulário ficou aberto para respostas no período de 06/08/2020 e 24/11/2020.

O questionário estruturado aplicado foi composto por um total de 15 questões (APÊNDICE D). A pesquisa virtual se iniciou pela apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), contendo todas as informações referentes à pesquisa e ao tempo necessário, de aproximadamente dez minutos, para responder ao questionário. Após a leitura do TCLE, a Questão 1, com resposta Sim/Não e de caráter obrigatório, tratava do consentimento em participar da pesquisa. Caso a resposta fosse Sim, o participante tinha acesso ao restante do questionário. Caso a resposta fosse não, o formulário encerrava nessa questão. Esse foi o caso de somente um dos profissionais que acessou e não participou da pesquisa. Para evitar que pessoas que não fossem enfermeiras(os) de ESF do município de Belo Horizonte respondessem à pesquisa, foi inserida a Questão 2, de resposta obrigatória, onde a pessoa informava se era enfermeir(a)o de ESF, atualmente, em Belo Horizonte. Caso a resposta fosse não, o formulário se encerrava nessa questão. Esse foi o caso de 25 das(os) respondentes.

As questões de 3 a 9, de resposta opcional, trataram da caracterização sociodemográfica das(os) participantes e sua formação profissional. As questões de 10 a 15, de resposta opcional, trataram da abordagem da saúde sexual dos pacientes atendidos por elas(es).

Nenhuma questão temática foi obrigatória (ou seja, não era um pré-requisito para dar continuidade ao preenchimento do formulário). Houve perda de dados referente a não resposta para as perguntas 5 (n=1), 8 (n=1), 12 (n=3), 13 (n=1) e 14 (n=1). Todas as perdas foram contabilizadas nos cálculos.

Pela plataforma *Google* foram organizados os dados coletados, automaticamente, numa planilha *Excel*. Nessa tabela, arquivada na íntegra, estão disponíveis todos os dados de resposta de cada participante, contendo data e hora em que foi respondido, e permitindo ver cada questão separadamente, numa coluna distinta.

O questionário passou por um teste com enfermeiras(os) da rede, com o intuito de verificar a clareza e objetividade das questões, a facilidade de acesso ao formulário on-line, o tempo de resposta e o funcionamento do formulário para armazenamento das respostas. Com isso, foi possível garantir a qualidade do instrumento a fim de atingir o objetivo esperado.

O teste foi realizado com 10 enfermeiras(os) escolhidas(os) por sorteio nos dois grupos de *WhatsApp* das enfermeiras da APS do município de Belo Horizonte (Grupo 1 com 255 participantes e Grupo 2 com 168 participantes). Iniciou-se no dia 28/07/2020, com o sorteio das(os) enfermeiras(os). Foram sorteados cinco enfermeiras em cada grupo, através do site: Sortear.net - primeiro sorteio de 1 a 255 (<https://www.sortear.net/sorteio/06bc6cec91>); segundo sorteio de 1 a 168 (<http://www.sortear.net/sorteio/fc84f97208>). A seleção das enfermeiras foi pelos números sorteados, na ordem sequencial em que apareciam em “Dados do grupo”. Foi realizado, então, o convite às enfermeiras para o teste por meio do *WhatsApp*. Foram obtidas cinco avaliações rapidamente. Houve três profissionais sorteadas que recusaram o convite e duas pessoas não o responderam. Como não foi atingido o número de 10 avaliações no teste, foi realizado novo sorteio, dia 3/08/2020, de cinco novas(os) enfermeiras(os) para fazer avaliação do formulário. Dessa vez optou-se por sortear apenas no Grupo 1, de 1 a 255 (<https://www.sortear.net/sorteio/b590bf36aa>), pois nesse grupo encontravam-se quatro dos cinco contatos que não responderam (ou recusaram) na primeira tentativa. As(os) cinco enfermeiras(os) sorteadas(os) fizeram a avaliação. As conversas foram realizadas pelo *WhatsApp* e fotografadas para serem arquivadas.

As dez avaliações ao formulário foram positivas, destacando a objetividade do formulário e facilidade em respondê-lo. Houve apenas uma sugestão de alteração de layout em uma das perguntas, para melhorar a compreensão, o que foi acatado. Concluiu-se, assim, o teste piloto do questionário estruturado e passou-se à divulgação do mesmo entre as(os) enfermeiras(os) das ESF de Belo Horizonte. As respostas dos testes foram incluídas nos dados da pesquisa e os avaliadores foram avisados disso para não acessarem novamente o formulário de pesquisa. O APÊNDICE D mostra o questionário em versão final e na íntegra.

2.5.3 Variáveis de estudo

Para identificar a abordagem da saúde sexual nos atendimentos das(os) enfermeiras(os), foram inseridas variáveis relacionadas à frequência dessa abordagem nos atendimentos e à percepção da(o) enfermeira(o) sobre a demanda relacionada à saúde sexual. Para verificar a qualificação profissional das(os) participantes, as variáveis consideradas foram o tempo de conclusão da graduação em enfermagem, o tempo de experiência na APS e a realização de formação específica em sexualidade. Para verificar a opinião das(os) participantes sobre possíveis potencializadores para a abordagem da saúde sexual, foi inserida uma variável com esse conteúdo.

Quadro 4: Variáveis para abordagem, percepção sobre demanda e qualificação profissional

Domínio	Variável	Nº da questão	Pergunta	Unidade/Categoria
Abordagem da saúde sexual	Abordagem da saúde sexual	Questão 10	Você aborda questões relativas à saúde sexual dos pacientes que você atende no Centro de Saúde?	1-Sim 2-Não
	Frequência de abordagem da saúde sexual	Questão 11	Se sim, com qual frequência você aborda a saúde sexual nos seus atendimentos a usuários no centro de saúde?	1-Nunca 2-Poucas vezes 3-Metade das vezes 4-Muitas vezes 5-Sempre
Percepção sobre a demanda em saúde sexual	Percepção da necessidade de abordar a saúde sexual	Questão 12	Você costuma sentir a necessidade de abordar a saúde sexual dos pacientes atendidos por você no Centro de Saúde?	1-Nunca 2-Poucas vezes 3-Metade das vezes 4-Muitas vezes 5-Sempre
	Percepção sobre público atendido com necessidade de abordagem da saúde sexual	Questão 13	Qual público, na sua opinião, possui demandas de saúde sexual que deveriam ser abordadas por enfermeiras(as) nos centros de saúde?	1-Crianças / 2-Adolescentes 3-Adultos / 4-Idosos 5-Gestantes 6-Parceiro de gestantes 7-Portadores de doenças crônicas 8-Heterossexuais 9- População LGBT 10-Profissionais do sexo 11-Pessoas com IST 12-Parceiros de pessoas infectadas por IST 13-Todas as respostas anteriores 13-Outros
	Frequência de apresentação de demanda em saúde sexual por parte dos usuários	Questão 14	Com qual frequência, em seus atendimentos, os usuários tomam a iniciativa de apresentar uma demanda relacionada à saúde sexual?	1-Nunca 2-Poucas vezes 3-Metade das vezes 4-Muitas vezes 5-Sempre
Qualificação profissional	Tempo de formação em Enfermagem	Questão 7	Há quanto tempo você concluiu a graduação em enfermagem?	1-Há menos de 1 ano 2-Entre 1 e 5 anos 3-Entre 5 e 10 anos 4-Acima de 10 anos
	Tempo de experiência na APS	Questão 8	Há quanto tempo você trabalha como enfermeira(o) na Atenção Primária?	1-Há menos de 1 ano 2-Entre 1 e 5 anos 3-Entre 5 e 10 anos 4-Acima de 10 anos
	Formação específica em sexualidade	Questão 9	Você possui alguma formação complementar em sexualidade?	1-Sim 2-Não
Possíveis potencializadores para a abordagem	Percepção sobre os fatores que poderiam potencializar a abordagem dos enfermeiros	Questão 15	Na sua opinião, quais fatores poderiam potencializar a abordagem da sexualidade nas práticas de cuidados dos enfermeiros?	1-Perfil individual do profissional 2-Formação acadêmica (graduação) 3-Formação complementar /Conhecimento específico sobre o assunto 4-Protocolos assistenciais 5-Todas as respostas anteriores.

Para a caracterização da amostra estudada, foram utilizadas variáveis sociodemográficas relacionadas à localização do centro de saúde de lotação do participante na cidade, sexo, idade e prática religiosa.

QUADRO 5: Variáveis sociodemográficas para a pesquisa sobre abordagem de Saúde Sexual por enfermeiros da atenção primária à saúde do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2020.

Domínio	Variável	Nº da questão	Pergunta	Unidade/Categoria
Sociodemográficas	Regional de lotação	Questão 3	O Centro de Saúde em que você atua está situado em qual regional?	1-Norte / 2-Nordeste / 3-Noroeste 4-Centro-sul / 5-Pampulha 6-Venda Nova / 7-Oeste 8-Leste / 9-Barreiro
	Sexo	Questão 4	Sexo (Escolha uma das opções abaixo)	1-Feminino 2-Masculino 3-Mulher trans 4-Homem trans
	Faixa etária	Questão 5	Idade (Escolha a faixa em que está a sua idade)	1-Entre 21 e 30 anos 2-Entre 31 e 40 anos 3-Entre 41 e 50 anos 4-Entre 51 e 60 anos 5-Acima de 60 anos
	Prática religiosa	Questão 6	Você é praticante de alguma religião?	1-Sim 2-Não

2.5.4 Análise dos dados

Os dados coletados foram tabulados com o auxílio do Excel (Microsoft 365, versão 2010).

As características sociodemográficas e de formação acadêmica dos participantes foram descritas por meio do cálculo de frequências absolutas e relativas. Foram calculadas frequências absolutas e relativas também para as variáveis que acessam a abordagem das(os) enfermeiras(os), incluindo a população alvo e potencializadores futuros.

Foi feita a comparação entre a frequência de abordagem das(os) enfermeiras(os) com a necessidade de abordagem sentida por eles e a expressão das demandas relativas à saúde sexual pelos usuários. Nesta etapa, além das frequências absolutas e relativas, utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 5% para a avaliação da diferença das proporções.

Para as análises dos dados quantitativos utilizou-se o software estatístico Stata versão 14.0.

2.6 Aspectos Éticos

A pesquisa foi realizada de acordo com os preceitos e normas das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 e teve aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da UFMG (CAAE: 30128620.0.0000.5149, Número do Parecer: 4.134.174) e da Prefeitura de Belo Horizonte (CAAE: 30128620.0.3001.5140, Número do Parecer: 4.175.898).

Todos os participantes envolvidos no estudo foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e manifestaram sua concordância ao TCLE (APÊNDICES A, B e C). Na etapa quantitativa, a manifestação da concordância ao TCLE foi exigida para acessar o formulário de pesquisa. Na etapa qualitativa, todos os participantes receberam o TCLE em seu *e-mail* pessoal e a manifestação de concordância se deu através de resposta ao *e-mail*, onde o participante informava seus dados pessoais e documentais e afirmava estar de acordo com o termo. Tais registros foram impressos e encontram-se junto aos arquivos da pesquisa. No início da entrevista os principais pontos do TCLE foram reforçados e caso houvesse dúvidas elas eram esclarecidas.

Todos foram esclarecidos sobre o caráter voluntário de sua participação na pesquisa e sobre a liberdade de desistir a qualquer momento, sem que isso resultasse em qualquer prejuízo ao seu atendimento nos serviços de saúde. Considerando a possibilidade de haver constrangimentos relacionados ao assunto da pesquisa, os participantes foram informados da sua liberdade para contar o que quisessem e que, caso se sentissem constrangidos com alguma pergunta, poderiam deixar de respondê-la.

Foi garantido aos participantes o anonimato, tanto na coleta como no tratamento e divulgação dos dados, além de encaminhamentos que se fizessem necessários, caso apresentassem alguma demanda de saúde.

Ao assinarem o termo, os participantes, dentre outras coisas, assumiram o compromisso de manter sigilo dos dados apresentados até que a pesquisa fosse divulgada.

Ressalta-se que as pesquisadoras se comprometeram a armazenar os arquivos gerados com as entrevistas de forma segura, não utilizando nuvens para esse armazenamento, em computador de acesso restrito, que pode ser acessado somente pelas pesquisadoras, como apresentado nos TCLEs.

Previamente à entrevista por videoconferência, foi acordado com os participantes que ficassem em local que garantisse sua privacidade e sigilo das informações. A pesquisadora também fez as entrevistas em local apropriado, sem a presença de outras pessoas, garantindo assim o sigilo e a privacidade necessários para a coleta de dados por meio das entrevistas.

Na perspectiva ética da garantia da qualidade e fidedignidade do estudo, cuidados metodológicos foram tomados:

A) Triangulação de dados, constituída a partir de fontes de dados diversas, sobre necessidades e problemas relativos à vida sexual, no contexto da APS (usuários e enfermeiras), e aos meios de abordagem da sexualidade e saúde sexual pelas enfermeiras da APS.

B) Revisão/aprovação dos conteúdos transcritos pelos participantes do estudo qualitativo. Todos os participantes receberam uma cópia da transcrição de suas entrevistas, por e-mail, em um arquivo criptografado com senha, cuja senha de acesso foi enviada pelo *Whatsapp*. Todos tiveram oportunidade de se manifestar sobre o conteúdo, se condizia com o que foi dito e se estava de acordo com a utilização. Entre os 22 entrevistados, 19 responderam aprovando todo o conteúdo transcrito sem nenhuma discordância ou solicitação de corte. Os demais, embora tenham recebido o conteúdo e tenham sido lembrados por três vezes sobre a importância de o responderem, não emitiram nenhum parecer.

C) Garantia da amostragem diversificada; com clareza dos critérios de inclusão/exclusão e saturação dos dados em relação à temática indutiva. Nesse aspecto, foi de grande importância a realização da pré-análise das entrevistas, que possibilitou a compreensão da insuficiência da metodologia de captação dos participantes usuários, possibilitando adequação durante a pesquisa, sem prejuízo dos resultados.

3 RESULTADOS

3.1 Resultados qualitativos

A análise estrutural das narrativas produzidas nas entrevistas com usuários e enfermeiras permitiu definir duas categorias:

- 1) Necessidades e problemas dos usuários;
- 2) Abordagem da saúde sexual no contexto da Atenção Primária à Saúde;

Para cada categoria, foram identificadas subcategorias por proximidade de sentido dos assuntos presentes nas narrativas dos participantes.

3.1.1 Necessidades e problemas dos usuários

O Quadro 6 sintetiza a categoria “Necessidades e problemas dos usuários”, assim como as subcategorias identificadas e o conteúdo extraído da narrativa dos participantes organizado de forma a mostrar o que é comum entre usuários e enfermeiras e o que é próprio de cada grupo de participantes. Quando o conteúdo está mesclado nas duas colunas significa que apareceu de forma semelhante no discurso de usuários e enfermeiras.

QUADRO 6: Categoria “Necessidades e problemas dos usuários”

Necessidades e problemas dos usuários	Corpo e prazer no contexto de machismo e desigualdade de gênero	Em relação às mulheres: Baixa libido e dificuldade para chegar ao orgasmo; Vivência sexual limitada pela crença religiosa e Sexo como obrigação. Em relação a todos os públicos: Vivência de violência sexual que atinge a sexualidade	
		Usuários	Enfermeiras
		São limites impostos pelo corpo: peso indesejado (para homens e mulheres); corpo não expressa a identidade de gênero; o envelhecimento que ocasiona perda de vigor físico (para homens e mulheres).	Limites impostos pelo corpo: disfunção erétil resultante das doenças crônicas nos homens.
		Sobrecarga de tarefas interfere na sexualidade das mulheres	
		Na adolescência, a descoberta do corpo é marcada por dúvidas, medo e solidão.	Na adolescência, o principal problema é o início da vida sexual precoce e o risco de IST e gravidez relacionado a isso.
		A homofobia como limite para vivência da sexualidade	
	A relação entre saúde sexual e saúde mental	Usuários	Enfermeiras
			A dimensão psicológica é parte da saúde sexual. Algumas mulheres com disfunção sexual demandam encaminhamento para psicologia.
		Ansiedade, depressão, compulsividade sexual e uso de drogas decorrentes das dificuldades e carências ligadas à vivência da sexualidade.	
		Depressão e baixa autoestima reduzindo libido, medicações para tratamento de sofrimentos mentais que interferem na resposta sexual.	
	Intimidade silenciada pelo Tabu em torno da sexualidade	Inibição dos usuários para falar da sexualidade, pelo Tabu, pelo medo de se expor ou por achar que não é questão para conversar no serviço de saúde	
		Usuários	Enfermeiras
		Homens não admitem que têm problemas de saúde sexual, pela pressão do contexto machista.	Raramente os usuários expressam demandas em saúde sexual
	Fases em que a saúde sexual não é vista como prioridade	Usuários	Enfermeiras
		Chegada dos filhos e a pandemia implicaram em alterações na vida sexual. Situações onde o relacionamento conjugal é priorizado em detrimento do prazer sexual.	

As necessidades e os problemas relacionados à saúde sexual dos usuários, que foram detectados na análise, constituem demandas que não necessariamente são consideradas na abordagem durante os atendimentos das enfermeiras e demais profissionais dos serviços de APS. Observa-se, no Quadro 6, discrepâncias entre as narrativas dos usuários e das enfermeiras.

3.1.1.1 Corpo e prazer no contexto de machismo e desigualdade de gênero

A relação que os usuários estabelecem com seu corpo, os relacionamentos afetivo-sexuais e a vivência (ou não) do prazer estão fortemente marcados por aspectos culturais. O contexto de vida, a ser considerado nas ações da APS, que ficou evidenciado pelas narrativas dos usuários e das enfermeiras, mostrou-se permeado pelo machismo e desigualdades de gênero, porém expressos em problemas físicos, quase sempre.

Um dos temas tratados nas narrativas foi a descoberta do corpo marcada por dúvidas, medo e solidão. Nessa fase de descoberta, a vivência das primeiras experiências sexuais, que geralmente ocorre na adolescência, mostrou ser motivo de medo, solidão e muitas dúvidas sem resposta.

Para os homens cisgênero e heterossexuais, essa fase mostrou ser mais leve que para os demais. Embora também marcada pela falta das orientações dos pais, os amigos são referência para os homens, que identificam essa fase como natural.

E6: (Homem, cis, heterossexual) “a gente sentia atração pelas meninas, um amigo falava dos relacionamentos dele com as amigas dele, né, com as meninas amigas dele e eu falava dos meus com ele e foi assim... não teve assim uma coisa de eu ficar pensando exclusivamente naquele ponto, entendeu? Se como que é para mim questão de sexualidade, não teve, eu pelo menos não me lembro disso. Para mim foi uma coisa muito natural, entendeu... eu não passei uma fase... Olha como que eu estou hoje... Né... já tem cabelo lá embaixo, vamos dizer assim entendeu (risos). Eu não parei para pensar nisso não.

E7: (Homem, cis, heterossexual) “Ah... eu... para falar a verdade eu era bem jovem, né... devia ter uns 14, 15 anos mais ou menos... mas eu não tive muita orientação não... Mas é a questão de... de amizade mesmo. Eu ia fazendo o que os outros meninos iam fazendo, mas em casa mesmo eu nunca tive muita orientação sobre isso não. Era até uma coisa mais fechada, assim. Entendeu? Não se falava muito em casa... Então eu aprendi na rua mesmo, vamos dizer assim, né.”

Sobre as mulheres, explicitou-se que os aprendizados não ocorrem naturalmente, uma vez que a sociedade mantém a sexualidade feminina num lugar de não dito, de segredo disfarçado de intimidade absoluta e sem abordagens claras.

E3: (Mulher, cis, homossexual) “Então, eu até falo assim que quando a gente é criança a gente tem aqueles negócios igual fala assim, com o filho homem: Ah, meu filho quando crescer vai namorar todas as meninas, e aquelas coisas. Já com mulher não tem muito isso... mulher já é um assunto meio delicado, tipo: Nossa! Tá namorando? Vai levar namorado pra casa? Então eu acho que, assim, na nossa visão como mulher não é uma coisa que a gente descobre assim no ambiente, na sociedade, é uma coisa muito pessoal, muito íntima mesmo.”

Para as pessoas transgênero ou para as que têm orientação sexual que foge do padrão heteronormativo, essa fase representa um sofrimento ainda mais acentuado, a solidão pesa e a violência deixa marcas para toda a vida.

Olha, eu aprendi muito na marra, sabe? No peito, ali, chorando muito, apanhando, é... e como eu te disse, eu quando eu tinha meus... ah, eu vim para Belo Horizonte eu estava com meus 10 anos. Então, assim, a minha relação com as crianças da minha rua era muito assim... muitas vezes eu fui chamada de Mariquinha porque eu não queria brincar brincadeiras dos meninos. Eu queria brincar brincadeiras das meninas. E aí eu comecei a perceber que eu não era igual os meninos, né? Mas é... eu não era igual os meninos mas também não era igual à minha família, meus amigos, qualquer outra pessoa... que eu pudesse me colocar não. Eu era diferente (...) a gente não tinha com quem conversar, não tinha com quem falar, não tinha o que fazer... e a vida foi atropelando daquele jeito (E9, Mulher, trans, homossexual).

Quando eu era mais novo, igual eu comentei, na escola eu achava os rapazes mais bonitos, mais interessantes. E eu tentei ficar com mulher, tentei ficar com uma prima minha em festa, né, de família e tudo... mas não ficar sexualmente, para poder dar beijo, abraço, para despistar para a família. Com medo da repressão, do quê que iriam falar, do quê que iriam dizer e tudo... Mas eu percebi que não era aquilo que eu queria (E11, Homem, cis, homossexual).

No começo é bem tenso mesmo, né, porque é um turbilhão de ideais, questões sem respostas, né? E não tem onde procurar para ter respostas. Eu acho que hoje em dia está um pouco mais tranquilo isso porque está mais falado, está mais vivido isso, né? Para mim, na época foi... foi mais doloroso mesmo, sabe? (E13, Mulher, trans, heterossexual).

Para as participantes enfermeiras, os problemas e necessidades voltadas para a adolescência estão relacionados à iniciação da vida sexual precocemente e o risco que isso representa para saúde, tanto o risco de contrair IST como o risco da gravidez.

E em relação aos adolescentes a gente tem muitas... a questão da vida sexual precoce, eu coloco precoce, na questão das adolescentes, eu coloco para elas sobre isso também... Quais os ganhos e quais as perdas de iniciar uma questão... uma vida sexual ativa, as consequências de se iniciar uma questão, na vida sexual ativa precoce, sobre os riscos até de procedimentos que a gente iniciaria numa idade mais tarde, sobre os riscos que ela tem enquanto DST, enquanto gravidez na adolescência... Falo também sobre a questão... até o tanto que elas conhecem o seu corpo, conhecem a sua genitália, conhecem as questões erógenas do corpo para

estar iniciando essa questão da sexualidade.” “Então, geralmente, quando eu estou com uma adolescente eu falo sobre como é bom a gente não pular as etapas, né... viver a infância, viver a juventude, tem muita coisa bacana para se fazer... para depois vivenciar esse... essa questão do sexo, da sexualidade com mais maturidade, com mais autonomia (ENF5).

São dois extremos e eu acho que isso acaba se juntando porque a velha guarda, que eu falo, são os pais, os avós, não conversaram isso com a nova galerinha, a nova geração e eu acho que está levando a isso a essa sexualidade livre, mas muito sem... “ah essa malícia de o quê que tem de doença, o quê que pode causar para mim” (ENF2).

Outro tema presente nas narrativas é o da_crença religiosa, que aparece como aspecto limitante para a liberdade sexual, gerando culpa relacionada ao sexo antes do casamento ou preocupações com a licitude de posições diferentes da tradicional penetração pênis-vagina e com a orientação sexual diferente do padrão heteronormativo.

Como eu sou cristã, tem esse lado religioso, né... que, na bíblia do cristianismo condena, né... então, antes do... antes do casamento. Então, acho que é a única coisa assim, que me deixa um pouco triste comigo mesma é a prática (sexual) nesse sentido religioso, sabe? Então, acho que é a única coisa assim que me deixa um pouco meio pensativa e incomodada (E5, mulher, cis, heterossexual).

Eu ia para a igreja. e então, quando eu chegava lá na igreja, no culto, o pastor já falava: "Ah, veado vai para o inferno". Não sei o quê, não sei o quê, não sei o quê. Aí, nisso, como eu já estava desenvolvendo ansiedade isso aí já me deixava louco... (E12, homem, cis, bissexual).

Eu costumo ver que, às vezes, na questão feminina, né, elas são muito é... presas a questões, às questões ainda, religiosas, à questão do tabu em relação às formas diferentes de se... da questão de... as formas diferentes, né, de sexo, né? Repressão mesmo. Às vezes a gente... teve uma que perguntou para mim se era pecado o sexo anal, né? (ENF5).

No contexto de desigualdade de gênero, a dificuldade na vivência do prazer sexual para atingir o orgasmo aparece como um problema para as mulheres. Esse tema é relatado nas narrativas tanto pelas participantes como pelas enfermeiras da APS.

Nunca cheguei ao orgasmo. Mas, todas as vezes que eu tenho (relação sexual), nesses momentos eu sinto desejo sim (E5, mulher, cis, heterossexual).

No início num era muito prazeroso não, era uma coisa assim, que no caso eu... fazia sexo por fazer, entendeu? Num era... não sentia prazer na relação. E... eu vim saber mesmo o que era prazer numa relação quando eu conheci o meu marido. (E2, mulher, cis, heterossexual).

Tem mulheres que têm muito problema com relação a orgasmo (ENF8).

O problema foi vinculado ao relacionamento interpessoal das mulheres heterossexuais com os homens, marcando a influência do contexto machista na vivência do prazer feminino.

Agora, eu vejo, uma coisa que eu vejo, quando são heterossexuais, a mulher ela tem essa barreira em relação ao homem de se expressar, de colocar para ele exatamente o sentimento dela, como que é que ela está naquele momento. Às vezes, ela acha melhor fingir do que expressar (ENF7).

Eu senti essa coisa diferente, sabe. Era uma coisa assim que me levava... a boca ficava seca, o corpo tremia, sabe... aquela coisa que eu não conseguia explicar, mas aí no dia ele pegou, ele me falou assim: nossa, que coisa horrorosa, então, ali eu já fiquei meio retraída, porque ele falou assim que eu estava molhando ele todo. Aí, eu nunca mais, eu peguei e nunca mais eu quis chegar a esse ponto, entendeu? (E2, mulher, cis, heterossexual).

O mesmo contexto machista que dificulta o acesso das mulheres ao prazer sexual pressupõe o sexo como uma obrigação para as mulheres casadas. Dessa forma, compreende-se a apropriação do corpo da mulher como objeto de prazer do outro.

Que ela já não quer mais ter relação sexual com o marido, mas está ali na casa, aquela submissão, a igreja que impõe, a sociedade que impõe (ENF1).

Mulheres acima de 50 anos falando sobre sexo como sendo uma situação de... mais de obrigação do que de prazer (ENF2).

Os achados evidenciam situações, relatadas por usuários e pelas enfermeiras, em que a relação estabelecida com o próprio corpo aparece como um limite para a vivência da sexualidade. Nesse contexto, os limites relacionados ao corpo apareceram em três aspectos: aparência, funcionalidade e caracteres sexuais.

Quanto à aparência do corpo, o peso corporal diferente do desejado foi o principal problema para os usuários. Esse peso incomoda porque ele está fora do padrão socialmente aceito.

Muitas mulheres não se sentem à vontade com o próprio corpo... e eu era uma pessoa que tinha um certo complexo com isso, sabe? Porque, é... no ambiente escolar isso afeta muito porque tem muitos comentários, né, em questão de peso, em questão de... dessas coisas mesmo. (E3, mulher, cis, homossexual).

Um homem se apaixona por uma mulher mais velha, se apaixona por uma mulher mais gordinha, né... A mulher, ela se apaixona por um cara mais velho, né... mais gordinho, e tal, por sentimento, questão de sentimento, de tratar bem, e tudo. E o mundo gay não, ele exige mais, ele é mais exigente, né? Então eu me sinto hoje um pouco fora... um peixe fora d'água... nos dias atuais... Por eu ser gordinho eu não fui tão além dos meus limites. Tipo assim, eu tenho vergonha. No ato sexual eu tenho

vergonha, da barriga, essas coisas assim. Mas não... nada demais, nada demais. Só isso mesmo (E11, homem, cis, homossexual).

Quanto à funcionalidade do corpo, foram mencionados problemas relacionados ao envelhecimento, tanto no aspecto da redução do vigor físico, como no aspecto das doenças crônicas que interferem na potência sexual. A preocupação com a potência sexual apareceu como um problema ligado aos homens.

O meu vigor, como eu já te disse, né? Eu gostaria de ter um pouco mais de disposição. Porque, ah... não é a mesma coisa... O tempo passa e a gente vai enfraquecendo, vamos dizer nessa... Eu gostaria de ter um pouco mais de apetite como era quando eu era mais novo, na faixa de uns 25, 28, 30 anos. Hoje em dia não tem esse mesmo, essa mesma força, né, vamos dizer assim... porque, quase 50 anos já,... o vigor físico já reduz bastante. Tanto do meu lado como do lado da minha esposa, claro! (E6, homem, cis, heterossexual).

Oh, uma coisa que às vezes, também acontece com a gente. É a questão, às vezes, do homem. Às vezes, em vários atendimentos que eu já fiz, o homem tem uma questão que é muito preocupante para ele, a questão da potência dele, né? Da sexualidade, de dar conta, vamos dizer assim, né, do que eles colocam (ENF7).

Principalmente o paciente, às vezes crônico, diabético. Às vezes, ele demanda muito essa questão da... parte de não conseguir ter uma vida sexual, né? Por causa da questão da doença, principalmente diabetes (ENF9).

Os caracteres sexuais aparecem como um problema para o corpo das pessoas transgênero. Isso porque elas se identificam com gênero diferente do que é historicamente atribuído ao seu sexo de nascimento, o que interfere nas suas relações interpessoais e, conseqüentemente, na sexualidade.

Eu já nasci menina, mas essa coisa da sociedade que te coloca ali que você... você é o que tem no meio das pernas, tipo assim... E para mim é uma sensação até boa, mas ela... vou falar a verdade com você... de uma certa forma é... eu às vezes não quero pensar nisso, ficar pensando muito nisso não, mas eu tenho um pouco de... de... é... eu não sei qual é a palavra certa que a gente usa, quando... a gente olha para uma parte do corpo da gente e, sabe? Olha para ela e fala assim... não sei o quê que isso está fazendo aí... A gente usa mas não sabe por que que ela está lá... sabe? (E9, mulher, trans, homossexual).

Por estar no início, assim, da transição, eu acho que tem muita coisa ainda no meu corpo que me incomoda. É... eu acho que depois que começar a aprofundar mais a transição talvez eu fique melhor, mas até lá eu ainda não tenho muita segurança de ter alguma relação, assim. Ainda não estou bem com o meu corpo para ter um outro corpo envolvido, digamos assim (E10, homem, trans, heterossexual).

A homofobia está presente nas narrativas como um tema que torna-se um limitante para a vivência da sexualidade. Nesse caso, o indivíduo pode ser a vítima do preconceito alheio como do seu próprio preconceito.

Eu tinha um preconceito horroroso. Eu odiava gay, eu odiava afeminado, mesmo eu sendo um, pelo fato de eu sofrer preconceito. Eu não queria andar com pessoas assim porque eu ia me sentir mais exposto do que eu estava sendo, mesmo eu sendo uma pessoa discreta, entendeu? Então, assim, eu tinha um preconceito horroroso. Minha cabeça era muito fechada. E isso é muito comum hoje em dia no mundo gay. “E tem alguma coisa que você percebe que te limite, ou que te impeça de viver plenamente a sua sexualidade?” Uma coisa que, eu acho que... em geral é o preconceito e o bullying, né? Eu acho que, independentemente se a pessoa está no ensino médio ou não, quando uma pessoa ela é gay ela é sempre aberta a receber preconceito. E quando não é preconceito é o bullying, que é uma zoação permitida, vamos dizer assim. Lá no serviço mesmo, às vezes, rolam umas piadinhas sem graça e tal, mas aqui já está trabalhado. (E12, homem, cis, bissexual).

A vivência da violência sexual é citada como problema que interfere na saúde sexual das pessoas, deixando traumas, alterando o comportamento quanto aos relacionamentos e reforçando prioridades. Na APS, esse problema está presente nos ciclos de vida desde a infância, exigindo abordagem multiprofissional.

Porque a minha filha... ela tinha 6 anos de idade e ela... ela foi abusada ... Não, não chegou a ser totalmente um abuso, um estupro confirmado, mas teve toques, né, então foi um... é... eu tive muito constrangimento com isso. Então, hoje eu penso, eu sempre falo para as mães hoje que tem moças, que tem meninas, que tomem cuidado porque vizinhos são perigosos, família. Eu não casei de novo por conta disso, porque eu tinha medo de colocar uma pessoa dentro de casa e fazer alguma coisa com a minha filha. (E2, mulher, cis, heterossexual).

...Quando eu tinha 10 anos. Eu era abusado sexualmente pelo meu primo. Então, foi o primeiro contato sexual que eu tive e isso me despertou os primeiros interesses em relação à figura masculina, ao corpo masculino, ao jeito masculino, né? (E12, homem, cis, bissexual).

E essa questão da sexualidade, desde a infância a gente tem contato, né, com os problemas de abuso infantil. Já tivemos alguns casos aqui na unidade em que tivemos que intervir, né, a equipe teve que intervir, tivemos que notificar... e ainda de queixas várias, de marido que é violento, às vezes, na hora do ato sexual, e a gente tenta abordar isso junto com a equipe (ENF8).

3.1.1.2 Intimidade silenciada pelo tabu em torno da sexualidade

O tabu se configura como algo que silencia a intimidade e interfere na sexualidade.

O termo tabu foi citado muitas vezes pelos participantes desse estudo e, na maioria delas, foi utilizado para justificar a dificuldade ou inibição para falar sobre sexualidade. O tabu como uma interdição absoluta não aparece nas narrativas de usuários e enfermeiras, mas como a interdição de se falar sobre sexualidade, de forma natural e confortável. Os tabus sobre sexualidade interferem na saúde sexual, na medida em que dificultam a busca por ajuda em relação aos problemas, reduz as

chances do profissional tomar a iniciativa de abordar o assunto e gera constrangimentos, mantendo a intimidade silenciada.

É um tabu, né, a gente não está preparado muito pra falar sobre isso. (mas) eu achei legal porque é um tema que você não vê falando, não vê ninguém falando e é igual eu te falei, tinha que ter uma área, alguma coisa disso, né, alguém pra ir nas casas, ou na hora que for numa consulta médica, igual tem o clínico geral, ter esse atendimento, pra quebrar esses tabus. E... pra se falar mais ou então alguma coisa ensinando aos pais mesmo a falar porque não falam, né? (E1, mulher, cis, heterossexual).

É... as minhas filhas nunca foram de falar muito disso assim não. É... Elas falam assim que isso não é assunto de falar com mãe (E4, mulher, cis, heterossexual)."

O medo da exposição da vida íntima aparece como uma preocupação para alguns usuários. Para os homens, esse medo da exposição explicitou-se com mais peso, limitando as possibilidades de se abrir sobre sua intimidade, mesmo entre amigos.

"Com quem você tem liberdade para falar sobre isso (a sexualidade)? Tem alguém?" Não, não tem (E7, Homem, cis, heterossexual).

(Não falo) com ninguém. Eu não falo com absolutamente ninguém. Eu não sei se eu deveria. Eu fico mais na minha, sabe, mas eu gostaria de uma ajuda (E6, Homem, cis, heterossexual).

Bom, assim, de amizades assim, muito raro. Muito pouco mesmo. Posso contar nos dedos, mas... até porque também eu não gosto de me expor, de falar no assunto (E13, Mulher, trans, heterossexual).

Às vezes, a gente pergunta e eles (os usuários) ficam bem inibidos em falar, em comentar o assunto (ENF 6).

Para os homens, soma-se o tabu à pressão sofrida dentro da cultura machista, de uma masculinidade que não admite falhas nas relações sexuais e que não admite a demonstração de qualquer sofrimento. Isso se torna um problema, na medida em que os distancia da ajuda necessária quando há demandas em saúde sexual.

Ah eu acho que é mais a cultura, né... de família, uma coisa mais de família assim... Pessoal que... não sei... talvez homem, por homem ter aquela coisa do machismo, essa coisa toda... e se, se abrir mais... eu acho que nem entre homens mesmo assim o pessoal se abre, entendeu? Ah... o cara não vai falar: "eu broxei"... eu não sei o quê... Vai contar... só gosta de contar vantagem, né... os problemas assim, eles não... o pessoal não comenta muito... até eu mesmo, entre meus amigos, a gente não... pode ser uma coisa ou outra, e tudo, mas, no geral não se tem esse comentário assim. (E7, Homem, cis, heterossexual).

Alguns usuários participantes disseram nunca ter procurado ajuda profissional para as questões da saúde sexual.

Não... nunca pensei não... nunca pensei. Assim, já perguntei minha mãe, que é próxima a mim, e tal, mas um especialista mesmo... nunca cheguei a perguntar assim, a pensar em perguntar (E5, mulher, cis, heterossexual).

Não, da sexualidade não, nunca procurei ajuda não. Mas isso é até porque é um assunto meio sem jeito de..., a gente fica meio sem jeito (E6, homem, cis, heterossexual).

Na narrativa de uma das enfermeiras, essa dificuldade dos usuários de tomar iniciativa de falar da saúde sexual com os profissionais é atribuída ao fato de não perceberem a saúde sexual como parte da saúde.

Tanto das pessoas, inibidas de falar no assunto aqui com a gente. Acha que isso não faz parte da saúde às vezes, né? (ENF6)

3.1.1.3 A relação entre saúde sexual e saúde mental

A relação entre saúde sexual e saúde mental foi encontrada na análise das narrativas dos usuários. Por parte das enfermeiras houve relatos de encaminhamentos para psicologia de alguns casos que são atendidos por elas com demandas sexuais. Além disso, ao conceituar a saúde sexual, citam a dimensão psicológica como importante. As necessidades e problemas de saúde sexual que relacionam-se com a saúde mental podem ser divididos em dois subgrupos a partir da relação que estabelecem em si como causa ou consequência.

No primeiro caso, inclui-se a vivência da sexualidade que gera sofrimento emocional.

Eu, muitas vezes eu chorava sozinha, ninguém sabia por que eu estava chorando, e para eu não explicar nada, eu chorava escondida, eu ia para um canto e chorava escondida até passar aquela coisa que eu estava sentindo (E9, mulher, trans, homossexual).

Nesses 10 anos eu acabei desenvolvendo uma depressão, né... porque isso aí é uma coisa mais natural do que nascer cabelo na cabeça: no mundo gay, o homossexual desenvolver uma depressão ou desenvolver uma certa ansiedade. Durante esses 10 anos eu não sabia o que eu era, eu não sabia o que eu gostava e principalmente ficava pensando no que as pessoas iriam pensar, qual seria a reação dos meus familiares, principalmente dos meus pais, né, da minha mãe. Então foi uma fase, foram esses 10 anos bem sofridos. (E12, homem, cis, bissexual).

Hoje eu falo livremente, mas eu tinha vergonha de perguntar e de tocar nesses assuntos. Não era vergonha de abordar o assunto, sabe? Era vergonha de admitir que eu era uma mulher que não era satisfeita no sexo, isso aí eu tinha vergonha. Então, eu falava para as minhas amigas que eu era o máximo, que eu amava tudo o que eu fazia, mas na verdade não era (E2, mulher, cis, heterossexual).

Algumas vezes a gente percebe, eu percebo, que a questão está muito em relação à saúde mental, às vezes à autoestima, às vezes é depressão, e aí vai embananar tudo. Então, acaba que, em alguns momentos, eu sei que tem que ter esse olhar de “ah, espera aí, será que essa mulher não precisa, às vezes, ter uma abordagem da saúde mental, da psicóloga, né, conversar sobre isso e tal”. Então, é o olhar que eu tenho (ENF3).

O sofrimento gerado pelos relacionamentos ou a percepção de risco relacionado às parcerias escolhidas levam, muitas vezes, a um controle excessivo de sentimentos para se evitar novos relacionamentos. Marcadamente, os homens homossexuais relataram que as relações no “mundo gay” são focadas no ato sexual e esvaziadas de troca de sentimentos, o que acaba gerando uma carência muito grande que provoca ou agrava o sofrimento emocional.

Isso tudo por essa necessidade de carinho, que às vezes a gente necessita, eu fico querendo ter 100% o oposto. Para isso não me dar aquele problema. Procuro ser aquela pessoa assim, ah... “foda-se, vou ligar o botãozinho do foda-se para tudo, não querer gostar de ninguém.” Essa facilidade de sexo no mundo gay faz com que as pessoas sejam mais, mais cruas, mais secas. E começam a usar uns aos outros, né... que começa a buscar sexo de uma maneira animal, vamos dizer assim. Então, isso, no mundo gay faz com que as pessoas tendem a menos gostar das pessoas, ter um relacionamento duradouro, porque o que elas buscam já está muito antes. Antigamente, você para chegar a ter uma relação sexual dentro da relação, você teria que conhecer a pessoa, conhecer a família, né? Você, nesse meio tempo, você conseguiria despertar um sentimento pela pessoa, né... você conseguiria gostar dela antes do sexo. Agora que o sexo é a primeira coisa, às vezes você transa sem ver a pessoa, né... e vê você depois. Eu, se eu quiser marcar uma orgia agora, com 10 caras eu consigo. Mas se eu quiser chamar alguém para tomar um sorvete já é mais difícil, está entendendo? (E12, homem, cis, bissexual).

O excesso de busca pelo prazer sexual para responder à carência emocional e o estresse aparecem como motivadores para a compulsividade sexual.

Ah... sempre fui muito ativa, desde os meus 7 anos. Eu acho que eu sou compulsiva por sexo. Eu nunca tive momentos de “para” não. Uma é estresse, e ansiedade... me deixa muito... eu fico muito mais vulnerável a querer fazer sexo, assim mesmo, sabe? Sem consciência de parceiro... Mais por uma questão de achar que isso vai me desestressar um pouco mais (E13, mulher, trans, heterossexual).

A gente às vezes faz coisas que a gente realmente não quer fazer, mas é um impulso, uma carência. E isso são coisas que devem ser estudadas sim. É uma coisa que deve ser falada. Porque até então o que mais fala do mundo gay é que o mundo gay é o mundo que mais passa doença, é o que faz essas putarias todas, é o desrespeito, e tal. Mas tudo tem a ver com o como que aquele homossexual se desenvolveu na vida dele, né? Pelo preconceito que ele passou, pela falta de carinho e afeto que ele passou... Então, ele acaba realmente buscando isso na rua e aceitando fazer qualquer coisa que possa ser até... muitas coisas negativas para a sociedade, né... e

que pode prejudicar tanto a pessoa quanto ela a si mesma (E12, homem, cis, bissexual).

O uso de drogas também é citado como um elemento que é acessado em busca de alívio do sofrimento gerado pelas questões vivenciadas no âmbito da sexualidade.

A maconha facilitou muito o meu trabalho... ela trabalhou muito a minha mente, né... porque uma coisa que é fato é que eu, normal, agora, são, eu faço muito mais coisa errada do que quando eu estou chapado. Porque eu quando estou chapado eu paro. Eu penso. Eu me analiso. Eu sinto prazer nas pequenas coisas. Eu não preciso sair e pá... buscar satisfação, entendeu? Então, a maconha, ela realmente... ela tem que ser uma coisa debatida, estudada sobre a legalização, porque, se não fosse a maconha, eu teria me suicidado (E12, homem, cis, bissexual).

Os achados revelaram, ainda, problemas de saúde mental que interferem na vida sexual.

Alguns medicamentos prescritos para tratamento de transtornos mentais podem influenciar a resposta sexual, seja numa fase específica do ciclo de resposta ou de modo generalizado. Nem sempre os profissionais avaliam o risco e o benefício, para a escolha do medicamento, considerando seus efeitos na sexualidade. Em um dos casos citados, embora o usuário tenha tomado iniciativa de discutir esse efeito, foi informado pelo profissional que isto seria normal.

É... uma coisa que eu acho que diminuiu um pouco, eu não sei se isso é tabu também, ou não. Já tem uns 3 anos que eu venho tomando fluoxetina. E o pessoal fala que costuma diminuir o libido. Não sei se é verdade. Pesquisadora: "Você sentiu isso? Tomando o remédio?" "Senti." (E4, mulher, cis, heterossexual).

Bom é... porque, eu sou ansioso para caramba. Até estou fazendo tratamento. E... isso me... como que se diz... me influencia um pouquinho na minha disposição sexual, entendeu? E eu até comentei isso com a psiquiatra mas ela falou que é normal, assim, de início, quando você começa a tomar a medicação, mas depois regulariza. Dificulta o orgasmo. (...) Ele prolonga o tempo, né, para você chegar. Ele prolonga. Ele é um recaptador seletivo de serotonina, né? Pesquisadora: "Entendi. E já tem algum tempo, que você está fazendo esse tratamento?" "Tem um ano, dois... uns dois anos para mais, né? Ah, assim, é complicado, porque você demora muito, né?" Você se esforça mais, e tudo. Acaba influenciando um pouco sim, sabe? (E7, homem, cis, heterossexual).

Alguns transtornos mentais foram descritos como limitantes para a atividade sexual. É o caso da baixa autoestima e da depressão.

Teve uma época da minha vida que eu sofri de depressão, então, foi meio que, assim, totalmente natural eu não me interessar, porque você está totalmente desmotivada, pra baixo, e eu acho que isso influencia muito, muito, essa questão emocional, né, questão de... a própria depressão em si. Então, eu acho que também tem essas influências do emocional, da cabeça, de você estar bem, assim, pra poder se abrir às coisas. (E3, mulher, cis, homossexual).

3.1.1.4 Fases em que a saúde sexual não é vista como prioridade

Em princípio, viver fases em que a saúde sexual não seja prioridade não é um problema em si. Nem mesmo a ausência de vida sexual em si pode ser considerada problema. Tudo depende do impacto e do sofrimento que estes fatos causam ao indivíduo.

Foram citadas questões circunstanciais da vida que levaram a outras prioridades em detrimento da vida sexual, para os participantes do estudo.

O relacionamento conjugal é sempre desafiante e muitas são as fases que o casal pode viver. Nem sempre o prazer sexual está presente no cotidiano de vida e outras questões são valorizadas para manter o vínculo afetivo. Para alguns usuários participantes do estudo essa foi uma realidade relatada. Entender o limite entre aceitação e o sofrimento é um desafio para a escuta durante a abordagem. Compreender se os empecilhos para o prazer sexual passam por escolhas conscientes ou por problemas ainda não abordados pode abrir caminho para avanços, se for a vontade dos usuários.

Bom, tá meio parada (a vida sexual). Já não é aquela coisa frequente, né. E... o meu marido sofreu um acidente (...), quebrou o quadril, está para fazer uma prótese. Então ele está acamado 'há 8 meses'. Então, a vida sexual está zero. Está bem parada essa parte (E4, mulher, cis, heterossexual).

O carinho da minha esposa (o que ajuda a viver a sexualidade). Quando ela... ela me proporciona, né? As vezes nem é pelo ato em si. é... aquele sentimento de companheirismo que a gente tem, entendeu? Isso que me motiva, acaba a gente tendo apetite e acaba relacionando. Mas eu até prefiro mais quando a gente tem um contato físico sem... sem contar a relação em si. Mas o contato, o carinho em si, para mim é muito importante. Sempre foi importante e hoje em dia é mais importante ainda. Porque como o ato não é tão frequente como era antigamente, essa relação de carinho para mim é a melhor parte hoje. (Mas)eu gostaria de ter um maior vigor. E gostaria que minha esposa também tivesse um pouco mais de apetite, né? Eu sempre penso nisso, hoje. Mas eu não sei se isso é uma... uma... como eu vou dizer... um saudosismo, por assim dizer, entendeu? Ou se eu quero realmente uma vida sexual mais ativa (E6, homem, cis, heterossexual).

Esse limite (para a vivência da sexualidade), ele é... ele é voltado em não machucar o outro, né? Eu me seguro às vezes, muitas vezes, porque é... embora eu me veja não bonita... Já houve casos de amigas minhas assim, de amigas minhas já chegarem e me cantar. Mas o que me impede às vezes de ter uma outra... uma aventura, uma coisa qualquer é o não machucar o outro. Porque eu acho que... mesmo que a pessoa lá não veja, que ela não veja, que a 'V. (a companheira)' não veja, eu... no fundo no fundo, eu vou estar sentindo que eu estou traindo alguém. E eu tenho esse princípio muito assim, que eu não quero fazer com alguém o que eu não quero que a pessoa faça comigo. E vou te confessar uma coisa. Algumas vezes eu já tive vontade de que ela se interessasse por outra pessoa, ficaria mais fácil. Não de eu sair com uma outra, ficaria mais fácil da coisa andar por um outro lado, por um outro caminho, sabe? Mas depois eu paro e penso. Mas será que é isso mesmo que tem que acontecer? Não sei, não é... Porque a nossa vida não é ruim, ela é uma vida boa (E9, mulher, trans, homossexual).

Na narrativa dos usuários esteve presente também a chegada dos filhos como um aspecto do relacionamento que demanda atenção. Nesse contexto, muitas outras atividades relacionadas ao trabalho doméstico e de cuidados podem ganhar prioridade sobre a atividade sexual. Isso pode ser motivo de tensões e afastamento entre o casal, e a privacidade ser comprometida.

Os roteiros culturais têm grande influência sobre essa fase e, muitas vezes, o machismo e as desigualdades de gênero se acentuam gerando sobrecarga de trabalho para as mulheres.

Na gravidez, eu não tinha... eu tinha mais vontade, né, de ter ato sexual, mas depois, pós gravidez, não, não tinha. Eu estava amamentando, eu estava... com criança no colo, eu não tinha interesse. Ele procurava, mas eu não tinha interesse. Depois passava, né? Num sei se... nem lembro se eu conversei isso com ele. Se eu falava que não tinha ou não. Só procurava e eu não tinha interesse. Estava com criança pequena, estava amamentando. Diminuiu o apetite sexual. Aí o que que acontece? Aí, foi em seguida, foram três anos seguidos assim. Três anos, porque a gravidez foi uma seguida da outra. Eu estava amamentando, menino pequeno, aí eu descobri que estava grávida de novo. Aí, veio o segundo filho, eu fui e descobri que estava grávida de novo. Três vezes, um atrás do outro. Foi um período bem complicado, pra... para isso, pra relação sexual. Muito menino... né, menino pequeno dentro de casa (E1, mulher, cis, heterossexual).

Eu até brinquei outro dia com as clientes que a gente estava conversando, que elas falaram que a vida sexual começa aos 40, aos 50. Eu até brinquei e falei assim: “não é que a vida sexual começa... a vida em geral começa... Antes desse período você tem filhos, você tem que dedicar à profissão, você tem que correr atrás de um trabalho, você tem marido para cuidar, casa para cuidar, e depois que você passou dessa idade, você já consegue, tipo assim... vou cuidar de mim. Já cuidei de filho, já cuidei de casa, já cuidei de marido, agora eu vou cuidar de mim (E4, mulher, cis, heterossexual).

Antes de ele (filho) vir tinha uma frequência (de relações sexuais), vamos dizer. Depois que ele veio mudou totalmente. Porque eu me preocupo muito, assim, de ele chegar no quarto, porque a gente foi criada muito assim... é... ele tem toda liberdade de entrar no quarto da gente a hora que ele quiser. Então, assim, eu sempre tive essa preocupação. Quando ele estava acordado e estava mais novinho, não tinha nada, né... a mais porque às vezes a outra parte queria e tal e falava: “não.. ele está aí, a qualquer momento ele aparece no quarto” (E9, mulher, trans, homossexual).

Desde março do ano de 2020, o Brasil vive a pandemia de covid19, que foi responsável pela morte de mais de 600 mil brasileiros, até outubro de 2021, com consequente alteração da rotina de vida das pessoas, de forma generalizada. As escolas foram fechadas e os estudos passaram a ser feitos na modalidade à distância. Muitas atividades profissionais passaram a ser feitos na modalidade *home-office*, pois aquelas que geravam aglomeração de pessoas foram suspensas por tempo indeterminado, devido à necessidade de manter o distanciamento social, uma das principais medidas de controle da pandemia.

Neste contexto de isolamento social e dúvidas, muitos são os fatores que impactaram na vida sexual, desde a convivência mais próxima que o habitual, para pessoas que vivem juntas, até o afastamento, para as que vivem mais distantes.

A interpretação das narrativas dos participantes mostrou uma preocupação com o futuro do relacionamento devido à distância; a intensificação de conflitos gerados pelo aumento da convivência dos casais; além de dificuldade em conseguir contatos para relacionamentos eventuais, uma vez que as casas de festas, shows, cinemas, foram todos fechados.

Então, é... é complicado porque... assim... você fica “Nossa! Quando a gente se ver, quando for isso, quando melhorar”. Então... fica uma questão muito... acumulada. Tipo, ah... futuramente, quando estivermos juntas. Então eu acho que a pandemia, ela te dá uma, assim... você fica com vontade de voltar à sua vida normal, mas ao mesmo tempo você sente que você está perdendo todas essas questões, sabe? Você já fica: Nossa! Já tem tanto tempo! Nossa! Será que vai ser como era antes? (E3, mulher, cis, homossexual).

Ah... eu vou te ser sincero, essa pandemia está me quebrando, viu?. Porque eu não namoro, não estou conhecendo quase ninguém. Então, minhas relações estão bem menos frequentes do que antigamente E7 (homem, cis, heterossexual).

Depois dessa pandemia você fica muito em casa. E sempre quando a gente está muito em casa, qualquer coisinha às vezes é um estopim para uma discussão. Uma saída que eu faço... às vezes eu dou uma saída de casa e ela acha que eu demorei. (E9, mulher, trans, homossexual).

3.1.2 Abordagem da saúde sexual no contexto da Atenção Primária à Saúde

O Quadro 7 sintetiza parte da categoria “Abordagem da saúde sexual no contexto da Atenção Primária à Saúde”, com duas de suas subcategorias, assim como o conteúdo extraído da narrativa dos participantes, organizado de forma a mostrar o que é comum entre usuários e enfermeiras e o que é próprio de cada grupo de participantes.

QUADRO 7: Abordagem da saúde sexual no contexto da Atenção Primária à Saúde (Parte 1)

Categoria	Subcategoria			
Abordagem da saúde sexual no contexto da APS	Concepção de saúde sexual das enfermeiras e usuários	A dimensão emocional como parte do contexto da sexualidade e o peso que a definição da orientação sexual tem na saúde sexual aparece nos discursos de ambos.		
		Usuários	Enfermeiras	
		O corpo é social; as questões que afetam o corpo e a saúde sexual aparecem no encontro, nas relações interpessoais e claramente estão inseridas em contextos culturais que tentam padronizar os corpos e o comportamento sexual.	O corpo é individual e as questões que afetam o corpo em sua dimensão biológica/fisiológica ganham prioridade para atenção dos profissionais.	
			Ampliar a abordagem da sexualidade nos centros de saúde poderia prevenir abusos entre crianças e adolescentes e seria importante para que as mulheres se libertassem dos tabus.	Ampliar a abordagem da saúde sexual nos centros de saúde é necessário para prevenir doenças e gravidez indesejada, principalmente entre os adolescentes.
	Como os profissionais abordam a saúde sexual	Muitas vezes os profissionais não abordam a saúde sexual nos atendimentos; Quanto abordam, o fazem de forma insuficiente, apenas checando a existência da atividade sexual; ou a abordagem focada nas questões biológicas, na prevenção de IST e gravidez indesejada e nas queixas ginecológicas. O encontro dos profissionais com os usuários é permeado por julgamentos.		
		Usuários	Enfermeiras	
		O profissional é preparado para abordar sexualidade, estudou para isso.	O que sustenta a abordagem é a experiência pessoal e a prática.	
			Atendimento é voltado para comportamento heteronormativo.	Perguntam sobre orientação sexual. Conversam de forma natural.

Nesta categoria, a abordagem da saúde sexual é considerada envolvendo a APS como um todo e não especificamente a abordagem das enfermeiras de ESF, principalmente sob o olhar dos usuários, pois, quando o usuário fala do atendimento ou de dificultadores que encontra para o acesso, muitas vezes não especifica uma ou outra categoria profissional. Foi possível destacar aspectos específicos da abordagem das enfermeiras a partir de suas próprias narrativas.

3.1.2.1 Concepção de saúde sexual das enfermeiras e usuários

Na narrativa das enfermeiras entrevistadas observam-se concepções variadas de saúde sexual. Algumas apresentam uma visão restrita aos aspectos reprodutivos/fisiológicos ou mesmo ao coito.

Deixa eu ver, o que é saúde sexual... Envolve toda a parte reprodutora, no caso, né, de... tanto da parte clínica, como fisiológica, de... por exemplo, dos cuidados com a genitália, quanto à vontade, o desejo, essa parte toda, entendeu? (ENF6).

Para mim, saúde sexual é a saúde relacionada à sexualidade, ao prazer sexual, ao ato sexual em si, às carícias sexuais que vão levar a um prazer, uma satisfação do ser humano. Do homem, da mulher, do homem e da mulher homossexual, independente se homo ou hetero, né? (ENF3).

Outras enfermeiras apresentam uma visão mais ampla, entendendo a sexualidade em suas múltiplas dimensões.

Eu acho que a saúde sexual ela aborda tudo, né. A questão psicológica, a questão mental, a questão da atividade física, a questão da própria, do próprio sexo. Eu acho que aborda o ser humano como um todo (ENF9).

Saúde sexual para mim é isso: é você estar bem tanto fisiologicamente, hormonalmente, emocionalmente, mentalmente, para você estar se relacionando bem com seu companheiro. Ou companheira, né? (ENF5).

Eu acho que a saúde sexual, eu acho que engloba um todo, não é só um membro, não é só uma região. A gente tem que olhar o lado psicológico, o lado... como um todo. Eu acho que tudo isso é saúde sexual (ENF2).

O que se depreende de forma geral é que, tanto na visão mais restrita como na ampla, o olhar das enfermeiras para os usuários ainda é descolado do aspecto mais social e centrado no “corpo individual”.

Esse aspecto fica mais evidente quando se trata da abordagem aos adolescentes, por exemplo. Percebe-se uma grande preocupação com iniciação

sexual precoce, com os riscos envolvidos nessa prática e até mesmo um julgamento moral sobre o que seria bom para os adolescentes, sem contextualizar quem é o adolescente como ser social e o que é importante para a saúde na visão desses usuários.

Os pais, os avós não conversaram isso com a nova galerinha, a nova geração e eu acho que está levando a isso, a essa sexualidade livre, mas muito sem.. ah essa malícia de, o quê que tem de doença, o quê que pode causar para mim. A preocupação é que "eu vou ficar falada" poxa. Eu falei pra essa menina: Falada? Em pleno século XXI você tá preocupada em ser falada? Preocupa com seu corpo meu bem... (risos), né? Vamos usar camisinha, vamos se preservar de outras formas. Amor livre, mas consciente (ENF2).

Algumas exceções são encontradas na abordagem à saúde da mulher, em que as enfermeiras relatam fenômenos como machismo e desigualdades de gênero e chegam a considerar esses aspectos em suas interações com os usuários da APS.

Quanto a estes últimos, embora não tenham sido questionados diretamente sobre sua concepção de saúde sexual, esteve sempre presente em seus discursos, ao falar da sua vida sexual, o quanto a sexualidade se constitui no encontro com o outro, marcando profundamente a saúde sexual desses sujeitos.

Tanto que quando hoje eu vou em boate eu me sinto assim, um peixe fora d'água. Eu não sou aquele homossexual, tipo, cuidadoso com a aparência, né... corpo, né... visual, digamos assim. E o mundo gay ele exige muito isso, né? (E11, homem, cisgênero, homossexual).

Eu vou te falar o porquê que eu cheguei a ter. Eu senti essa coisa diferente, sabe. Era uma coisa assim que me levava... a boca ficava seca, o corpo tremia, sabe.. aquela coisa que eu não conseguia explicar, mas aí no dia ele pegou, ele me falou assim: nossa, que coisa horrorosa, então, ali eu já fiquei meio retraída, porque ele falou assim que eu estava molhando ele todo. Aí eu nunca mais, eu peguei e nunca mais eu quiz chegar a esse ponto, entendeu? (E2, mulher, cisgênero, heterossexual).

Eu sempre fui muito tranquila quanto a essas coisas e também, assim, é... eu sei que muitas pessoas não têm acesso a certas informações, orientações a respeito. Até que em questão assim, familiar, eu tive uma orientação boa. Eu não tenho mãe, minha mãe faleceu, mas o meu pai me criou de uma maneira assim, mais aberta, com mais diálogo e tudo então pra mim sempre foi uma questão assim... não é um tabu em si... e até mesmo por eu estudar, eu procuro muito saber a respeito. E quanto a mim, não tenho muitos problemas a respeito disso, e até inclusive eu estou num relacionamento e, já é estável, já tem assim, cerca de 2 anos e 7 meses mais ou menos. Mas quando eu não estava (namorando) também... é uma questão confortável (E3, mulher, cisgênero, homossexual):

3.1.2.2 Como os profissionais abordam a saúde sexual

Alguns usuários participantes relataram que nunca foram abordados pelos profissionais sobre sua saúde sexual nos atendimentos na Atenção primária. Considerando as dificuldades esperadas para falar sobre o assunto por parte dos usuários, os relatos mostram que também o pessoal de enfermagem não o faz.

E nas consultas que você esteve em unidade de saúde, algum profissional, alguma vez, já questionou isso, já tocou nesse assunto com você, te deu abertura para falar sobre isso? (Pesquisadora) Não, que eu me lembre não. Nesse sentido não. Especificamente sobre isso não (E6, homem, cis, heterossexual).

Para nós mulheres, assim, é muito difícil alguma enfermeira, alguma técnica em enfermagem ou médica mesmo perguntar sobre essa questão da sexualidade, sabe? De como que é que está sendo, se está tendo prazer, se é consentido, se não é. Se em algum momento pode ser doloroso, como que é depois, como que fica o corpo dessa mulher depois. Eu, particularmente, falando por mim, eu nunca fui abordada nesse tema, mas também nunca vi amigas, tanto cis quanto trans falarem que perguntaram isso para elas. Eu acho que ainda existe um tabu muito grande sobre a sexualidade mesmo, sabe? Mas não da sexualidade em questão de IST, a sexualidade de sexo, da prática sexual mesmo, sabe? A gente fala sexualidade, a gente só pensa na questão de... se transa e se transa com camisinha, se pode pegar uma IST, se não pega, se tem isso, se tem aquilo, se tem corrimento ou não. Isso faz a gente parar para pensar assim, eu nunca tinha parado para pensar sobre isso assim, nesta questão de perguntar sobre os prazeres, sobre fantasias, essas coisas assim, nunca foi abordado não. Eu acho que se existe esse profissional eu desconheço, assim, mesmo... de perguntar sobre isso. Eu acho que é muito... eu acho que as pessoas ainda têm muito... muito tabu sobre isso, de perguntar, né... como que é o prazer dessa pessoa, sexualmente falando mesmo. Eu desconheço. Assim, abordado dentro de uma UBS, eu acho que pior ainda se for numa UPA ou num outro lugar, que é pior ainda, que é uma coisa mais rápida. (E13, mulher, trans, heterossexual).

Outra situação, frequentemente relatada pelos usuários, é quando o profissional toma a iniciativa de abordar, mas o faz de forma superficial, como é o caso da abordagem sobre os métodos contraceptivos, que desconsidera os aspectos sexuais do indivíduo atendido.

Para as mulheres, muitas vezes o foco do atendimento profissional é a prevenção da gravidez e, algumas vezes, das IST.

Já, já fui. Assim, não foi aquela consulta onde o ginecologista faz exames, tocando na gente, não foi isso não. Foi mais oralmente mesmo, falando sabe, sobre anticoncepcionais, falando é... o incentivo de usar preservativo, essas coisas assim. Mas nada nesse sentido, sabe, de tocar, ver como é que é, se está tudo bem. Então assim não, até hoje não (E5, mulher, cis, heterossexual).

Na narrativa dos usuários, foi explicitado que os profissionais chegam, algumas vezes, a perguntar sobre a saúde sexual, porém, não aprofundam nessa abordagem, de modo a permitir que o usuário fale de suas dúvidas, incertezas ou sofrimentos.

Contentam-se em saber que os usuários têm vida sexual ativa. Entretanto, dentro desse “ativa” pode se esconder todo tipo de insatisfação que não será conhecida se não for oportunizado ao usuário falar disso.

O meu médico que eu fiz... já tem um tempo que eu fiz consulta com ele no posto, ele me perguntou se eu tinha uma vida sexual ativa, eu só respondi que sim e ele não aprofundou mais no assunto não (E2, mulher, cis, heterossexual).

Assim, de um modo bem geral, assim, perguntando se está bem... De... não, nada muito específico, mas de um jeito... de um modo geral, assim, eu falava: “ah, eu estou bem. ah, tudo bem” (E10, homem, trans, heterossexual).

Foi bastante presente na fala de uma das participantes, por tratar-se de usuária homossexual, sua insatisfação com o atendimento recebido, no sentido da padronização desse atendimento, voltado para pessoas em relações heteronormativas. O relato foi sobre um atendimento com ginecologista, porém, sabemos que isso pode se aplicar aos demais profissionais da APS.

Pra ser bem sincera... é muito difícil, igual por exemplo, você ir numa consulta, numa ginecologista, ela vai te fazer perguntas a respeito do seu parceiro e, quando você fala, já tem uma questão meio... algumas não sabem nem como te orientar. Não é muito confortável quando é no nosso caso, porque, igual eu falei, geralmente é instruído para um outro lado... eles já têm uma ideia de que você está num relacionamento heteronormativo, então ela vai te fazer abordagens desse tipo, e não antes, igual, você começou me perguntando, né, sobre qual que é a minha orientação sexual. Quando você chega - pelo menos foi a minha experiência - você percebe que já tem uma abordagem assim, é... por exemplo: “ah, você está com algum problema? no relacionamento sexual? Está sentindo algum incômodo? Alguma dor?” (E3, mulher, cis, homossexual).

Analisando as narrativas das enfermeiras entrevistadas, algumas características da abordagem à saúde sexual aparecem de forma marcante. Quanto ao conteúdo da abordagem, fica evidente o foco nos aspectos biológicos e fisiológicos.

Igual eu estou falando, essa fisioterapeuta que eu sigo, ela explica tanta coisa até de vibrador, de... de tudo, de abertura, de pélvica, e aí ela... eu fico olhando que ela mostra as fases da vagina... e aí ela tem um ciclo lá que coloca o colo do útero com todas as imagens de todos os períodos do ciclo. Eu até salvei e costumo mostrar para as minhas pacientes, porque elas falam assim, às vezes elas falam: “Tô com corrimento!”, e aí não sabe identificar o que é fisiológico e o quê que é corrimento (ENF6).

Mas, voltando, né, para as mulheres acima de 50 anos, eu oriento a questão de lubrificação, dou aqueles geizinhos, né... porque elas lidam com aquilo como uma forma ruim, dolorosa né, e tudo (ENF2).

Em relação aos adolescentes, a abordagem é focada na prevenção de IST e na prevenção da gravidez indesejada. Mais raramente, aparece uma abordagem que inclui a reflexão sobre a melhor hora de iniciar a vida sexual.

Faço algumas colocações sobre a questão da gravidez, como acontece. E quando a gente já percebe a iniciação sexual, aí eu já busco a parceria com o médico da equipe para que ele faça a prescrição do método contraceptivo. E reforço muito o uso da proteção, da camisinha mesmo, seja ela a masculina ou a feminina (ENF7).

Então, geralmente, quando eu estou com uma adolescente eu falo sobre como é bom a gente não pular as etapas, né? Viver a infância, viver a juventude, tem muita coisa bacana para se fazer... para depois vivenciar o sexo, da sexualidade com mais maturidade, com mais autonomia, né, de ir conhecendo seu corpo, seria mais saudável para elas (ENF5).

Em relação às mulheres, as enfermeiras abordam a saúde sexual com mais frequência e incluem assuntos como a libido, o prazer sexual e orgasmo, além dos aspectos biológicos.

No ambiente de avaliação de saúde da mulher, às vezes eu sigo um roteirinho já, na cabeça, de, quando eu estou fazendo a anamnese da paciente aí eu pergunto: Como é que você está? Está tendo atividade sexual? "Sim". E aí? Está tudo bem? Como é que está? e então, às vezes, pergunto sobre isso. (...) Aí eu tento vir para a parte mesmo de cuidados, né, que é a nossa parte. Então, eu pergunto: Mas, como é que está? Você gosta do seu parceiro? Tem carinho? Tem... as vezes que melhorar um pouco mais essa parte do pré-ato, pré-coito... Você já falou isso com seu marido? (ENF3).

Agora, eu vejo, uma coisa que eu vejo, quando são heterossexuais, a mulher ela tem essa barreira em relação ao homem de se expressar, de colocar para ele exatamente o sentimento dela, como que é que ela está naquele momento. Às vezes, ela acha melhor fingir do que expressar, né? E já na relação homoafetiva ela, parece que ela já é mais aberta, não sei, eu percebo mais ou menos assim. Eu percebo que elas já têm uma condução mais aberta de falar o que está sentindo. Busca o desejo com mais clareza, vamos dizer assim. Então, mais ou menos isso (ENF7).

Aí eu abordo tanto a questão da... de doença e também acabo abordando também a questão do gênero, da homossexualidade, aí eu consigo abordar melhor (ENF1).

Observou-se, ainda, que o atendimento realizado pelas enfermeiras na abordagem à saúde sexual é baseado na experiência prática e vivência pessoal dessas profissionais.

A gente tem a preparação da vida, da experiência, do dia a dia, da vivência. Essa é a preparação que eu tenho. Agora eu não sei, às vezes, se a abordagem é a mais correta. (...) Eu acho que eu estando bem com a minha sexualidade é um fator que me ajuda a entender melhor as pessoas com relação à sexualidade. Eu estando à vontade com a minha sexualidade (ENF8).

Como eu já tinha dito antes, eu não tive uma aula específica em relação à sexualidade e infelizmente a gente acaba colocando um pouquinho, né, da nossa vivência enquanto profissional, enquanto mulher, enquanto mãe (ENF5).

Eu acho que muito é em relação ao tempo de experiência, a gente vai adaptando, pegando, ouvindo aqui, discutindo ali, aprimorando. E muito da experiência pessoal, também, né? (ENF3).

De modo geral, as enfermeiras dizem ter facilidade para falar sobre sexualidade e agirem com naturalidade quando as demandas dos usuários se apresentam, embora admitam que têm preconceitos que precisam ser vencidos.

Oh... eu vejo assim, que eu já vivenciei muita coisa, né? A gente vai, dentro da profissão... é igual eu te falei, eu já tive momentos, há muitos anos atrás, de vivenciar situação que eu tive embate, assim, na hora, e que eu tive que me, trabalhar comigo para eu não transparecer censura, para eu não transparecer preconceito, né, em termos disso (ENF7).

Eu abordo de uma forma bem natural, né? Principalmente com relação ao sexo, à sexualidade mesmo do sexo, assim muito casal a orientação sexual a gente vê hoje que está muito diversificada, né? Tem muito casal homossexual. A gente aborda com muita tranquilidade (ENF9).

Eu converso super bem com meus pacientes, até do sexo masculino, até homens adultos eu converso muito bem (ENF1).

No atendimento, as enfermeiras relataram que questionam sobre a saúde sexual aos usuários e também houve relatos de situações em que os usuários expressam demandas em saúde sexual no atendimento. Nesse caso, essas demandas se relacionam principalmente às IST e aparecem principalmente nos atendimentos de urgência dos centros de saúde, mas, sendo um espaço que não permite a abordagem mais qualificada da(o) enfermeira(o), pelo fato de concentrar muitas pessoas e o tempo disponível para o atendimento ser curto.

E além dessas abordagens pela demanda que o usuário traz, eu como enfermeira, eventualmente, faço a abordagem, questiono, pergunto, procuro saber um pouco dessa parte da saúde sexual (ENF3).

Eu acho que o nosso público, ele não tem uma facilidade muito grande para falar sobre sexualidade. Então assim, a gente procura, como profissional, puxar um pouquinho pra ver o quê que é a angústia (ENF2).

Quando chegava um rapaz com queixa de corrimento ou uma lesão no pênis era muito difícil eu abordar no acolhimento, porque o acolhimento é muito corrido, eu tenho que atender por volta... eu tenho 3 horas, assim, para atender 28 pacientes, pra encaminhar para o médico casos agudos, o mais rápido possível. Então, eu tenho uma média mais ou menos de 10 minutos para atender cada paciente (ENF1).

De modo geral, as enfermeiras afirmaram que o atendimento que mais oportuniza a abordagem da saúde sexual é a coleta do exame citológico do colo uterino, seguido pelo planejamento familiar e pré-natal. A realização dos testes rápidos de IST também foi apresentada como oportunidade de abordagem da saúde sexual, porém sempre relacionado à população mais jovem ou população LGBTQIA+.

A gente atende as mulheres no atendimento ginecológico e a gente sempre aborda também essa questão da sexualidade (ENF8).

Em relação à sexualidade, eu converso mais quando eu estou em atendimento de preventivo. (...) Em relação a atendimentos em questões homossexuais também eu converso, tem muitos pacientes que vêm para fazer teste rápido, e tudo. (...) É, planejamento familiar também a gente conversa muito sobre isso, né, e também, às vezes, de forma informal (ENF5).

É... já as mulheres, no atendimento de saúde da mulher, né, nas prevenções, ou mesmo nos pré-natais também, às vezes chega alguma demanda, elas trazem alguma demanda sobre isso (ENF3).

O Quadro 8 sintetiza a última subcategoria pertencente à categoria “Abordagem da saúde sexual no contexto da Atenção Primária à Saúde”, assim como o conteúdo extraído da narrativa dos participantes, organizado de forma a mostrar o que é comum entre usuários e enfermeiras e o que é próprio de cada grupo de participantes.

QUADRO 8: Abordagem da saúde sexual no contexto da Atenção Primária à Saúde (Parte 2)

Categoria	Subcategoria			
Abordagem da saúde sexual no contexto da APS	Desafios para a abordagem da saúde sexual de forma integral	Medo de exposição da sua intimidade e falta de abertura do usuário para falar de sexualidade dificultam abordagem; Falta tempo para abordagem da saúde sexual na APS. Existe ainda muito julgamento nos encontros entre profissionais e usuários nos centros de saúde, embora existam profissionais que acolhem bem e não tratam com julgamento. Os profissionais precisam avançar e não deixar suas crenças interferirem em seus atendimentos. É preciso acolher melhor a população LGBTQIA+ nos centros de saúde. É necessário ter espaços educativos na APS que abordem a saúde sexual com a população. Em relação à população transgênero: Há dificuldade de abordar as pessoas transgênero. O uso do nome e pré-nome inadequados nos serviços, principalmente na recepção, gera constrangimento na pessoa e as afasta dos centros de saúde. Há julgamento e preconceito por parte dos profissionais ao atenderem as pessoas trans.		
		Usuários	Enfermeiras	
		Falta comunicação nos centros de saúde sobre os serviços oferecidos em relação à saúde sexual e testes rápidos de IST	Maior demanda no CS é para testes rápidos e tratamento IST.	
		Horário de acolhimento é muito cedo e a espera muito longa. Isso é complicado, principalmente para usuários que trabalham à noite e para os que usam medicação controlada.	Enfermagem precisa ampliar a capacidade de escuta e incluir os técnicos de enfermagem na abordagem da saúde sexual	
			Enfermeiros precisam entender e aceitar sua própria sexualidade	
			Dificultadores para a abordagem da saúde sexual nos centros de saúde: Falta formação e conhecimento técnico aos profissionais; falta protocolos de abordagem para cada público específico; falta espaço com privacidade; falta conhecimento sobre a rede de serviços.	
			É preciso ver a saúde sexual como parte da assistência integral ao usuário e incluí-la no atendimento. Para isso, planejar melhor as ações pode possibilitar a inclusão da saúde sexual, no contexto já de muitas atividades na APS. Alguns públicos exigem projetos específicos, por ser mais desafiadora a abordagem da saúde sexual, como adolescentes e homens.	
		Profissionais sempre querem testar pessoas trans para IST e têm dificuldade de dar atenção ao que o usuário busca no serviço, para além das questões sexuais. Elas precisam de atenção à saúde de forma geral, e não somente voltada à sua condição trans.	Os profissionais da APS não estão preparados para a abordagem das pessoas trans e isso tem gerado angústia em parte dos profissionais, uma vez que essa demanda tem aumentado nas unidades.	
		O sexo definido no prontuário eletrônico constitui-se como barreira (burocrática) de acesso a alguns serviços como os hormônios femininos.	Não está definido como fica o atendimento ginecológico no centro de saúde ao homem transgênero, que tem vagina e útero e à mulher trans, que tem mama e pênis. A barreira não é só burocrática.	
		Pessoas trans muitas vezes precisam brigar e lutar muito para conseguir garantir seu acesso aos serviços no centro de saúde	Algumas pessoas trans são agressivas e muito difíceis de abordar porque, além da condição trans ainda usam drogas.	
Pessoas trans precisam receber terapia hormonal no centro de saúde, por ser mais próximo de casa e ter mais disponibilidade de acesso que no ambulatório especializado. Mas reconhecem o ambulatório como avanço na situação atual.	A maioria dos profissionais não fala dessa necessidade das pessoas trans nem do ambulatório. Quem fala entende o ambulatório como apoio importante na rede de atenção.			

3.1.2.3 Desafios para a abordagem da saúde sexual de forma integral

Pela análise das narrativas das enfermeiras, encontrou-se que a maior demanda relativa à saúde sexual nos Centros de Saúde é para diagnóstico e tratamento de IST e para testagem de gravidez. Alguns usuários relataram ter procurado o centro de saúde para fazer testes de IST, mas mesmo para esses, a testagem só é citada quando perguntados sobre o motivo da busca aos serviços de saúde. Isso mostra a importância desse serviço como porta de entrada para a abordagem da saúde sexual. Não se pode desvincular o controle das IST e o planejamento familiar da saúde sexual, uma vez que as políticas são propostas no sentido de abarcar todos esses componentes no leque da Saúde sexual e reprodutiva, como lembram algumas enfermeiras. Entretanto, nem sempre é percebido que toda ação voltada para o controle de IST e para o planejamento familiar pode ser uma boa oportunidade de abordagem da saúde sexual pelas enfermeiras entrevistadas. Neste sentido, demandar por exames pode ser mais fácil para o usuário do que dizer que tem dificuldade com a relação sexual, por exemplo, principalmente em ambientes de primeiro contato como recepção e espaços de acolhimento.

Eu já procurei para poder fazer o teste, né... teste de HIV. Mas é... por causa de herpes, ou por causa de.. sífilis... é... doença sexual que você está perguntando? (E11, homem, cis, homossexual).

Mas tem chegado bastante, viu,... muita sífilis masculina aqui, muita mesmo, gonorréia, praticamente todos os dias tem um caso chegando aqui na demanda espontânea (ENF8).

Também algumas meninas mais novas, que querem fazer um teste rápido também, para fazer, né? O Beta HCG, para saber se estão gestantes ou não (ENF4).

Embora as enfermeiras sintam esse impacto da procura relacionada às IST, esteve presente na narrativa de uma usuária a observação a respeito da pouca disseminação de informações nos centros de saúde sobre a disponibilidade dos testes rápidos para IST.

Mas uma coisa que eu percebi é que não é tão evidente a divulgação, sabe? Quando você vai consultar no posto você vê algumas coisas de vacinação, e tudo. Aí tem assim bem pequenininho lá, falando assim: Teste de HIV, teste rápido... Mas, assim, acho que ainda falta na questão de bairro mesmo, sabe. As pessoas do bairro terem conhecimento, muita gente nem sabe que o SUS faz esse tipo de teste (E3, Mulher, cisgênero, homossexual).

Alguns aspectos foram vistos como obstáculos para abordagem da saúde sexual. A falta de formação e conhecimento técnico dos profissionais foi unânime entre as enfermeiras entrevistadas. Isso foi explicitado tanto em relação à equipe de enfermagem como para todas as demais categorias de trabalhadores dos centros de saúde.

Eu acho que a gente é muito mal preparado, principalmente assim, para saber lidar com a condução do caso né... particularmente a condução, como é que você conduz, como é que você entra nesse assunto... do nada, você vai entrar como? Perguntar: e aí? Como é que está seu sexo, Entendeu? (ENF6).

Ah eu acho que é um pouco disso, da limitação, seria um pouco dessa parte técnica mesmo, assim, de preparo técnico, para fazer uma abordagem pensando, por exemplo, nos ciclos de vida todos. Por exemplo, a questão da abordagem com o adolescente, eu acho que esse é uma das grandes dificuldades que a gente tem, na saúde pública. (...) O homem, também passa pela mesma questão, né? O grande cliente nosso é a mulher mesmo, né, então o homem tem toda essa questão de... como é que fala? (ENF3).

E outra coisa, eu acho que também a gente não sabe muito sobre os serviços que a gente tem, para encaminhar, sabe, igual o ambulatório do Eduardo de Menezes, eu só fiquei sabendo pela televisão, porque eu vi uma reportagem (ENF1).

Outro aspecto afirmado como obstáculo pelos profissionais foi a falta de tempo e de espaço com privacidade para abordar a saúde sexual dos usuários.

É uma sala para quatro enfermeiras, então, toda hora entra pra pegar uma bolsa, entra para pegar um documento, entra para pegar uma chave, então... então assim, privacidade é uma coisa que a gente não tem (ENF1).

Eu acho que é isso mesmo que eu te falei, assim, né? Questão de poder ter um tempo para poder, para a gente poder conscientizar a população em relação à sexualidade porque eu acho que é tanta coisa que a gente tem, que enfermeiro tem que fazer e sobra tudo para o enfermeiro mesmo na atenção primária, a maioria das coisas (ENF4).

Para que fosse ideal mesmo, a gente teria que ter um desenvolvimento de estratégias para isso, não só esperando a demanda chegar. Então eu acho que passa também... o meu preparo passaria por essa questão de organização do tempo, né.. da agenda, da programação e que, de alguma forma, é... hoje, por exemplo, eu não conseguiria fazer (ENF3).

A falta de abertura dos usuários foi dita como mais um obstáculo para a abordagem da saúde sexual. Nesse caso, a fala da profissional deixa dúvidas se se trata realmente de uma falta de abertura do usuário ou da inabilidade do profissional em conduzir o atendimento com o foco na saúde sexual, ou dos dois aspectos.

Mas aí tem hora que a gente não consegue, a gente não consegue entrar nisso mesmo. Mesmo você falando, deixando à vontade, que realmente não é agradável, e a pessoa trava de uma tal maneira que fica bem difícil. E a gente fala: Isso é assim na sua vida? Como é que é? E aí ela não rende o assunto, sabe? Encerra assim. E aí eu acho que... aí eu me sinto, tipo... Como conduzir isso depois, se a pessoa está encerrando o assunto? (ENF6).

Outro aspecto recorrente na fala das enfermeiras foi a dificuldade em abordar as pessoas transgênero. Nas narrativas, esse aspecto aparece como um obstáculo à abordagem da saúde sexual e foi gerador de preocupação, por não saber como lidar e sentir que essa demanda tem aumentado nos centros de saúde. Para outras, os dificultadores são associados às condições de vida das pessoas trans, relacionadas às condições de exclusão social e uso de drogas. Também foi citado o comportamento das pessoas trans na unidade, exigindo atendimento rápido, com agressividade e sem respeitar os fluxos estabelecidos para o atendimento. Essa visão acaba por ser mais um preconceito ao atribuir um estereótipo às pessoas transgênero, uma vez que nem todas têm o mesmo perfil e esse comportamento citado, muitas vezes pode ser observado em outras pessoas, independente da identidade de gênero.

Em alguns casos, a dificuldade dos profissionais de abordar qualquer assunto, inclusive sobre sexualidade, se estende a todo o público LGBTQIA+ e aos profissionais do sexo.

Eu tenho muita dificuldade às vezes de abordar os trans. Nós temos aqui na unidade dois transexuais que é bem complicado abordar por causa da agressividade deles. Todos dois são muito agressivos e chegam aqui e já querem ser atendidos no mesmo momento que chegam, e... são mais espalhafatosos, chamam mais a atenção, querem uma atenção exclusiva. Tem um que não... mas assim, a questão da droga também, né... que envolve. Aí, isso realmente eu tenho dificuldade de abordar... a droga e a sexualidade nessa população. Porque aqui é muito presente isso. A gente vê abertamente. Já teve casos de agressão a funcionário. Teve um deles que sentou a bolsa na cabeça de um funcionário. Tem um que chega e quer invadir o consultório da médica e... essa abordagem aí ela é complicada... para a gente impor esse limite, sabe, para esse tipo de atendimento. Eu tenho dificuldade com isso aí (ENF8).

Eu li livros, eu, na época eu tentei me capacitar, só que hoje eu não sei se eu estou muito bem preparada ou se eu tenho uma rede preparada para isso. Eu... é... eu até tenho vontade de perguntar, todo dia eu falo que eu vou perguntar para o ginecologista lá da minha unidade se ele atenderia um transgênero masculino (homem trans). Sabe, já com a mudança de nome... se ele atenderia. (...) Hoje com... graças a Deus, com... as pessoas podendo, os transgêneros podendo mudar de sexo, podendo, até mesmo o homossexual, que a gente já lida há muitos anos, já trabalha com eles há muitos anos, mas agora tem o binário, tem o não binário, tem o transgênero, agora eu não sei se com eles eu estou preparada para trabalhar, não sei, não sei (ENF1).

A gente já teve situações muito bizarras do tipo, para você ter uma ideia, é... eu tive uma adolescente, eu não lembro bem a idade, se era 17 anos ou alguma coisa assim, e ela com a... eu não sei até como que você fala, orientação sexual, masculina, é

assim que você fala? Como que você fala? Ela é uma moça, né, mas com... é... ela gostava de mulheres... E ela tinha uma namorada. Essa namorada brigou com ela durante um carnaval. E aí, para ela fazer uma afronta, né, vamos dizer assim, à namorada, ela teve relação sexual com alguns homens e nessa relação sexual ela engravidou (ENF7).

Na questão, uma questão que eu consegui também, é... para os profissionais do sexo, da minha área, a referência sou eu, para pegar preservativo. Porque eu comecei a notar que as pessoas... os outros profissionais começaram a julgar. Porque o profissional do sexo, ele não tem como pegar 10 preservativos. (...) Aí o pessoal lá na minha unidade fala, até hoje, a ENF1 é referência das camisinhas. Mas é porque elas não querem (fazer a atividade), As enfermeiras, os técnicos de enfermagem, têm muita dificuldade, assim... o pessoal da recepção fecha a cara na hora que os meninos chegam me pedindo preservativo, elas fecham a cara para os meninos (ENF1).

Paralelamente, os usuários afirmam como um aspecto impeditivo para conversarem sobre a vida sexual as dificuldades dos profissionais de saúde, avaliando a importância de esses não fazerem julgamento moral e terem mecanismos para impedir que suas crenças interfiram em seus atendimentos.

Eu acho que a gente, quando a gente faz... a gente procura um emprego, seja ele qual for, principalmente na área da saúde, a gente não pode deixar é... questões pessoais como crença e educação que a gente recebe dentro de casa interferirem. Porque o SUS ele não tem crença, ele não tem raça, ele não tem sexo. Ele é universal, para todos, sabe? E é isso assim, a gente tem que praticar mais um pouco da empatia, do corpo do outro, né, tentar entender (E13, mulher, transgênero, heterossexual).

Alguns usuários mencionaram também os horários de atendimento das unidades como obstáculos, quando esses ocorrem muito cedo ou demoram muito para acolher o usuário. Destacaram que isso dificulta o acesso de quem trabalha à noite ou usa medicação para dormir.

O negócio é que SUS demora muito. E, tipo assim, eu não tenho paciência para... é uma coisa bizarra. Você tem que acordar 7 horas da manhã para só marcar, você vai lá e volta, 7 horas da manhã. Eu não sei o quê que esse povo arruma. E meu remédio, que eu tomo, eu tomo ele é 8 horas da noite. Eu acordo com ele é 11 horas, meio-dia. Porque ele realmente me capota (E12, homem, cisgênero, homossexual).

Também na perspectiva dos usuários, ficou destacado, em alguns de seus discursos, que existem barreiras que dificultam o acesso da população trans ao serviço de saúde. Aqui não se trata especificamente da saúde sexual, mas de qualquer demanda por atendimento em saúde. A principal barreira destacada pelos usuários foi a utilização do nome e pronome inadequados para chamar a pessoa transgênero na recepção do serviço. O direito a ser tratado pelo nome social é

garantido por lei e, no município de Belo Horizonte, todos os documentos oficiais e o sistema de prontuário eletrônico reservam espaço para o nome social.

Bom, como todos os postos de saúde, né, todas as UBS e atenção secundária e terciária, (o problema) começa pela recepção... que é a questão do nome social, que é isso que afasta muito os corpos trans de procurarem essas redes. (...) É isso, assim, que eu penso sobre essa questão que é... mais barra a gente no serviço, sabe? É uma questão muito minúscula aos olhos de muita gente, mas a questão do nome e do reconhecimento do ele, do ela, isso é muito grande para nós, assim, enquanto pessoas trans. Isso nos afeta muito, sabe? É de um grau que acho que nem as pessoas que se sensibilizam com isso conseguem imaginar o tanto que isso fere, corpos, principalmente de pessoas que não estão esclarecidas da própria transição. Então, assim, isso é o que mais afasta a maioria das pessoas trans da saúde básica, que é onde ela deveria ser vinculada (E13, mulher, transgênero, heterossexual).

Então, assim, eles mesmos ficavam assim... confusos, né? Quando chegava para chamar ficava... o nome não era... não batia. Às vezes, chegava lá e via só mulher lá fora, olhava o nome lá e nem chamava (E9, mulher, transgênero, homossexual).

A usuária E13 contou que só conseguiu acesso ao Centro de Saúde com muita luta e que já passou por constrangimentos que a obrigaram, literalmente, a brigar para garantir seus direitos. Hoje possui acesso tranquilo aos serviços do centro de saúde, que criou um projeto de atendimento, sendo visto hoje como exemplo no atendimento à população trans.

Apesar de que é mais difícil quando a gente passa por constrangimentos, passa por raiva, e a gente às vezes, a gente não pensa em querer dialogar ou procurar os nossos direitos. A gente procura mais é (...), a gente quer partir para uma questão de brigar, discutir, achar que tem que ser na base da briga, da discussão com palavras de baixo calão assim... Entendo isso, já passei por isso também, sabe? No meu primeiro acesso no posto de saúde mesmo eu briguei a ponto de quebrar cartão de... meu cartão nacional do SUS, porque eu não fui reconhecida pelo meu nome social que estava no cartão e ouvi da gerente falar que isso não era um documento para o SUS. (...) Hoje é mais tranquilo, sabe, com a UBS. Mas no começo era mais complexo. É... eu tive uma discussão muito grande, né, com a gerente, para isso. Mas hoje em dia é tranquilo, a gente criou um projeto dentro do nosso posto de saúde onde que tem esse acolhimento. Assim, meio que a gente forçou as pessoas que trabalham no posto de saúde, fazer o que eles se prestam a fazer, que é a saúde integral, né? Não ver a gente só como um corpo, de um estigma que é sexual, né.. Que é as IST, HIV e tudo mais. Então hoje a gente tem uma médica que foi super solidária com o caso, né, das pessoas. Hoje ela atende 11 mulheres trans e 5 homens trans dentro da UBS fazendo essa saúde integral, sabe? E esse vínculo todo, sabe de questão de, seja de hormonização, seja de sexualidade, e até mesmo, é... geral mesmo, sabe? Então hoje em dia é tranquilo o acesso. Mas, pulando de mim, eu vejo essa dificuldade nos outros postos, né... com outras pessoas, outros corpos que são iguais ao meu, assim, essa dificuldade até mesmo desse acesso para a saúde sexual mesmo, né... que espera chegar no auge que aí não tem mais esse acesso ao posto de saúde, vai direto para uma... para um caso secundário já, sabe? (E13, mulher, transgênero, homossexual).

O julgamento e o preconceito dos profissionais dos centros de saúde foram afirmados, portanto, como barreiras de acesso para a população trans. Além do acolhimento de forma inadequada, o preconceito se expressa no atendimento quando a testagem rápida para IST e o encaminhamento para psicologia são oferecidos às pessoas trans em todos os atendimentos, mesmo quando o que motiva a procurar o serviço seja algo da saúde geral, como uma unha encravada, por exemplo.

Então, às vezes você vai com uma dor no pé, um machucado, e a primeira coisa que eles querem fazer é te testar para uma IST. (...) Mas, e passando disso vai indo muitas questões que incomodam, como é querer te encaminhar para um psicólogo. Às vezes você nem precisa. Assim: está certo que todo mundo deveria fazer uma terapia, mas às vezes não é o que você procura no momento e isso é abordado de um jeito como se você fosse louca ou você necessitasse de um psicólogo ou psiquiatra para depois você procurar um... saber sobre uma dor no estômago (E13, mulher, transgênero, homossexual).

É... meu cartão de vacinação está em dia e, eu, na verdade, tenho um problema uterino, que eu tomo anticoncepcional injetável intramuscular e eu vou lá. Só que, tipo assim, é um anticoncepcional feminino que eu tenho que ir lá tomar, então, eu fico um pouco assim (constrangido) de ir lá tomar. Eu acho que, não sei, as pessoas não vão julgar falando na minha cara, mas eu não acho que todo mundo olha para mim falando: "Ah, tudo bem". Porque eu ainda não tomo hormônio, então minha voz ainda é feminina, meu corpo ainda é todo moldado nos padrões femininos, mesmo eu usando algumas coisas, eu usando um binder ou roupas mais largas, ainda não é exatamente como as pessoas veem as outras. Então, eu não acho que elas aceitam 100% (E10, homem, transgênero, heterossexual).

O tratamento para que as pessoas transgênero possam fazer uma transição, adequando o corpo ao gênero ao qual têm pertencimento, foi instituído no SUS desde 2008, com regulamentação pela Portaria Nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Nessa portaria ficou estabelecido que o processo transexualizador deve ser feito na rede ambulatorial especializada, ficando a APS como porta de entrada para que o usuário seja atendido integralmente e possa ser encaminhado ao tratamento.

Em novembro de 2017, foi inaugurado em Belo Horizonte o Ambulatório Trans Aniky Lima do Hospital Eduardo de Menezes, da Rede Fhemig. Foi um avanço para o acesso ao tratamento, porém, o atendimento é restrito a dois dias da semana e a localização é distante do centro de cidade, o que foi avaliado com problema pelos usuários que buscaram esse serviço. Além disso, foi dito também do estigma que é atribuído ao Hospital Eduardo de Menezes por ele ser referência para pacientes em tratamento para HIV, sendo um preconceito sentido, inclusive, pelos próprios entrevistados.

Como o Centro de Saúde é o serviço mais próximo das pessoas, os usuários transgênero estão buscando os centros de saúde para resolver suas demandas prioritárias. Como a hormonização não é oferecida no Centro de Saúde, muitos passam a fazer uso de hormônios por conta própria, colocando sua saúde em risco.

Depois dessa que era no convênio, eu não me lembro quem me deu uma... eu não lembro com quem eu conversei e me deu a ideia de ir no posto de saúde daqui do bairro. E eu estive lá e aí eu abri meu jogo, conversei com a... era uma... endócrino também... só que ela trabalhava lá como clínica médica, médico geral, clínica geral. Aí, eu conversei com ela, sobre o meu assunto, meu caso, tudo... e isso foi em 2013, foi uma das primeiras vezes que eu fui no posto de saúde assim. Mas, de novo, aquele mesmo problema: como ela não tinha conhecimento na área dessa transexualidade, dessa parte de gênero, essa coisa toda, ela também não quis fazer (a receita). (...) E eu conheci o Eduardo de Menezes só há dois anos atrás. Foi em janeiro do ano passado. Acho que foi em janeiro de 2018 que criaram o ambulatório do Eduardo de Menezes... Então lá que eu comecei a ter o... a... a taxa hormonal medida, tudo com acompanhamento médico. Mas lá também tem aquela coisa assim, que você tem uma consulta de 3 em 3 meses, depois, dependendo da sua evolução você passa a ter de 6 em 6 meses... E com essa pandemia, praticamente esse ano eu não tive, né? Esse ano não teve nada, então eu estou... eu vou ter que ir ao médico meu. O que poderia fazer para mim é passar os exames de taxa hormonal, como é que ela está para poder saber. Porque eu mantenho meu tratamento hormonal hoje pelo que tem na minha receita (E9, mulher, trans, homossexual).

Já tive um acesso ao ambulatório Anyky Lima, né, que é o que fica dentro do Eduardo de Menezes. Eu, particularmente, não gosto do local porque já é um local estigmatizado pela questão do HIV/Aids e todas as vezes que a gente vai a esse local, as pessoas que estão de fora acham que a gente está lá.. a gente corre o risco de ver pessoas conhecidas, encontrar com técnicos da área da saúde que possam nos conhecer e achar que a gente vai nesse local porque a gente está com HIV ou porque a gente está com aids terminal. Eu acho um local muito estigmatizado, mas sou muito a favor do ambulatório Anyky Lima, sim. Essa hormonização que é feita também, essa terapia hormonal pode ser feita na UBS, assim, que é mais próximo de casa. Eu acho lá muito longe...(E13, mulher, trans, heterossexual).

Eu acho que talvez poderiam ter mais pessoas assim no centro de saúde, porque por exemplo, alguns hospitais especializados nisso, não tem muitos, no Brasil inteiro, na verdade, né? Então, assim, é muito difícil conseguir e eu acho que se tivesse isso mais perto da pessoa, por exemplo, no centro de saúde que é muito mais acessível para todo mundo do bairro, e existem vários, em todas as cidades... (E10, homem, trans, heterossexual).

Outro aspecto que surgiu como desafio para a abordagem da saúde sexual foi a respeito das dificuldades da enfermagem dos centros de saúde. Foi relatada a necessidade de as enfermeiras entenderem e aceitarem sua própria sexualidade, além de haver ampliação da capacidade de escuta de enfermagem para a saúde sexual, incluindo e capacitando também as técnicas de enfermagem para tal.

A gente precisava preparar melhor os nossos técnicos, sabe? Às vezes até nas formas de abordagem, sabe? Porque, de repente eles podem suprir um pouco a

nossa falta de tempo, para poder triar, para poder acolher, acolher melhor certas demandas (ENF7).

Acho que o maior desafio da enfermagem, eu acho que sempre vai ser a escuta. Acho que se você não conseguir ter uma escuta qualificada, né... às vezes você não consegue direcionar o usuário (ENF9).

Ficou evidente o desafio de ampliar, no contexto da APS, a concepção da saúde sexual como parte da integralidade, para que os profissionais possam vê-la como uma demanda permanente a ser incorporada no planejamento das ações em saúde e não como mais um trabalho isolado a ser feito.

Essa necessidade foi identificada tanto pela análise das narrativas das enfermeiras quanto dos usuários.

Então, eu acho que é um desafio grande, como tantas outras áreas, que deveriam estar sendo trabalhadas de uma forma melhor, pensando na integralidade, já que somos seres humanos e enquanto seres humanos nós precisamos ter saúde sexual. (...) Eu acho que ainda a gente tem que avançar, criar outros métodos para realmente, se a gente pensar numa saúde, abordar a saúde de forma integral, a gente ainda tem que caminhar muito para essa via aí. (ENF3).

Nossa, o desafio é grande, né? De introduzir isso como saúde mesmo, em si, como bem-estar (ENF6).

É porque eu vejo que abordar sexualidade faz parte da saúde do ser humano, como um todo, então eu não posso focar só na pressão alta, no diabetes, no remédio para dormir, na diarreia, na dor de estômago. Eu tenho que focar em outras coisas, outras coisas não... eu também tenho que focar na sexualidade. A sexualidade faz parte da saúde do ser humano, da vida de todo mundo, é como comer, respirar... Sexo é... faz parte de tudo (ENF1).

Eu acho que tem que trabalhar sim, isso com as mulheres. Eu vejo muitas mulheres é... que são travadas, como já aconteceu comigo. A pessoa fica agoniada, com depressão. E tudo faz parte dessa sexualidade, que às vezes a pessoa tem esse tabu (E4, mulher, cisgênero, heterossexual).

Olha, como você está abordando o assunto da sexualidade, principalmente em postos de saúde, porque eu sei que tem uma demanda muito grande e eu sei que é necessário e que isso às vezes fica um pouco a desejar, em alguns lugares, sim. Eu acho assim, que os profissionais que atendem nesses postos de saúde deveriam abordar com mais seriedade essas mocinhas, né, as crianças moças, essas adolescentes. Hoje a gente vê, nas ruas, que tem muita criança já se prostituindo, e é uma tristeza enorme (E2, mulher, cisgênero, heterossexual).

As enfermeiras ressaltam que alguns públicos precisam de projetos específicos, dada a complexidade que visualizam para a abordagem da saúde sexual dessas pessoas. Citam os adolescentes e os homens como público para essa abordagem desafiadora, afirmando que lhes faltam, nesses casos, a compreensão técnica e a forma de atrair esse público para ações no centro de saúde. Quando citam

estes desafios, não mencionam a população LGBTQIA+ ou a população transgênero, especificamente. Provavelmente porque, para esse público específico, o desafio é ainda anterior, no campo da aceitação, da quebra de preconceitos.

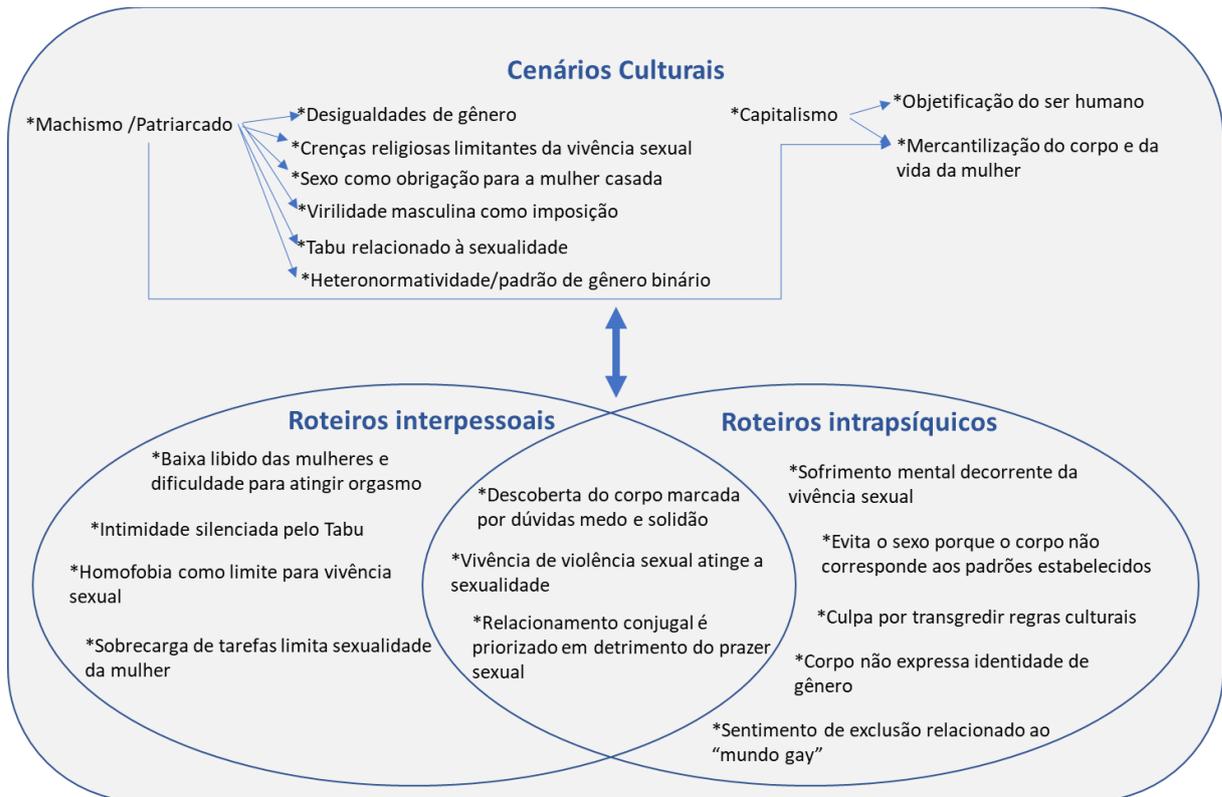
Então eu acho que a gente tinha que preparar projetos nesse sentido de estar indo atrás do nosso adolescente, não é? Para começar preparar ele melhor para a questão da sexualidade mesmo, da iniciação e tudo mais. Então, assim, eu acho que um dos entraves, mesmo, para a gente um pouco também é isso, sabe? A demanda. Eu vejo que a gente ainda está muito hoje... a gente tenta fazer o atendimento preventivo, né, mas a gente ainda está muito na área curativa, tá? (ENF7).

Os resultados qualitativos apresentados estão sintetizados a partir da categoria teórica dos roteiros sexuais. O limite entre os roteiros é tênue e muitas vezes se entrecruzam nos aspectos vivenciados pelos usuários. Porém, destacar os pontos mais relevantes relacionados a cada um deles nos auxilia na compreensão mais aprofundada dos roteiros elaborados pelos usuários e pode ser útil na abordagem da saúde sexual, mostrando as dificuldades que precisam ser superadas para que os usuários tenham mais saúde sexual.

Os cenários culturais são um “pano de fundo” para todos os outros aspectos, por isso, no esquema apresentado aparecem englobando os outros roteiros. Os pontos de intercessão são onde os roteiros são marcados tanto por aspectos interpessoais como intrapsíquicos, não sendo possível separá-los.

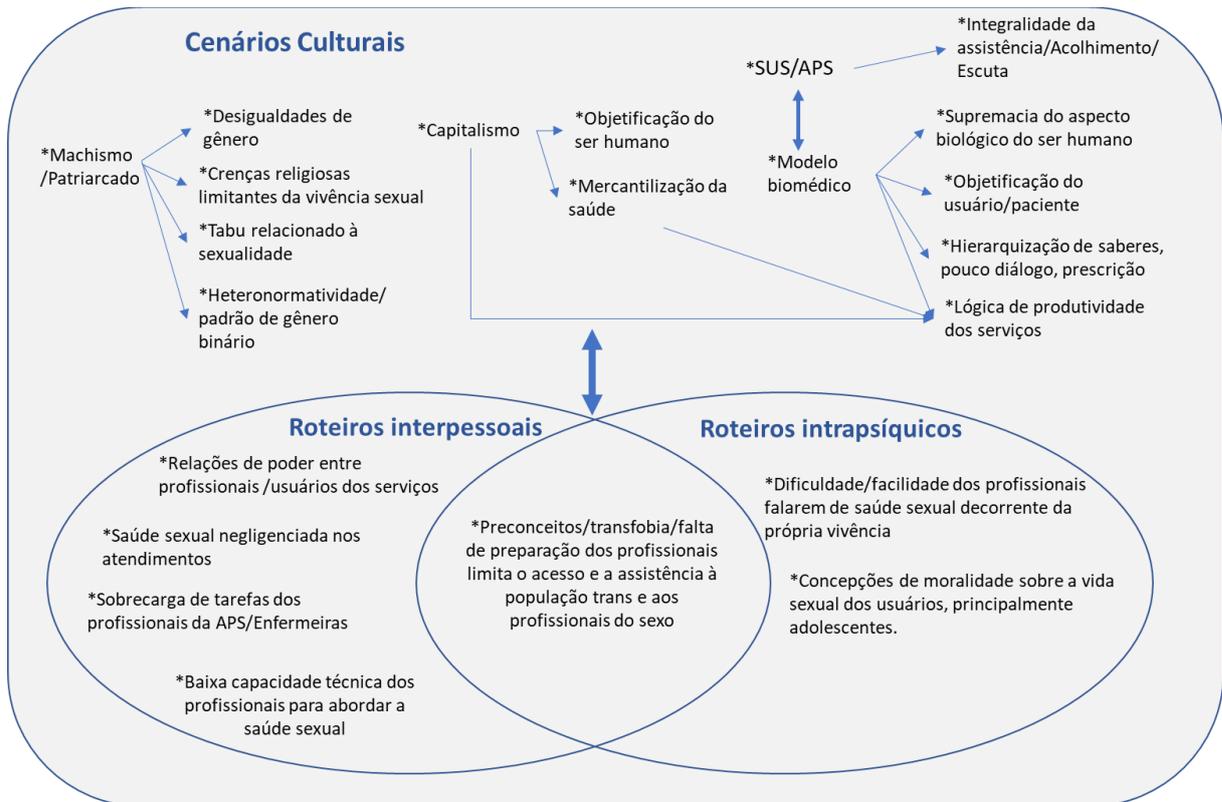
A Figura 4 apresenta a categoria “Necessidades e problemas dos usuários”, evidenciando os cenários culturais e os roteiros interpessoais e intrapsíquicos relacionados a essas demandas.

Figura 4: Síntese dos roteiros sexuais a partir das necessidades e problemas narrados pelos usuários



A Figura 5 apresenta a categoria “Abordagem da saúde sexual no contexto da Atenção Primária à Saúde”, relacionada aos cenários culturais e aos roteiros interpessoais e intrapsíquicos que foram identificados nas narrativas das enfermeiras e dos usuários. Essa elaboração não se aplica exclusivamente à experiência sexual dos indivíduos, podendo ser ampliada para outros aspectos da vida (GAGNON, 2006), o que justifica olharmos também para a abordagem da saúde sexual e as relações estabelecidas entre profissionais e usuários, a partir desta lente. Mais uma vez ressalta-se que os roteiros se entrecruzam nos aspectos vivenciados pelos participantes.

Figura 5: Cenários culturais e roteiros interpessoais e intrapsíquicos na abordagem da saúde sexual na APS



3.2 Resultados quantitativos

3.2.1 Caracterização das(os) enfermeiras(os) de ESF participantes

As(os) enfermeiras(os) participantes do estudo se declararam majoritariamente mulheres (88,1%), e não houve nenhum participante transgênero. A faixa etária que incluiu a maior parte de enfermeiras e enfermeiros foi entre 31 e 40 anos (47,4%). A maioria das(os) profissionais participantes é praticante de alguma religião (74,3%), tem mais de 10 anos de conclusão da graduação (71,9%) e possuem acima de cinco anos de atuação como enfermeira(o) na APS (79,4%). Quanto à formação complementar em sexualidade, 91% das(os) participantes afirmaram não possuir nenhuma formação complementar. Esses dados estão detalhados na Tabela 2.

Tabela 2: Caracterização das(os) enfermeiras(os) participantes, Belo Horizonte, 2020.

Sexo (n= 210)	n	%
Feminino	185	88,10
Masculino	25	11,90
Idade (n=209)	n	%
21 a 30	17	8,10
31 a 40	99	47,40
41 a 50	59	28,20
51 a 60	30	14,40
acima de 60	4	1,90
Praticante de alguma religião (n=210)	n	%
Sim	156	74,30
Não	54	25,70
Tempo de conclusão da graduação (n= 210)	n	%
Menos de 1 ano	7	3,30
Entre 1 e 5 anos	17	8,10
Entre 5 e 10 anos	35	16,70
Acima de 10 anos	151	71,90
Tempo de trabalho na APS (n=209)	n	%
Menos de 1 ano	23	11,00
Entre 1 e 5 anos	20	9,60
Entre 5 e 10 anos	64	30,60
Acima de 10 anos	102	48,80
Formação complementar em sexualidade (n=210)	n	%
Sim	17	9,00
Não	191	91,00

3.2.2 Abordagem da saúde sexual pelas(os) enfermeiras(os) de ESF

Entre as(os) participantes, 91,4% disseram abordar as questões de saúde sexual em seus atendimentos, contrariando a hipótese levantada de que poucos abordariam essa questão. Entre estes, 48,7% afirmam, no entanto, que as abordam poucas vezes, enquanto 27,7% disseram abordar muitas vezes. A maior fração das(os) participantes afirmou sentir necessidade de abordar a saúde sexual poucas vezes (38,7%) em seus atendimentos, enquanto 36,2% disseram que sentem essa necessidade muitas vezes. Sobre o usuário expressar a demanda relativa à saúde sexual no atendimento, 75,1% das(os) participantes disseram que isso ocorre poucas vezes.

As(os) enfermeiras(os) foram questionadas(os) sobre o público que, na opinião delas(es), possui demandas de saúde sexual que deveriam ser abordadas por

elas(es) nos centros de saúde. Era permitido marcar até todas as opções. A população mais frequentemente citada (98,1%) entre as(os) 209 respondentes foi a dos adolescentes. A menor frequência de respostas foi para o público “Crianças” (46,4%), seguido de “Portadores de doenças crônicas como HAS e DM” (67,5%).

Por fim, as(os) enfermeiras(os) foram questionadas(os) sobre quais fatores poderiam potencializar a abordagem da sexualidade nas suas práticas de cuidado. A resposta mais frequente foi “Formação complementar/Conhecimento específico sobre o assunto”, com 88,6%. A menos escolhida foi “Formação Acadêmica”, com 65,2%.

Os dados referentes à abordagem das(os) enfermeiras(os), público-alvo e fatores potencializadores encontram-se detalhados na Tabela3.

Tabela 3: Abordagem das(os) enfermeiras(os), público-alvo e fatores potencializadores, Belo Horizonte, 2020.

Aborda questões de saúde sexual (n=210)	n	%
Sim	192	91,40
Não	18	8,60
Se sim, com qual frequência? (n=191)		
Nunca	0	0,00
Poucas vezes	93	48,70
Metade das vezes	33	17,30
Muitas vezes	53	27,70
Sempre	12	6,30
Enfermeira(o) sente necessidade de abordar saúde sexual (n=207)	n	%
Nunca	2	0,90
Poucas vezes	80	38,70
Metade das vezes	32	15,50
Muitas vezes	75	36,20
Sempre	18	8,70
Usuário apresenta demanda para a(o) enfermeira(o) (n= 209)	n	%
Nunca	1	0,50
Poucas vezes	157	75,10
Metade das vezes	24	11,50
Muitas vezes	23	11,00
Sempre	4	1,90
Público com demanda em saúde sexual (n=209)	n	%
Adolescentes	205	98,10
Gestantes	186	89,00
Pessoas diagnosticadas com IST	183	87,60
Adultos	181	86,60
Parceiros de pessoas infectadas com IST	176	84,20
Parceiro de gestantes	171	81,80
População LGBT	167	79,90
Profissionais do sexo	166	79,40
Idosos	161	77,00
Heterossexuais	161	77,00
Portadores de doenças crônicas como HAS e DM	141	67,50
Crianças	97	46,40
Todas as respostas anteriores	93	44,50
Outro	1	0,50
Fatores potencializadores (n=210)	n	%
Perfil individual do profissional	153	72,90
Formação acadêmica (graduação)	137	65,20
Formação complementar/conhecimento específico	186	88,60
Protocolos assistenciais	178	84,80
Todas as respostas anteriores	119	56,70

Na análise da abordagem dos profissionais em comparação com os fatores sociodemográficos dos mesmos, não foram encontradas diferenças significativas de abordagem em relação ao sexo, idade e prática religiosa (dados não mostrados).

A comparação entre a abordagem da(os)s profissionais e a frequência em que as(os) enfermeiras(os) sentem necessidade de realizá-la em seus atendimentos mostra que entre as(os) enfermeiras(os) que declaram não abordar a saúde sexual em seus atendimentos, 75% sentem essa necessidade poucas vezes enquanto, entre as(os) enfermeiras(os) que declaram abordar a saúde sexual, 38,7% sentem essa necessidade muitas vezes e 35,6% poucas vezes (Tabela 4, $p < 0,0001$).

Tabela 4: Comparação entre a abordagem das(os) enfermeiras(os) e a frequência em que elas(es) sentem necessidade de abordar a saúde sexual em seus atendimentos, Belo Horizonte, 2020.

Enfermeira(o) aborda saúde sexual nos atendimentos	Enfermeira(o) sente necessidade de abordar saúde sexual nos atendimentos											
	Nunca		Poucas vezes		Metade das vezes		Muitas vezes		Sempre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Não	2	12,50	12	75,00	1	6,25	1	6,25	0	0,00	16	100,00
Sim	0	0,00	68	35,60	31	16,23	74	38,74	18	9,42	191	100,00
Total	2	0,97	80	38,65	32	15,46	75	36,23	18	8,70	207	100,00

A comparação entre a abordagem das(os) profissionais e a frequência em que os usuários apresentam demandas relativas à saúde sexual mostra que, entre as(os) enfermeiras(os) que declaram não abordar a saúde sexual em seus atendimentos, 100% dizem que os usuários expressam poucas vezes essa demanda nos atendimentos. Entre as(os) enfermeiras(os) que declaram abordar a saúde sexual, 72,7% dizem que os usuários expressam poucas vezes essa demanda e 14,13% dizem que os usuários expressam muitas vezes ou sempre (Tabela 5, $p < 0,0001$).

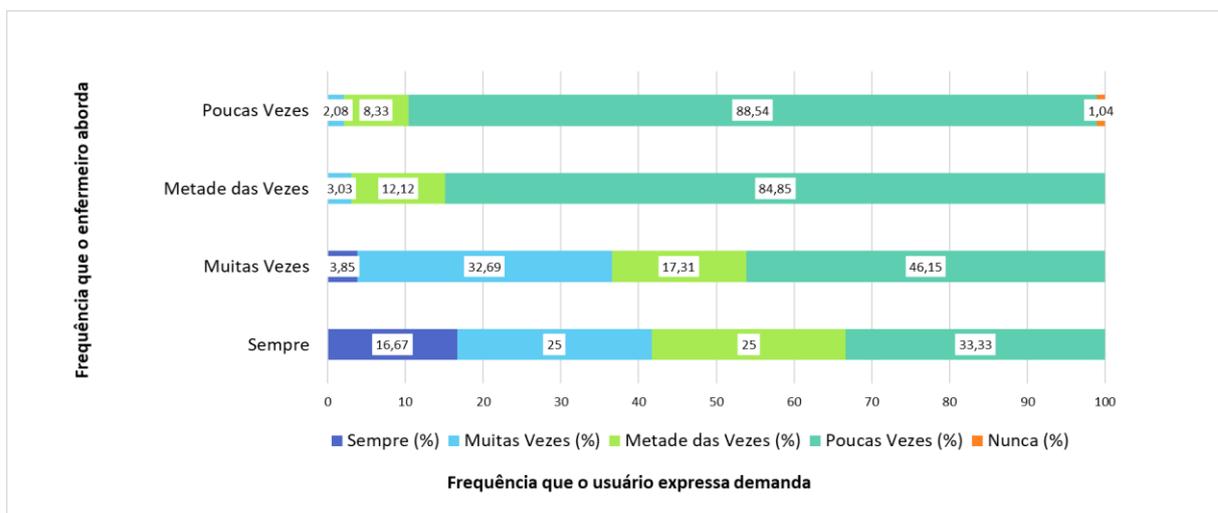
Tabela 5: Comparação entre a abordagem das(os) enfermeiras(os) e a frequência em que os usuários expressam demandas em saúde sexual em seus atendimentos, Belo Horizonte, 2020.

Enfermeira aborda saúde sexual nos atendimentos	Usuário expressa demanda relativa à saúde sexual nos atendimentos											
	Nunca		Poucas vezes		Metade das vezes		Muitas vezes		Sempre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Não	0	0,00	18	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	18	100,00
Sim	1	0,52	139	72,77	24	12,57	23	12,04	4	2,09	191	100,00
Total	1	0,48	157	75,12	24	11,48	23	11,00	4	1,91	209	100,00

Entre as(os) enfermeiras(os) que dizem abordar a saúde sexual dos usuários (n=191), comparou-se a frequência de abordagem com a frequência em que o usuário expressa demanda relativa à saúde sexual ($p < 0,0001$). Nota-se que quanto menos a(o) enfermeira(o) aborda, menos o usuário expressa demandas em saúde sexual. Isso está exposto no Gráfico 1 que mostra a distribuição dessas frequências de forma detalhada, evidenciando também que a coincidência entre a frequência que as(os) enfermeiras(os) abordam e a frequência que os usuários expressam a demanda ocorre em maior proporção somente no caso da abordagem poucas vezes (88,54%).

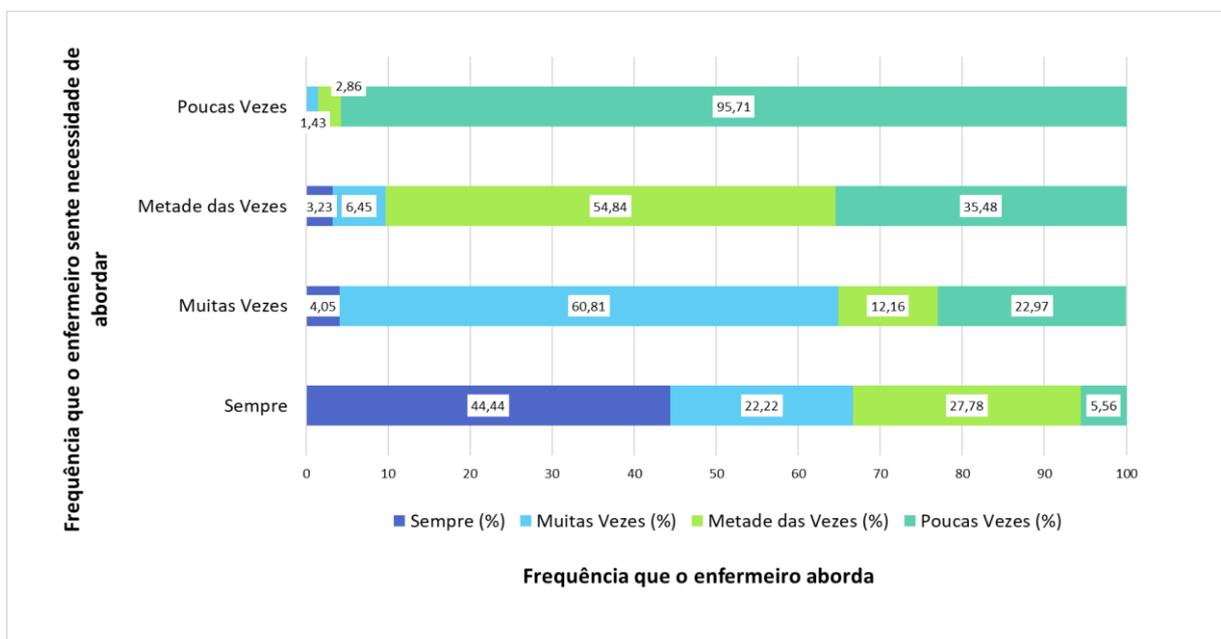
No Apêndice H pode-se acessar uma explicação mais detalhada para a interpretação dos Gráficos 1 e 2.

Gráfico 1: Comparação entre a frequência de abordagem das(os) enfermeiras(os) e a frequência em que os usuários expressam demandas em saúde sexual, Belo Horizonte, 2020.



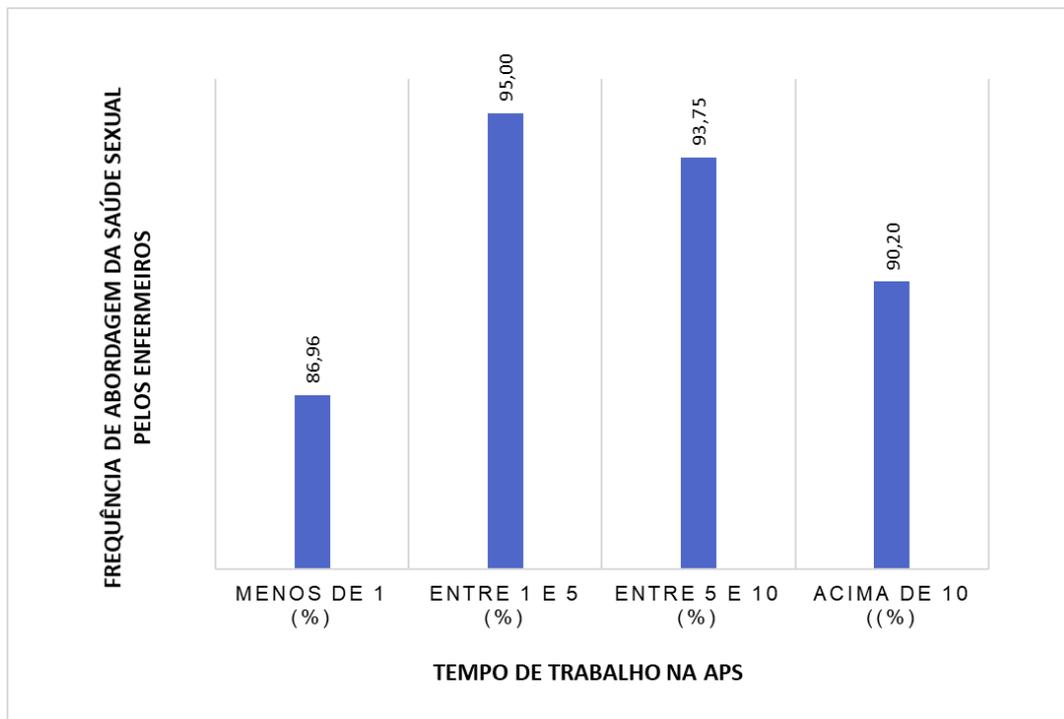
Entre as(os) enfermeira(o)s que dizem abordar a saúde sexual dos usuários (n=191), comparou-se a frequência que a(o) enfermeira(o) sente necessidade de abordar a saúde sexual com a frequência que a(o) enfermeira(o) a aborda ($p < 0,0001$). O Gráfico 2 mostra essa comparação, evidenciando que a abordagem da saúde sexual ocorre com menos frequência do que a percepção da necessidade de abordar. Novamente, a maior proporção de coincidência entre a abordagem pelas(os) enfermeira(os) e a frequência que sentem necessidade de abordar ocorre quando se trata de “poucas vezes”. Entre o total de enfermeiros que sempre sentem a necessidade de abordar, por exemplo, apenas 44, 4% abordam sempre. Entre os que sentem a necessidade muitas vezes, 22, 9% abordam poucas vezes.

Gráfico 2: Comparação entre a frequência que as(os) enfermeira(os) sentem a necessidade de abordar a saúde sexual e a frequência em que abordam, Belo Horizonte, 2020.



Ao comparar a frequência de abordagem da saúde sexual pelas(os) enfermeira(os) com o tempo de atuação na APS, explicita-se que não houve relação direta entre aumento do tempo e essa frequência, como mostra o Gráfico 3.

Gráfico 3: Comparação entre a abordagem da saúde sexual pelas(os) enfermeira(os) e o tempo de atuação na APS (em anos), Belo Horizonte, 2020.



Ao se comparar, também, a abordagem da saúde sexual pelas(os) enfermeira(os) e a presença de formação complementar em sexualidade, observou-se que todos as(os) enfermeira(os) que não a realizam não possuem formação complementar, ao passo que todos que possuem formação complementar o fazem, tornando esse um aspecto relevante a ser observado.

3.3 Mixagem entre os resultados quantitativos e qualitativos

A partir dos resultados quantitativos e qualitativos, foi possível observar os pontos de convergência que contribuíram para responder aos objetivos propostos inicialmente. Tais pontos são sintetizados no Quadro 9 e discutidos na próxima sessão.

Quadro 9: Mixagem dos resultados quantitativos e qualitativos

4 DISCUSSÃO

4.1 Relação entre os resultados qualitativos e quantitativos

Há convergências e divergências entre os resultados dos eixos qualitativo e quantitativo da presente investigação, que teve como questão central, no eixo quantitativo, a abordagem da saúde sexual pelas enfermeiras no contexto da APS. A primeira convergência importante diz respeito à afirmação das enfermeiras de que abordam a saúde sexual em seus atendimentos, o que contraria a hipótese levantada para o eixo quantitativo. Entretanto, ao se analisar detidamente os dados, verifica-se que essa abordagem ocorre com baixa frequência e é focada na dimensão fisiológica, nos riscos de contrair IST e de ter uma gestação indesejada. Há invisibilidade sobre as reais demandas dos indivíduos, que resulta em abordagens reducionistas e mesmo equivocadas no contexto amplo em que se insere a saúde sexual, o que também foi verificado em estudo que investigou a abordagem a adolescentes por enfermeiros da APS (SEHNEM *et al.*, 2019).

As enfermeiras podem não enxergar as necessidades no campo da sexualidade dos usuários da atenção primária à saúde porque têm um cenário cultural desfavorável, de falta de formação adequada, de preconceitos, de silenciamentos, o que contribui para reforçar fragilidades intrapsíquicas e interacionais que fazem parte de suas trajetórias de vida. Porém, como elemento central dos cuidados de enfermagem, no campo da sexualidade, está a comunicação (GIAMI; MOREAU; MOULIN, 2015). Conseguir incluir a subjetividade e histórias de vida é ação comunicacional que exige respeito e liberdade entre os profissionais e os usuários dos serviços. É ação a ser construída individual e coletivamente, fundamentada nas responsabilidades dos serviços de saúde e dos profissionais, com ética e competência.

A abordagem aos adolescentes, frequentemente ressaltada pelas profissionais entrevistadas no presente estudo, ilustra essa questão. As enfermeiras consideraram o assunto da saúde sexual e da sexualidade como fundamental para este público. Paralelamente, foi bastante recorrente nas narrativas das enfermeiras, os desafios e dificuldades para estabelecer vínculos com os adolescentes. A preocupação foi convergente nos eixos qualitativo e quantitativo, posto que os adolescentes foram citados como tendo demandas em saúde sexual pela maioria dos profissionais que

participaram, mas restringindo-se quase que exclusivamente às formas de prevenção da gravidez e das IST. É contraditório que os profissionais que mais deveriam atuar na promoção da saúde, num momento em que seria tão importante trabalhar, de forma ampla, a sexualidade na adolescência, focam seu olhar nas questões puramente biológicas (SEHNEM *et al.*, 2019).

Esses são conteúdos importantes, pois os índices de gravidez na adolescência são altos (WHO, 2018), bem como são crescentes os de HIV nessa faixa etária (BRASIL, 2018). Porém, focar, de uma forma prescritiva, e somente nesse conteúdo, como os resultados mostram, parece ser ineficaz para o processo de comunicação e não corresponde às demandas dos usuários. Os profissionais perdem oportunidade de dialogar com os adolescentes, acabam por não acolhê-los em suas angústias e depois não entendem porque é tão difícil manter o vínculo com esse grupo de usuários.

Os usuários explicitam, em suas narrativas, que as causas de sofrimento na adolescência são, sobretudo, o medo diante do desconhecido, a ansiedade causada pelas mudanças corporais, as dúvidas e os desejos sexuais que nem sempre são condizentes com os padrões heteronormativos. Os adolescentes, que começam a se relacionar afetiva sexualmente estão em um cenário cultural no qual o machismo, preconceitos e estereótipos persistem, e não têm, muitas vezes, a quem recorrer para conversar, sentindo-se sozinhos e desamparados em suas demandas de saúde sexual. Ao interagirem com os profissionais de saúde, nas raras vezes em que isso ocorre (SEHNEM *et al.*, 2019), não são ouvidos, nem acolhidos adequadamente.

A comunicação centrada no paciente é apontada como um dos principais elementos da abordagem profissional com potencial para melhorar os resultados em saúde (FUZZELL *et al.*, 2017; DALSTROM; PARIZEK; DOUGHTY, 2020). Porém, os roteiros intrapsíquicos, interacionais e culturais subsidiam o cenário profissional no qual os cuidados no campo da sexualidade, quando ocorrem, são tangenciais, com negação ou subestimação da sua importância. Para incluí-los, não se pode esperar mudanças sociais rápidas, mas a construção de normas institucionais que explicitem e garantam a importância destes cuidados, pelo aprendizado e disponibilidade dos profissionais para neles investirem, de forma segura, clara e livre de preconceitos. Por exemplo, a garantia da privacidade do adolescente nos atendimentos e a iniciativa do profissional em tocar no assunto sobre as questões mais delicadas são elementos que

umentam as chances de sucesso no diálogo com os usuários (DALSTROM; PARIZEK; DOUGHTY, 2020; SEHNEM *et al.*, 2019).

A promoção de uma vida sexual saudável inclui outros aspectos além dos biológicos, fundamentando-se na compreensão da sexualidade como parte natural da vida, quebrando tabus e estimulando o diálogo sobre o assunto e o esclarecimento de quaisquer dúvidas que possa haver. O estímulo ao autoconhecimento do corpo, à autonomia, à liberdade de escolha, ao respeito às diferentes culturas, orientações sexuais e identidades de gênero são necessários e devem subsidiar as abordagens e os cuidados dos usuários dos serviços de saúde, em qualquer idade, da criança ao idoso (BRASIL, 2017; SEHNEM *et al.*, 2019). Além disso, é indispensável que os profissionais reconheçam os direitos sexuais dos indivíduos e se reconheçam como agentes importantes na garantia desses direitos (LEMOS, 2014).

Outra convergência encontrada na análise dos resultados da presente pesquisa foi a dificuldade de usuários expressarem demandas em saúde sexual aos profissionais de saúde. No estudo quantitativo, entre as enfermeiras, há o entendimento de que a maioria dos usuários expressam essas demandas poucas vezes, o que também foi observado em estudo sobre queixas sexuais em mulheres no pós parto (O'MALLEY; SMITH; HIGGINS, 2021). Complementarmente, no estudo qualitativo, tanto os usuários quanto as enfermeiras entrevistadas falaram dessa dificuldade e atribuíram ao tabu em torno da sexualidade a causa para esse problema. O tabu é considerado como algo proibido em determinada lei ou cultura. Algo que não se pode nem mesmo tocar ou mencionar, sob risco de receber castigo divino ou de origem sobrenatural (RIBEIRO, 2018). Entretanto, o estudo quantitativo mostrou que quanto mais a(o) enfermeira(o) aborda esse tema, mais o usuário apresenta suas demandas. Nesse sentido, infere-se que pode haver uma resistência inicial em tocar no assunto da sexualidade, motivada pelo tabu, porém, ao entrar no assunto, há abertura dos usuários para se expressarem, como encontrado também em outro estudo (DANTAS; COUTO, 2018).

O processo metodológico da pesquisa mostrou as barreiras para se falar do tema: muitos usuários recusaram participar da pesquisa ao saber do conteúdo relacionado à sexualidade. Entre os que aceitaram participar, alguns disseram, no momento avaliativo, que ficaram inicialmente apreensivos, mas durante a entrevista afastaram a resistência ou dificuldade em expressar seus pensamentos, necessidades e problemas relativos à saúde sexual. Isso mostra a importância da

ação e postura de escuta do profissional para quebrar o tabu, ao dar voz e reconhecer as demandas sexuais dos usuários (GARCIA; LISBOA, 2012; MENEGHEL; ANDRADE; HESLER, 2021). Assim, confirma-se o pressuposto estabelecido para a etapa qualitativa de que há muitos problemas e necessidades que podem surgir ao se dar oportunidade de expressão aos usuários, com a construção de uma interação sem julgamentos, com fundamentos nos conhecimentos científicos e com possibilidade de re/elaboração dos conhecimentos e representações, reconhecendo plenamente os direitos humanos e sexuais.

As enfermeiras entrevistadas na etapa qualitativa, de modo geral, afirmaram que a experiência prática adquirida com a atuação na APS é um elemento que contribui para a abordagem da saúde sexual em seus atendimentos. Assim, supõe-se que a abordagem do assunto seja mais frequente entre os profissionais com mais tempo de atuação. Entretanto, os resultados quantitativos não confirmam isso. Esses mostraram que há diversas limitações, tanto nos roteiros individuais como no cenário cultural, tais como as concepções sobre sexualidade e saúde sexual, a falta de privacidade nos serviços de atenção primária, a falta de tempo e a sobrecarga de funções das enfermeiras, sendo que, assuntos sobre a sexualidade, em geral, não são incluídos numa perspectiva de integralidade da saúde.

Quanto aos fatores potencializadores para a abordagem da saúde sexual, as enfermeiras entrevistadas ressaltaram a importância da formação complementar para instrumentalizar os profissionais para a abordagem à saúde sexual. Nos resultados quantitativos, esse foi o aspecto mais citado pelos profissionais como potencializador para sua inclusão no cotidiano das ações de atenção primária que desenvolvem. Além disso, todos os profissionais que tinham formação complementar em sexualidade disseram abordar a saúde sexual nos seus atendimentos, outro fator que corrobora essa importância, também mencionada em outros estudos (ONU, 2015; CHAZAN, 2019; NASSER *et al.*, 2017; DE CARVALHO PEREIRA; TARRAGON *et al.*, 2020).

A realização dos testes rápidos de IST foi apresentada pelos profissionais como oportunidade para a abordagem da saúde sexual, algo que pode ser visto como um avanço que foi implantado na rede de APS nos últimos anos e que vem sendo cada vez mais incorporado nas ações das ESF (COUTO, 2013; NASSER *et al.*, 2017; PAIVA; CAETANO, 2020; PINHEIRO). A abordagem na execução de testes rápidos de IST exige certa disponibilidade para tratar de temas considerados sensíveis e complexos, além de aliar o conhecimento técnico à abertura para dialogar sobre

preferências e comportamentos sexuais. A extensão desta abordagem, com sua inclusão em outros atendimentos, pode propiciar novos caminhos e fortalecimento de aspectos mais amplos relacionados à promoção da saúde sexual, o que foi também mostrado em estudo anterior (NASSER *et al.*, 2017).

4.2 Dimensão cultural da saúde sexual

Na dimensão cultural dos roteiros sexuais, segundo Gagnon (2006), há o cenário, o pano de fundo, no qual se constroem as crenças e representações que acompanham os indivíduos ao longo de suas vidas, alimentando o cenário e sendo modificadas por ele. As instituições (família, igreja, Estado, escola, mídia, mercado, serviços de saúde etc.) estão sempre em disputa pelas pessoas e grupos sociais para fazer prevalecer as crenças e normas sociais que defendem. Elas expressam aspectos ideológicos dos grupos de maior poder social, mas nunca detém controle completo dos cenários sexuais (GAGNON, 2006). Os roteiros sexuais culturais, diferente dos roteiros interpessoais e intrapsíquicos, constituem uma esfera de maior resistência a mudanças (FONTANELLA; GOMES, 2012).

Ao se analisar as narrativas sobre necessidades e problemas relacionados à saúde sexual dos usuários, sobre os quais também as enfermeiras reconhecem a existência, explicitou-se o impacto da cultura machista e das desigualdades de gênero daí decorrentes, como afirmado em outro estudo (SENA, 2020). Embora haja avanços históricos nesse sentido, principalmente conquistados com as lutas dos movimentos sociais feministas, LGBTQIA+ e por direitos humanos, são problemas enraizados no cenário cultural (GONZALEZ, 2014). Os impactos desses aspectos da cultura aparecem nas demandas dos usuários e reforçam o quanto o corpo é uma construção social e não pode ser visto somente no seu aspecto biológico, como destacado em estudos anteriores (DANTAS, J. H. *et al.*, 2020; SENA, 2020).

Quando um entrevistado participante do presente estudo diz que ser gordo limita sua sexualidade, por vergonha de expor sua barriga, ou uma entrevistada diz que sofria na escola por não ter o peso “adequado” ou, ainda, quando um homem sofre porque já não tem o mesmo vigor que tinha aos vinte e cinco anos de idade, a fonte das dificuldades interativas e psíquicas encontram-se nos padrões de beleza e de comportamento sexual impostos pela cultura. Esta é uma produção social que, alinhada com o machismo, expressa os valores mercantis do sistema econômico, no

qual o consumo de mercadorias necessita dos valores subjetivos dos indivíduos e comunidades para se expandir e dar lucros (NASCIMENTO; PRÓCHNO; SILVA, 2012). O corpo é objetificado e transformado em mercadoria pela indústria da beleza (NASCIMENTO; PRÓCHNO; SILVA, 2012). As mulheres são vistas como objetos de desejo e de consumo e seus corpos são apropriados e utilizados para o prazer do outro. Dos homens, é esperado o comportamento viril, uma performance sexual que não tem lugar para falhas e o envelhecimento é motivo de angústia (PINHEIRO; COUTO; SILVA, 2011; CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013; VASCONCELOS *et al.*, 2016).

O padrão de gênero binário (feminino/masculino) e de orientação sexual heteronormativa torna-se, portanto, expressão da cultura machista na qual se fundam os estereótipos que servem de pano de fundo do preconceito, violência e homofobia, sofridos pelas usuárias e usuários transgêneros, e pelos cisgêneros homo e bissexuais nos serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2020b; SENA, 2020).

Os serviços de saúde, mais propriamente a APS, são regidos por políticas que buscam avançar em aspectos culturais que trazem danos à vida e à saúde das pessoas. Dessa forma, deveriam ser espaços sociais que se contrapõem à cultura machista e às desigualdades de gênero. Porém, muitas vezes as ações da APS podem reforçar essa cultura.

Os documentos oficiais que instauram as políticas e protocolos de atenção integral à saúde da mulher (BRASIL, 2004), à saúde da população LGBTQIA+ (Brasil, 2013), à saúde dos homens (BRASIL, 2008) e à saúde dos adolescentes (BRASIL, 2007), assim como o Caderno de Atenção Básica nº 26 “Saúde sexual e saúde reprodutiva” (Brasil, 2013) expressam, no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, tanto aspectos que podem ser considerados progressistas como conservadores, pois refletem as disputas internas que ocorrem nas instituições, assim como na sociedade como um todo. Se os desafios são grandes para modificar as normas nos documentos oficiais estes são ainda maiores no que se refere às mudanças concretas nas ações dos profissionais e nos serviços ofertados à população. O *modus operandi* institucional reflete concepções e culturas construídas ao longo do tempo e as mudanças são necessárias porque são elas que definem a importância, e, portanto, a existência e a persistência das instituições na sociedade (CASTORIADIS, 1982).

Soma-se ao cenário cultural de machismo e desigualdades de gênero, o contexto político de disputa entre as forças sociais para a consolidação dos princípios

do SUS (GIL; MAEDA, 2013). O SUS é fruto das lutas e organização social no Brasil que definiram um sistema de saúde público universal, com ampliação do acesso a serviços de saúde descentralizados e focados nos territórios e nas famílias, o que aumenta as chances de promoção de saúde e resolutividade dos problemas de forma equânime (GIL; MAEDA, 2013). Entretanto, ainda hoje, os usuários, ao buscarem os serviços da APS, encontram ações e profissionais que subestimam os princípios do SUS, porque estão executando as ações conforme modelos já questionados pela própria implantação do sistema, o que pode se agravar com o novo modelo de financiamento da Atenção Básica, o programa Previne Brasil, onde o financiamento ocorrerá por produção, baseado em indicadores pré-estabelecidos (HARZHEIM, 2020).

Pode-se afirmar que o velho modelo de saúde - biomédico, hierarquizado, pouco dialógico e que enxerga o usuário dos serviços como objeto sobrevive ao lado e em permanente disputa com o novo modelo do SUS. Há uma visão produtivista dos serviços, de performance pelo número de atos, com pouca valorização dos assuntos trazidos pelos usuários, como também mostrado em estudo que analisou as conversas entre enfermeiras e usuários em consultas ginecológicas (MENEGHEL; ANDRADE; HESLER, 2021). Nesse sentido, *“as queixas podem ser minimizadas ou desconsideradas e temas como sexualidade e/ou violências permanecem invisíveis”* (MENEGHEL; ANDRADE; HESLER, 2021, p.283).

Assim, a saúde sexual e a sexualidade não ganham espaço na pretensa atenção integral à saúde, sendo negligenciada nas interações entre profissionais e usuários. Neste espaço permanecem conversas mais palatáveis e seguras, nas quais é mais fácil prescrever medicamentos, exames, insumos e comportamentos, e com menores chances de explicitação de subjetividades, crenças, preconceitos e julgamentos. Portanto, a sexualidade mantém-se silenciada, considerada sempre como um lugar da intimidade e privado de cada pessoa, e problemas persistem causando sofrimentos que poderiam ser prevenidos e cuidados.

4.3 Dimensão interpessoal da saúde sexual

É no encontro, na interação, que se constroem as dimensões interpessoais da sexualidade, por meio do qual o sujeito atende às expectativas das outras pessoas e molda seu comportamento (GAGNON, 2006).

Entre as demandas e necessidades dos usuários relativas à saúde sexual, os roteiros interpessoais devem ser o foco da atenção seja nas situações de violência, de relacionamentos abusivos, seja nas dificuldades expressas pelas mulheres de atingir o orgasmo, ou de baixo desejo sexual, seja nas dificuldades dos adolescentes ou adultos em expressarem sua orientação sexual diversa dos padrões heteronormativos, etc. (DANTAS, J. H. *et al.*, 2020; SENA, 2020), presentes nas narrativas analisadas nesta pesquisa. Reside na dimensão interpessoal o fato de uma pessoa ter orgasmo com o(a) amante e não ter com o(a) cônjuge ou o fato de um(a) adolescente conseguir expressar que é transgênero e o outro não. Significa dizer algo óbvio, mas não tão óbvio para o contexto da saúde: somos seres sociais e relacionais. As atitudes do outro interferem em mim e vice-versa.

Nesse sentido, cabe a reflexão, fundamentada nos resultados, sobre as condições em que ocorrem as interações entre os profissionais e os usuários da APS. As demandas dos usuários clientela não são sempre explícitas e não há abertura para que se expresse, fale de suas experiências, dúvidas, dores e angústias? A abordagem ao usuário permite o diálogo ou se apresenta como “questões de múltipla escolha”, como se já houvesse uma resposta esperada para suas demandas?

Defende-se a atenção integral como norma do SUS, o que deveria incluir a sexualidade nos diferentes ciclos de vida das pessoas, mas perdura a medicalização da vida sexual. As enfermeiras precisam se sentir preparadas para responder aos desafios da atenção integral. Parece necessário que o poder institucional valorize não somente as atividades técnicas, explícitas e contabilizáveis na atenção à saúde, mas o espaço interativo, fundamentado na escuta qualificada e no acolhimento, como definidos nos princípios organizativos da APS, fortalecendo-os.

O enfrentamento do preconceito é constante, por exemplo. Este se definiu, na interpretação dos dados, como elemento forte do cenário cultural presente nas vivências e expressões da sexualidade, seja nas narrativas das enfermeiras, seja na dos usuários da APS. É uma expressão das crenças que aparece nos momentos de interação, também nos serviços de saúde. Um exemplo da força de atitudes discriminatórias mais ou menos veladas, inclusive por profissionais de saúde, está nos relatos, sobretudo o preconceito para com a população LGBTQIA+, o que foi ressaltado em estudos anteriores (GUIMARÃES *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020b). O preconceito apresenta-se mais intensificado em relação às pessoas transgênero e profissionais do sexo e mais velado em relação às pessoas cisgênero homossexuais.

Formas interativas contendo preconceitos relativos à diversidade sexual, nas narrativas de participantes do presente estudo, referem-se ao não respeito ao nome social, às imposições de exames diagnósticos de infecções às pessoas com orientações sexuais não binárias não considerando o motivo de busca ao centro de saúde, o julgamento explícito no atendimento aos profissionais do sexo, corroboradas por achados de outros estudos (BELÉM *et al.*, 2018; DE CARVALHO PEREIRA; CHAZAN, 2019; GUIMARÃES *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020b). Essas ações e atitudes constituem barreiras para que esta população acesse, de forma ampla, os serviços da atenção primária. Muitas vezes, os atendimentos reduzem-se à prevenção e tratamento de IST, e aos exames colpocitológicos, como também foi encontrado em outros estudos (BELÉM *et al.*, 2018; DE CARVALHO PEREIRA; CHAZAN, 2019). Uma das principais demandas da população transgênero é o acesso ao tratamento hormonal para a transição sexual nos centros de saúde. O tratamento dispensado em serviços de APS ocorre somente em algumas experiências piloto recentes (SÃO PAULO, 2020), mas ainda não nos centros de saúde do município de Belo Horizonte. O direito ao tratamento hormonal com sua inclusão na APS ainda não foi reconhecido institucionalmente no Brasil. Os serviços de referência secundária são os responsáveis por tal tratamento (DE CARVALHO PEREIRA; CHAZAN, 2019).

As relações de poder também foram identificadas neste estudo como um aspecto que dificulta a vivência da sexualidade plena e saudável, bem como a atenção à saúde sexual nos serviços da APS. Essas relações se expressam na dimensão interpessoal, tanto nos relacionamentos afetivo-sexuais como na interação entre usuários e profissionais de saúde. Nos relacionamentos afetivo-sexuais, explicitaram-se relações de poder, nesse estudo, quando a mulher deixa de buscar atingir o orgasmo devido ao comportamento repulsivo de seu parceiro em seu primeiro gozo. O mesmo foi identificado na narrativa de um homem que, durante o coito com outro homem, aceitava ser penetrado sem que lhe fosse permitido tocar o corpo do outro ou lhe olhar no rosto como forma de preservar a identidade heterossexual do parceiro. As relações de poder nas relações entre gays e homens heterossexuais foram identificadas em outro estudo, relacionadas à dificuldade de negociar o uso do preservativo (SENA, 2020).

Na interação entre usuários e profissionais de saúde, no presente estudo, observou-se a existência de relações de poder no comportamento dos profissionais de saúde frente à distribuição de preservativos, por exemplo, quando colocam regras

para essa distribuição a partir do comportamento sexual dos usuários, ou mesmo quando exigem a presença dos pais para atender adolescentes. Nos dois casos, contrariam as recomendações institucionais e os direitos estabelecidos em leis. As relações de poder se colocaram, também, nas escolhas por assuntos que o profissional considera prioritários nos atendimentos, ocorrendo a tendência de valorizar mais aqueles relacionados à saúde reprodutiva e ao controle do corpo das mulheres, assim como foi identificado em outros estudos (NASSER *et al.*, 2017; PINHEIRO; COUTO, 2013). Com isso, dimensões da sexualidade, como desejo e prazer, não encontram espaço para serem abordadas (FONTANELLA; GOMES, 2012) e as temáticas relacionadas à comunicação/educação, promoção da saúde sexual e garantia dos direitos sexuais e reprodutivos são menos valorizadas, dando espaço às ações biomédicas (NASSER *et al.*, 2017).

Isso mostra como os profissionais estão despreparados para abordar a temática da saúde sexual, um assunto pouco abordado na graduação (ZANI; TERRA, 2019), apontando para muitas lacunas na formação acadêmica. Além disso, há pouco investimento institucional dos serviços em formação complementar, mostrando a urgência de qualificação profissional, como constatado por outros estudos nesta área (DE CARVALHO PEREIRA; CHAZAN, 2019; SANTOS; FREITAS; FREITAS, 2019; ZANI; TERRA, 2019; TELO; WITT, 2018).

4.4 Dimensão intrapsíquica da saúde sexual

Os roteiros sexuais intrapsíquicos fazem a mediação entre a cultura e a interação (GAGNON, 2006). Essa é uma elaboração própria que pode ter várias origens e não é estática, está sempre se transformando a partir do desenrolar da vida (GAGNON, 2006).

Os roteiros intrapsíquicos, aliados aos interpessoais, fazem com que duas pessoas, dentro de uma mesma família, com uma criação parecida considerando os aspectos culturais, possam ter atitudes radicalmente opostas no âmbito sexual. A construção intrapsíquica pode colocar os sujeitos em posição confortável, apesar da realidade difícil ou em situação de sofrimento e dor, apesar de uma realidade relativamente favorável.

Uma jovem que escolheu ter relações sexuais antes do casamento, apesar de ter sido criada sob pressão religiosa que condena a atitude, justifica para si que não

consegue resistir, mas sente culpa, como mostraram os resultados da presente investigação. Essa elaboração intrapsíquica dá a ela certa liberdade para, mesmo na contradição, vivenciar sua sexualidade da forma que lhe é possível. De acordo com o desenrolar de sua vida, pode ser que ela se livre dessa culpa, pode ser que essa culpa aumente e lhe traga sofrimento mental ou outras doenças, como mostra estudo que identificou a relação da moralidade sexual com o adoecimento em mulheres com fibromialgia (CENTURION; PERES, 2020).

Os roteiros intrapsíquicos não são apresentados como fundamentais nas narrativas, mas são base do sofrimento ou do prazer que a vida sexual significa para os entrevistados. Usuários dos serviços de saúde e enfermeiras parecem “esconder” os sentimentos sobre o corpo, o desejo ou sua ausência, a erotização ou o desgosto. Tais assuntos geram mal-estar e são evitados. Na interpretação das narrativas, porém, os aspectos intrapsíquicos são encontrados como representações que modelam as relações e organizam o poder da cultura para que cada pessoa sobreviva e encontre, mais ou menos bem, o lugar da sexualidade em sua vida. O relato de uma mulher transgênero homossexual que está em um relacionamento duradouro com a companheira que lhe vê, em parte, como o homem com quem se casou, é um exemplo desta organização dos roteiros intrapsíquicos. A mulher transgênero aceita a vida sexual sem muito prazer sexual porque incorporou em seus roteiros intrapsíquicos que é próprio das mulheres ter pouco desejo sexual. Assim, ela parece manter certa satisfação com sua vida conjugal, por enquanto.

As representações sobre o “mundo gay” descritas pelos homens homossexuais participantes deste estudo mostram aspectos intrapsíquicos que os levam a considerar o chamado mundo gay como um mundo à parte, na sociedade. Têm narrativas que os qualificam depreciativamente e que os inclui em formas consideradas por eles mesmos disfuncionais. As citações englobam o uso de drogas, a maior exposição às IST, a superficialidade das relações sexuais e sem envolvimento emocional, os encontros destituídos de construção de aproximação e intimidade, acessados através de aplicativos de relacionamentos pela Internet, ou, ainda, os padrões de beleza exigidos nos encontros homossexuais. Pode-se afirmar que há uma falta e um vazio ressentidos pelos entrevistados, que não são verbalizados no espaço da atenção à saúde, demandando, para isso, uma escuta mais qualificada.

Estes sentimentos expressados sobre o “mundo gay” são construções intrapsíquicas de exclusão que se reforçam nos roteiros interpessoais, com

relacionamentos restritos entre pessoas de mesma orientação sexual como forma de defesa de uma sociedade homofóbica e violenta, o que foi encontrado em estudo anterior (PAIM; BERNARDES, 2008). Dessa forma, não percebem que as características que atribuem às pessoas no “mundo gay” são, na verdade, próprias dos relacionamentos sexuais e afetivos contemporâneos, sobretudo, dos encontros ocasionais, sendo a idade um marcador importante para maior fluidez dos encontros e não a orientação sexual, como mostrado em outro estudo (ACSELRAD; BARBOSA, 2018).

A análise fundamentada nos roteiros segundo Gagnon trouxe a explicitação de que a abordagem da saúde sexual e sexualidade dos usuários da APS tem raízes históricas de depreciação do corpo e de valorização do espírito.

A base filosófica e religiosa de tal concepção encontra-se em Platão (ARANHA; MARTINS, 2009), com seu juízo moral de que o ser humano é dominado pelo desejo, devendo ser regido pela razão e a ela ser subordinado, junto com a religiosidade ética judaica (SOUZA, 2021). A mensagem judaica de obediência irrestrita aos mandamentos divinos e “a concepção dualista de que a ética religiosa e as regras tradicionais do mundo profano estão em contradição evidente” (p. 64), sendo a batalha entre elas travada na consciência individual, o que fundará a moralidade ocidental centrada na ideia do indivíduo com capacidade de julgamento autônomo (idem). As duas bases se misturaram no cristianismo e formaram as concepções de individualidade e subjetividade, entendida como um espaço interior que não se confunde com os órgãos vitais, responsável pela vida sentimental, moral e intelectual. Com isto, cria-se a ideia ocidental de uma hierarquia moral, sendo o acesso à subjetividade (ao espírito) considerado seu estágio superior. No plano inferior encontra-se o vulgar, o animalesco, o primário, o sujo, o irracional - tudo que é relativo ao corpo e ao sexo. A incorporação desses valores trará a “estigmatização do componente corporal”, encarando “a virtude como vinculada ao espírito e toda falha moral relacionada ao corpo e à falta de espírito” (SOUZA, 2021, p.77), definindo sentimento de culpa e de vergonha quando o assunto é sexualidade. Na Modernidade, a configuração do mundo moral toma a relação indivíduo e sociedade como base para o reconhecimento de si e dos outros, por meio de um sentimento de valor básico e existencial, pela subordinação do corpo ao espírito, agora chamada de racionalidade (p.90), e a dignidade virá daí. Essa se constitui de sentimento individual e social, no qual o reconhecimento ocorrerá por meio de um aprendizado moral, que impingirá o

controle das pulsões corporais e a renúncia ao prazer imediato, para se chegar ao mérito da dignidade. A sexualidade se apresenta neste contexto moral- racional social como algo animalesco, fora do mundo da dignidade, e que deve ser negada, subjugada, subtraída, não expressa, silenciada, porque considerada inferior. Os preconceitos surgem como forma de dizer desta inferioridade, com definição de que o superior se encontra na chamada dignidade - nada mais preconceituoso e diminuidor da vida. Usuários dos serviços de saúde e enfermeiras têm estes valores introjetados e os apresentam nos roteiros intrapsíquicos, interpessoais e culturais. O reconhecimento da sexualidade e do direito a uma vida sexual saudável, com novos aprendizados que rompam com a estigmatização de gênero, com o silenciamento sobre a vida sexual e com o machismo, deve se constituir numa luta constante para se chegar à integralidade dos cuidados de saúde.

4.5 Potencialidades e limitações do estudo

A maioria dos estudos em saúde sexual utiliza métodos que buscam investigar os problemas a partir de questionários baseados nas disfunções sexuais. Nesse estudo, como buscamos na narrativa dos sujeitos identificar o que incomoda e dificulta a vida sexual, sem a preocupação com os diagnósticos de transtornos, pudemos perceber problemas e necessidades que são anteriores ao aparecimento de disfunções sexuais, IST e gestações não planejadas. Contudo, são questões igualmente importantes e com possibilidade de abordagem no âmbito da atenção primária à saúde, pois se relacionam com a educação e a promoção da saúde sexual, que são atribuições da APS e pilares do cuidado em enfermagem.

A utilização dos métodos mistos é outro ponto forte desse estudo, uma vez que permitiu aprofundar na análise sobre os aspectos da abordagem à saúde sexual no âmbito da APS. A combinação das abordagens quantitativa e qualitativa permitiu, ainda, complementaridade dos achados, bem como sua integração, no sentido de ter um panorama mais completo da abordagem de saúde sexual, uma vez que o estudo transversal, realizado com quantitativo considerável de enfermeiras(os) da APS no município, apresentou resultados convergentes às entrevistas de profundidade, permitindo um diagnóstico mais abrangente dessa assistência no município. Assim, o estudo possibilita uma contribuição imediata para a prática da APS, assim como acrescenta conhecimento à área temática da saúde sexual, visto que o estudo foi

conduzido com rigor metodológico e alcançou os objetivos propostos. Pode também contribuir no desenvolvimento de produtos técnicos e protocolos que visem a abordagem da saúde sexual na APS.

A ausência de pessoas idosas na amostra, assim como a falta de um recorte de raça/cor foram limitações do estudo e ocorreram devido às mudanças feitas na metodologia em função da pandemia de covid-19, que fez com que todo o processo de seleção da amostra e realização de entrevistas fosse realizado à distância. Com isso, os usuários que tinham mais dificuldade de acesso à internet, telefone e à equipamentos eletrônicos, como idosos e população mais carente, não foram acessados. Estudos futuros que evidenciem esses recortes específicos serão importantes, uma vez que os aspectos socioculturais mostraram ser de grande relevância para a compreensão das necessidades em saúde sexual.

O estudo transversal alcançou um grande número de enfermeira(o)s de ESF do município de Belo Horizonte. Isso foi possível devido a inserção da pesquisadora como uma profissional da APS no município, o que ressalta a importância da inserção da academia na rede de serviços, potencializando e qualificando suas pesquisas. Entretanto, percebe-se a limitação do estudo transversal, que não atingiu a totalidade das(os) enfermeiras(os) da APS do município e constituiu-se como um estudo menor, no qual se poderia ter incluído outras perguntas, caso tivesse sido realizada a coleta dos dados depois das entrevistas qualitativas. Certamente, o estudo quantitativo poderia ser mais robusto, abrindo possibilidades de maior generalização dos achados qualitativos.

Também é necessário investir em estudos que testem ferramentas de abordagem da saúde sexual na APS que levem em conta os aspectos culturais, interpessoais e intrapsíquicos e que possam contribuir para avançar nas tecnologias leves para facilitar e dar resolutividade ao atendimento nesse nível de atenção.

5 CONCLUSÕES

O principal achado dessa pesquisa foi a compreensão de que as necessidades e problemas dos usuários da APS relativos à saúde sexual estruturam-se em dimensões culturais, interpessoais e intrapsíquicas que, na maioria das vezes, não são percebidas pelos profissionais de saúde em seus atendimentos, uma vez que suas abordagens priorizam o modelo biologicista profissional, sobre o corpo e a vida dos usuários.

As necessidades e problemas relativos à saúde sexual dos usuários da APS dizem respeito à vivência dos relacionamentos e do prazer num contexto de machismo e desigualdade de gênero, permeada por uma hierarquia moral que separa o espírito do corpo, sendo o segundo pensado como inferior, o que ainda contribui para o silenciamento da intimidade das pessoas. Muitas vezes, isto resulta em sofrimentos de ordem emocional e/ou adaptações da vida de forma a não priorizar o prazer sexual. Além disso, a abordagem dos profissionais da APS à saúde sexual é pouco frequente e esses profissionais acreditam que os usuários têm poucas demandas sexuais. Isso pode garantir certa comodidade em não abordar a saúde sexual nos atendimentos, contribuindo para perpetuação da invisibilidade da sexualidade dos indivíduos.

Reconhecer, nos cuidados assistenciais como um todo e na prática das enfermeiras, em particular, a importância dos roteiros sexuais culturais, interpessoais e intrapsíquicos, sobretudo quando estes são disfuncionais para a vida dos usuários dos serviços, e agir, contribuindo para que possam construir novos roteiros que lhes permitam acessar uma vida sexual saudável, deve ser parte da abordagem à saúde com enfoque na educação sexual.

As enfermeiras trazem, para suas práticas, as próprias dificuldades com o tema, a falta de formação tanto inicial como de educação permanente integrada aos serviços de saúde de atenção primária, os valores sociais de negação da sexualidade como um direito e os próprios preconceitos. A convergência entre os resultados quantitativos e qualitativos desse estudo mostrou que tais profissionais, apesar de dizerem, em sua maioria, que abordam a saúde sexual dos usuários, fazem-no pontualmente e concentram suas ações em procedimentos voltados para a reprodução/contracepção e para a prevenção de IST. Quando valorizam as ações de comunicação, o fazem embasados, muito mais, em suas próprias experiências

peçoais, com pouco acesso ao conhecimento técnico-científico e protocolos que respaldem as ações.

É necessário, portanto, superar os cenários atuais desfavoráveis da assistência à saúde e avançar para uma assistência integral, que cuide das pessoas em todas as suas dimensões. Nesse sentido, é urgente o investimento em formação dos profissionais da APS. Mais do que uma formação puramente técnica, é necessário investir em formação de pessoas, que possam superar seus próprios limites para que possam vencer preconceitos, quebrar tabus e instrumentalizar-se para olhar ou outro nas suas necessidades e problemas e promover a abordagem à saúde sexual.

6 REFERÊNCIAS

ABEN, Associação Brasileira de Enfermagem - Seção RS. **REFLEXÕES SOBRE O ESCOPO DO TRABALHO DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**. Porto Alegre: Associação Brasileira de Enfermagem, 2020. *E-book*.

ACSELRAD, Marcio; BARBOSA, Rafaelly Rocha Lima. O amor nos tempos do Tinder: Uma análise dos relacionamentos amorosos na contemporaneidade a partir da compreensão de adultos e jovens adultos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 161–180, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/epp.2017.34770>

ALAIN GIAMI, ÉMILIE MOREAU, Pierre Moulin. **Infirmières et sexualité: Entre soins et relation**. Rennes, France: L'EHESP, Presses de, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.3917/ehesp.giami.2015.01>.

ANDRADE, Ângela Roberta Lessa de *et al.* CUIDADO DE ENFERMAGEM À SEXUALIDADE DA MULHER NO CLIMATÉRIO: REFLEXÕES SOB A ÓTICA DA FENOMENOLOGIA. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, [s. l.], v. 20, p. 1–4, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20160034>

AQUINO, Estela M.L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 25, p. 2423–2446, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>

ARANHA, Maria Lúcia de Arruda; MARTINS, Maria Helena Pires. **Filosofando: Introdução à Filosofia**. 4ª edição. São Paulo: Moderna, 2009.

BELÉM, J.M. *et al.* Health care for lesbian, gay, bisexual, transvestite and transgender individuals in the family health strategy. **Revista Baiana de Enfermagem**, [s. l.], v. 32, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.26475>

BELL, Sarah N; MCCLELLAND, Sara I. When, If, and How: Young Women Contend With Orgasmic Absence. **J Sex Res**, [s. l.], v. 55, n. 6, p. 679–691, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2017.1384443>

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. **MANUAL DE ENFERMAGEM Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte**. [s. l.], 2016. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2019/manual_enfermagem_ap.pdf

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018 a 2021**. [S. l.], 2018. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/PMS 2018-2021 aprovado.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/PMS%202018-2021%20aprovado.pdf). Acesso em: 22 set. 2021.

BORTOLOZZI, Ana Calúdia. **Questionário e entrevista na pesquisa qualitativa:**

elaboração, aplicação e análise de conteúdo – Manual Didático. [S. l.: s. n.], 2020. ISSN 1098-6596.v. 53

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: HIV AIDS 2018.** [S. l.: s. n.], 2018. v. 49 *E-book*.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cobertura da Atenção Básica.** [S. l.], 2020.

Disponível em:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 22 set. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Marco Legal: Saúde, Um Direito De Adolescentes.** [S. l.: s. n.], 2007. *E-book*.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Plano de Ação 2004 – 2007.** Série C. Ped. Brasília-DF: Editora MS, 2004. *E-book*.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional De Atenção Integral À Saúde Do Homem.** Brasília-DF: [s. n.], 2008. ISSN 0717-6163. *E-book*.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transsexuais. **Ministério da Saúde**, [s. l.], v. 1, p. 34, 2013a.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_lesbicas_gays_bissexuais_travestis.pdf

BRASIL. Portaria nº 2.539, de 26 de Setembro de 2019. **Diário Oficial da União**, [s. l.], v. 188, p. 1–3, 2019. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=27/09/2019&jornal=515&pagina=164%0Ahttp://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.539-de-26-de-setembro-de-2019-218535009>

BRASIL, Ministério da Saúde. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica.** [S. l.: s. n.], 2017. *E-book*.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** 1ªed. Brasília-DF: [s. n.], 2013b. *E-book*.

CASTORIADIS, Cornelius. **A instituição imaginária da sociedade.** São Paulo: Editora Paz e Terra, 1982.

CENTURION, Neftali Beatriz; PERES, Rodrigo Sanches. Significados Sobre Sexualidade Em Mulheres Com Fibromialgia : Ressonâncias Da Religiosidade E Da Meanings About Sexuality in Women With Fibromyalgia : Resonances of Religiosity and Morality Fibromialgia : Resonancias De La Religiosidad Y La. **Psicologia em estudo**, [s. l.], v. 25, p. 1–15, 2020. Disponível em:

<https://doi.org/https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.44849>

CONNELL, Robert W; MESSERSCHMIDT, James W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Estudos Feministas**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 241–282, 2013. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0104-026X2013000100014>

CRESWELL, John W.; CLARK, Vicki L. Plano. **Pesquisa de Métodos Mistos**. 2. eded. Porto Alegre: [s. n.], 2013.

DALSTROM, Matthew; PARIZEK, Rebecca; DOUGHTY, Andrea. Nurse Practitioners and Adolescents: Productive Discussions About High-Risk Behaviors. **JNP- JOURNAL FOR NURSE PRACTITIONERS**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 143–145, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2019.11.021>

DANTAS, Jardelina Hermecina *et al.* Sexual function and functioning of women in reproductive age. **Fisioterapia em Movimento**, [s. l.], v. 33, n. i, p. 1–11, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5918.33.ao07>

DANTAS, Suellen Maria Vieira; COUTO, Marcia Thereza. Sexualidade e reprodução na Política Nacional de Saúde do Homem: reflexões a partir da perspectiva de gênero TT - Sexuality and reproduction in the National Men's Health Policy (Brazil): analysis from a gender perspective TT - Sexualidad y reproduc. **Sex., salud soc. (Rio J.)**, [s. l.], n. 30, p. 99–118, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&

DE CARVALHO PEREIRA, Lourenço Barros; CHAZAN, Ana Cláudia Santos. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 14, n. 41, p. 1795, 2019. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1795](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1795)

DEMAZIÈRE, D.; DUBAR, C. **Analyser les entretiens biographiques: l'exemple de récits d'insertion**. Paris: Nathan, Coll. Essais & recherches, 1997.

FENNELL, Reginald; GRANT, Blair. **Discussing sexuality in health care: A systematic review**. [S. l.: s. n.], 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.14900>

FERREIRA, Simone Mara de Araújo *et al.* Barriers for the inclusion of sexuality in nursing care for women with gynecological and breast cancer: Perspective of professionals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 82–89, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3602.2528>

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; GOMES, Romeu. Novos roteiros intrapsíquicos versus permanências culturais: Possíveis limites de uma sexualidade informada. **Physis**, [s. l.], v. 22, n. 3, p. 1139–1158, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000300016>

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 17–27, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2008000100003>

FUZZELL, Lindsay *et al.* Physicians Talking About Sex, Sexuality, and Protection With Adolescents. **Journal of Adolescent Health**, [s. l.], v. 61, n. 1, p. 6–23, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2017.01.017>

GAGNON, John H. **Uma Interpretação do Desejo: Ensaio Sobre o Estudo da**

Sexualidade. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2006.

GARCIA, Olga Regina Zigelli; LISBOA, Laura Cristina da Silva. Consulta de enfermagem em sexualidade: um instrumento para assistência de enfermagem à saúde da mulher, em nível de atenção primária TT - Nursing consultation concerning sexuality: an instrument for women's nursing healthcare at the level of primary. **Texto & contexto enferm**, [s. l.], v. 21, n. 3, p. 708–716, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&

GIAMI, Alain; MOREAU, Émilie; MOULIN, Pierre. **Infirmières et sexualité : entre soins et relation**. Paris: Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique, 2015.

GIL, Célia Regina Rodrigues; MAEDA, Sayuri Tanaka. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. *In*: FUNDAMENTOS DE SAUDE COLETIVA E O CUIDADO DE ENFERMAGEM. São Paulo: Manole, 2013. p. 148–162. *E-book*.

GLINA, Sidney; ANKIER, Cila. **Manual Prático de Condutas em Medicina Sexual e Sexologia**. São Paulo: Santos, 2013, 2013.

GONZALEZ, Débora de Fina. Entre público, privado e político: avanços das mulheres e machismo velado no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, [s. l.], v. 44, n. 151, p. 239–243, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/198053142850>

GUIMARÃES, Nilo Plantiko *et al.* Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil TT - Evaluation of the implementation of the National Comprehensive Health Policy for the LGBT population in a municipality in . **RECIIS (Online)**, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 372–385, 2020. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1712/2358%0Ahttps://fi-admin.bvsalud.org/document/view/4vhg3>

HARZHEIM, Erno. “Previne Brasil”: Bases of the Primary Health. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 4, p. 1189–1196, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01552020>

HEVESI, Krisztina *et al.* Self-reported reasons for having difficulty reaching orgasm during partnered sex: relation to orgasmic pleasure. **J Psychosom Obstet Gynaecol**, [s. l.], p. 1–10, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/0167482X.2019.1599857>

HEYES, Cressida; DEAN, Megan; GOLDBERG, Lisa. Queer Phenomenology, Sexual Orientation, and Health Care Spaces: Learning From the Narratives of Queer Women and Nurses in Primary Health Care. **J Homosex**, [s. l.], v. 63, n. 2, p. 141–155, 2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1080/00918369.2015.1083775>

LE MOS, Adriana. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 38, n. 101, p. 244–253, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140022>

MENEGHEL, Stela Nazareth; ANDRADE, Daniela Negraes Pinheiro; HESLER, Lilian Zielke. Invisible conversations: Subjects spoken but unheard in gynecological visits.

Ciencia e Saude Coletiva, [s. l.], v. 26, n. 1, p. 275–284, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.08012019>

NASCIMENTO, Christiane Moura; PRÓCHNO, Caio César Souza Camargo; SILVA, Luiz Carlos Avelino da. O corpo da mulher contemporânea em revista. **Fractal : Revista de Psicologia**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 385–404, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1984-02922012000200012>

NASSER, Mariana Arantes *et al.* Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva. **Revista de saúde pública**, [s. l.], v. 51, p. 1–12, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051006711>

O'MALLEY, Deirdre; SMITH, Valerie; HIGGINS, Agnes. Sexual health issues postpartum: A mixed methods study of women's help-seeking behaviour after the birth of their first baby. **Midwifery**, [s. l.], v. 104, n. October 2021, p. 103196, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103196>

OLIVEIRA, Ester Mascarenhas *et al.* “ Vivências marcadas por preconceito (s)? ”: representações de enfermeiras (os) sobre pessoas ‘ travestis ’. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 73, n. Suppl 6, p. 1–7, 2020a. Disponível em: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0749>

OLIVEIRA, Ester Mascarenhas *et al.* Institutional health spaces as “no place” of transvestites in the social representations of nurses. **Revista Baiana de Enfermagem**, [s. l.], v. 34, p. 1–11, 2020b. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.35603>

OLTRAMARI, Leandro Castro. A construção social do desejo para as Ciências Sociais. **Revista Estudos Feministas**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 501–504, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-026x2007000200021>

OMS. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. **Human Reproduction Programme**, [s. l.], p. 1–12, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>

ONU. TRANSFORMAR NOSSO MUNDO: A AGENDA 2030 PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL. [s. l.], 2015. Disponível em: <https://brasilnaagenda2030.files.wordpress.com/2015/08/odstraduzidos.pdf>

OPAS. **Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad. Recomendaciones para un enfoque de salud pública TT - Brief sexuality-related communication: Recommendations for a public health approach.** [S. l.: s. n.], 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49504>

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos.** 5ª edição. Campinas, SP: Pontes, 2005.

PAIM, Jane; BERNARDES, Nara M G. Percepção social da homossexualidade na perspectiva de gays e de lésbicas. [s. l.], 2008.

PAIVA, Carla Cardi Nepomuceno; CAETANO, Rosângela. Avaliação de implantação das ações de saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária: revisão de escopo.

Escola Anna Nery, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 1–11, 2020. Disponível em:
<https://doi.org/DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0142>

PINHEIRO, Thiago Félix; COUTO, Márcia Thereza. Sexualidade e reprodução: discutindo gênero e integralidade na atenção primária à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva (Rio de Janeiro)**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 73–92, 2013. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&

PINHEIRO, Thiago Félix; COUTO, Márcia Thereza; SILVA, Geórgia Sibebe Nogueira da. Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização TT - Issues of male sexuality in primary health care: gender and medicalization TT - Cuestiones de la sexualidad masculina en la atención primaria de salud: género y m. **Interface comun. saúde educ**, [s. l.], v. 15, n. 38, p. 845–858, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&

PUPPO, Vincenzo; PUPPO, Giulia. Anatomy of sex: Revision of the new anatomical terms used for the clitoris and the female orgasm by sexologists. **Clin Anat**, [s. l.], v. 28, n. 3, p. 293–304, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/ca.22471>

QUEIROZ, Cláudia Natássia Silva Assunção; SOUSA, Vanessa Emille Carvalho de; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira. Diagnóstico de enfermagem disfunção sexual em gestantes: uma análise de acurácia TT - Nursing diagnosis of sexual dysfunction in pregnant women: an accuracy analysis TT - Diagnóstico de enfermería disfunción sexual en gestantes: un análisis de exactitud. **Rev. enferm. UERJ**, [s. l.], v. 21, n. 2, n. esp, p. 705–710, 2013. Disponível em:
<http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a02.pdf>

SANTOS, Sheila Milena Pessoa dos *et al.* A vivência da sexualidade por mulheres no climatério. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 113–122, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/217976928819>

SANTOS, Sheila Milena Pessoa; FREITAS, Javanna Lacerda Gomes da Silva; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima Freitas. Roteiros de sexualidade construídos por enfermeiros e a interface com a atenção em infecções sexualmente transmissíveis/HIV. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 23, n. 4, p. 1–9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0078pt>

SÃO PAULO, Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo. [s. l.], p. 1–133, 2020. Disponível em:
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_Saude_de_Transexuais_e_Travestis_SMS_Sao_Paulo_3_de_Julho_2020.pdf

SEHNEM, Graciela Dutra *et al.* Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes: percepções dos profissionais em enfermagem TT - Sexual and reproductive health of adolescents: perceptions of nursing professionals. **Avances en Enfermería**, [s. l.], v. 37, n. 3, p. 343–352, 2019. Disponível em:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/78933/72289>

SENA, José. CORPOS DISSIDENTES , SAÚDE SEXUAL E MICROBIOPOLÍTICAS DE RESISTÊNCIA NA AMAZÔNIA ATLÂNTICA. **Trabalhos em Linguística**

Aplicada [online], [s. l.], v. 59, n. 3, p. 1710–1734, 2020. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/010318138367711120201117>

SOUZA, Jessé. **Como o racismo criou o Brasil**. Rio de Janeiro: Estação Brasil, 2021.

TARRAGON, Julia *et al.* How to approach the subject of the patient's sexual orientation in primary care? **EXERCER-LA REVUE FRANCOPHONE DE MEDECINE GENERALE**, [s. l.], n. 159, p. 4–10, 2020.

TELO, Shana Vieira; WITT, Regina Rigatto. Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], p. 3481–3490, 2018. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103481. Acesso em: 25 jan. 2021.

VASCONCELOS, Ana Carolina de Sena *et al.* Eu virei homem!: a construção das masculinidades para adolescentes participantes de um projeto de promoção de saúde sexual e reprodutiva. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 25, n. 1, p. 186–197, 2016. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0104-12902016145555>

WHO, World Health Organization. **Adolescent pregnancy**. [S. l.], 2018. Disponível em: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>. Acesso em: 25 set. 2021.

WOLPE, Raquel E *et al.* Prevalence of female sexual dysfunction in Brazil : A systematic review. **European Journal of Obstetrics and Gynecology**, [s. l.], v. 211, p. 26–32, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.01.018>

ZANI, Luiz Felipe; TERRA, Maria Fernanda. Conhecimentos sobre identidade de gênero e orientação sexual entre graduandos/as de enfermagem TT - Knowledge about gender identity and sexual orientation among nursing undergraduates TT - Conocimiento sobre identidad de género y orientación sexual: seg. **J. Health NPEPS**, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 167–179, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/3649>

7 APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Aplicado aos usuários, em entrevistas individuais on-line).

Você está convidada(o) a participar da pesquisa intitulada ABORDAGEM DE SEXUALIDADE POR ENFERMEIROS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Esta pesquisa é parte do projeto de conclusão do curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Minas Gerais, orientado pela Professora Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas, e visa contribuir para os avanços do conhecimento e na melhoria da atenção integral à saúde da população, prevista no Sistema Único de Saúde.

Você pode se recusar a participar desta pesquisa sem nenhum prejuízo para você. Caso aceite participar, você tem liberdade para desistir a qualquer momento enquanto a pesquisa estiver sendo realizada, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para você.

O presente trabalho tem como objetivos:

- Conhecer o cenário da atenção primária à saúde no município de Belo Horizonte, no que se refere à saúde sexual e sexualidade dos usuários;
- Identificar necessidades e problemas relativos à vida sexual de pessoas atendidas na atenção primária à saúde, segundo usuários e enfermeiros da APS; e
- Analisar as abordagens existentes e novas possibilidades para responder às necessidades e problemas relativos à vida sexual dos pacientes atendidos na atenção primária à saúde, sob a ótica dos enfermeiros.

A sua contribuição a esta pesquisa será por meio de uma entrevista com duração de cerca de uma hora, podendo este tempo variar para mais ou para menos, se necessário, para que você exponha seus pensamentos de forma livre.

Nesta entrevista, as perguntas serão sobre a sua saúde sexual. Queremos saber se você possui alguma necessidade, problema, queixa ou dúvida e se você buscou o serviço de saúde para tentar solucionar tais questões. A entrevista será uma conversa livre a partir de uma pergunta inicial, então, de acordo com as suas falas, pode ser que façamos algumas perguntas para entender melhor o seu contexto de vida.

Devido à pandemia de Covid-19, para evitar riscos de contaminação aos participantes e pesquisadores, optamos por realizar essa entrevista on-line (através da internet). Dessa forma, para participar, você precisará ter acesso à internet, por meio de um computador ou de um *smartphone* (telefone com acesso à internet). Você receberá um *link* por *email*. Ao clicar neste link você terá acesso à sala virtual onde faremos a entrevista. É importante que você esteja num ambiente sozinho/a, para que tenha privacidade e possa ficar à vontade para conversar. Caso precise da ajuda de algum familiar para se conectar à entrevista, peça que se retire do local quando você já tiver conseguido acessar.

Você tem o nosso compromisso de manter sigilo do seu nome e outras informações que possam lhe identificar como participante do estudo. Garantimos a sua privacidade. As informações que utilizarmos no conteúdo das entrevistas serão identificadas com um código (por exemplo E1, E2, etc), para que mais ninguém além das pesquisadoras possa identificar os participantes, em nenhuma fase do estudo e nem na divulgação dos resultados.

A entrevista terá o seu áudio gravado para posterior transcrição. Isso é importante para facilitar a nossa compreensão sobre o que você disser. Todo material produzido nesta e nas outras entrevistas ficará sob a guarda da coordenadora da pesquisa, em relatórios impressos e em arquivos armazenados em computador em pastas protegidas por senhas, localizados na Escola de Enfermagem da UFMG e será inutilizado ao final de 5 (cinco) anos. Somente as pesquisadoras do presente projeto terão acesso a esses dados.

Neste estudo, existe o risco de você ficar desconfortável ou constrangido durante a entrevista, ao falarmos de um tema considerado íntimo e, em alguns momentos, pessoal. Porém, lembramos que sua privacidade e seu anonimato estão garantidos desde a coleta e tudo que você disser será tratado respeitosamente e no conjunto das demais entrevistas, não havendo nenhuma possibilidade de ser

identificado, também nos resultados e publicações. Além disso, em todos os momentos da nossa conversa, você tem liberdade para escolher o que queira dizer.

Você não receberá nenhum tipo de remuneração para ser participante da pesquisa. Os benefícios são indiretos e os resultados deverão contribuir para melhor compreender e ampliar a discussão sobre as necessidades e problemas vivenciados pelos usuários dos centros de saúde no que se refere à sexualidade, e sobre as possibilidades de abordagem das demandas específicas sobre o tema pelos enfermeiros para a construção de práticas mais resolutivas.

Espera-se que os resultados possam contribuir também com as instituições responsáveis pelas políticas de saúde para que elas elaborem ações visando qualificar a assistência de enfermagem prestada aos usuários das Equipes de Saúde da Família.

Às pesquisadoras caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando apenas os resultados do trabalho final, cumprindo as exigências das Resoluções 466/12 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os dados coletados farão parte de Dissertação de Mestrado, podendo ser divulgados em eventos científicos, periódicos e outros, tanto em nível nacional quanto internacional.

Você não terá qualquer despesa ou ônus financeiro. Não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos morais, físicos ou financeiros e, portanto, não haverá necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, você terá livre acesso aos resultados.

Para esclarecimentos, antes, durante ou após o curso da pesquisa, você poderá contatar as pesquisadoras, bem como o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG ou da Prefeitura de Belo Horizonte.

Você receberá uma via deste termo de consentimento assinada pela pesquisadora no seu *email*. Para que você possa participar da pesquisa, é importante que você responda, escrevendo no corpo da mensagem o seguinte conteúdo:

“ CONSENTIMENTO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu (COLOCAR SEU NOME COMPLETO AQUI), (PARTICIPANTE), C.I nº (COLOCAR O NÚMERO DO SEU RG AQUI), em pleno exercício dos meus direitos, aceito participar da Pesquisa intitulada ABORDAGEM DE SEXUALIDADE POR ENFERMEIROS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, após ter lido e compreendido os objetivos da pesquisa e os demais esclarecimentos, que recebi neste *email* que agora respondo.

(COLOCAR A DATA), BELO HORIZONTE.

(COLOCAR SEU NOME COMPLETO AQUI).”

Pesquisadora responsável:

Profa. Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas //E-mail: peninhabh@yahoo.com.br // Tel: (31) 3409-9871.

Pesquisadora: Iracy Sofia Barbosa //Email: sofsmmm@gmail.com //Tel: (31) 3277-7936.

Comitê de Ética em Pesquisa - UFMG. Telefax (31) 3409-4592 // E-mail: coep@prpq.ufmg.br
//Endereço: AV. Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901-
Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005 //Horário de atendimento: 09:00 às 11:00 / 14:00 às 16:00.

Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Belo Horizonte. Telefone: (31) 3277-5309 // E-mail: coep@pbh.gov.br // Endereço: Rua Frederico Bracher Junior, 103 – 3º andar/sala 2 – Padre Eustáquio – CEP: 30.720-000 // Horário de funcionamento: 9h às 15h (exceto em dias de reunião do colegiado).

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Aplicado às(aos) enfermeiras(os), em entrevistas individuais on-line).

Você está convidada(o) a participar da pesquisa intitulada ABORDAGEM DE SEXUALIDADE POR ENFERMEIROS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Esta pesquisa é parte do projeto de conclusão do curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Minas Gerais, orientado pela Professora Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas, e visa contribuir para os avanços do conhecimento e na melhoria da atenção integral à saúde da população, prevista no Sistema Único de Saúde.

Você pode se recusar a participar desta pesquisa sem nenhum prejuízo para você. Caso aceite participar, você tem liberdade para desistir a qualquer momento enquanto a pesquisa estiver sendo realizada, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para você.

O presente trabalho tem como objetivos:

- Conhecer o cenário da atenção primária à saúde no município de Belo Horizonte, no que se refere à saúde sexual e sexualidade dos usuários;
- Identificar necessidades e problemas relativos à vida sexual de pessoas atendidas na atenção primária à saúde, segundo usuários e enfermeiros da APS; e
- Analisar as abordagens existentes e novas possibilidades para responder às necessidades e problemas relativos à vida sexual dos pacientes atendidos na atenção primária à saúde, sob a ótica dos enfermeiros.

A sua contribuição nesta etapa da pesquisa será por meio de uma entrevista com duração de cerca de uma hora, podendo este tempo variar para mais ou para menos, se necessário, para que você exponha seus pensamentos de forma livre.

Nesta entrevista, as perguntas serão sobre o seu trabalho, sua percepção acerca das demandas dos usuários quanto à saúde sexual, além da forma como você aborda tais demandas. A entrevista será uma conversa livre a partir de uma pergunta inicial, então, de acordo com as suas falas, pode ser que façamos algumas perguntas para entender melhor as suas colocações ou concepções acerca do tema.

Devido à pandemia de Covid-19, para evitar riscos de contaminação aos participantes e pesquisadores, optamos por realizar essa entrevista on-line (através da internet). Dessa forma, para participar, você precisará ter acesso à internet, por meio de um computador ou de um *smartphone* (telefone com acesso à internet). Você receberá um *link* por *email*. Ao clicar neste link você terá acesso à sala virtual onde faremos a entrevista. É importante que você esteja num ambiente sozinho/a, para que tenha privacidade e possa ficar à vontade para conversar. Caso precise da ajuda de algum familiar para se conectar à entrevista, peça que se retire do local quando você já tiver conseguido acessar.

Você tem o nosso compromisso de manter sigilo do seu nome e outras informações que possam lhe identificar como participante do estudo. Garantimos a sua privacidade. As informações que utilizarmos no conteúdo das entrevistas serão identificadas com um código (por exemplo E1, E2, etc), para que mais ninguém além das pesquisadoras possa identificar os participantes, em nenhuma fase do estudo e nem na divulgação dos resultados.

A entrevista terá o seu áudio gravado para posterior transcrição. Isso é importante para facilitar a nossa compreensão sobre o que você disser. Todo material produzido nesta e nas outras entrevistas ficará sob a guarda da coordenadora da pesquisa, em relatórios impressos e em arquivos armazenados em computador em pastas protegidas por senhas, localizados na Escola de Enfermagem da UFMG e será inutilizado ao final de 5 (cinco) anos. Somente as pesquisadoras do presente projeto terão acesso a esses dados.

Neste estudo, existe o risco de você ficar desconfortável ou constrangido durante a entrevista, ao falarmos do tema da sexualidade e sobre o seu trabalho. Porém, lembramos que sua privacidade e seu anonimato estão garantidos desde a coleta e tudo que você disser será tratado respeitosamente e no conjunto das demais entrevistas, não havendo nenhuma possibilidade de ser identificado, também nos resultados e publicações. Além disso, em todos os momentos da nossa conversa, você tem liberdade para escolher o que queira dizer.

Você não receberá nenhum tipo de remuneração para ser participante da pesquisa. Os benefícios são indiretos e os resultados deverão contribuir para melhor compreender e ampliar a discussão sobre as necessidades e problemas vivenciados pelos usuários dos centros de saúde no que se refere à sexualidade, e sobre as possibilidades de abordagem das demandas específicas sobre o tema pelos enfermeiros para a construção de práticas mais resolutivas.

Espera-se que os resultados possam contribuir também com as instituições responsáveis pelas políticas de saúde para que elas elaborem ações visando qualificar a assistência de enfermagem prestada aos usuários das Equipes de Saúde da Família.

Às pesquisadoras caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando apenas os resultados do trabalho final, cumprindo as exigências das Resoluções 466/12 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os dados coletados farão parte de Dissertação de Mestrado, podendo ser divulgados em eventos científicos, periódicos e outros, tanto em nível nacional quanto internacional.

Você não terá qualquer despesa ou ônus financeiro. Não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos morais, físicos ou financeiros e, portanto, não haverá necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, você terá livre acesso aos resultados.

Para esclarecimentos, antes, durante ou após o curso da pesquisa, você poderá contatar as pesquisadoras, bem como o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG ou da Prefeitura de Belo Horizonte.

Você receberá uma via deste termo de consentimento assinada pela pesquisadora no seu *email*. Para que você possa participar da pesquisa, é importante que você responda, escrevendo no corpo da mensagem o seguinte conteúdo:

“ CONSENTIMENTO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu (COLOCAR SEU NOME COMPLETO AQUI), (PARTICIPANTE), C.I nº (COLOCAR O NÚMERO DO SEU RG AQUI), em pleno exercício dos meus direitos, aceito participar da Pesquisa intitulada ABORDAGEM DE SEXUALIDADE POR ENFERMEIROS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, após ter lido e compreendido os objetivos da pesquisa e os demais esclarecimentos, que recebi neste *email* que agora respondo.

(COLOCAR A DATA), BELO HORIZONTE.

(COLOCAR SEU NOME COMPLETO AQUI).”

Pesquisadora responsável:

Profa. Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas //E-mail: peninhabh@yahoo.com.br // Tel: (31) 3409-9871.

Pesquisadora: Iracy Sofia Barbosa //Email: sofsmmm@gmail.com //Tel: (31) 3277-7936.

Comitê de Ética em Pesquisa - UFMG. Telefax (31) 3409-4592 // E-mail: coep@prpq.ufmg.br
//Endereço: AV. Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901-
Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005 //Horário de atendimento: 09:00 às 11:00 / 14:00 às 16:00.

Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Belo Horizonte. Telefone: (31) 3277-5309 // E-mail: coep@pbh.gov.br // Endereço: Rua Frederico Bracher Junior, 103 – 3º andar/sala 2 – Padre Eustáquio – CEP: 30.720-000 // Horário de funcionamento: 9h às 15h (exceto em dias de reunião do colegiado).

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Aplicado às(aos) enfermeiras(os) dos serviços da APS, em questionário on-line).

Você está convidada(o) a participar da pesquisa intitulada ABORDAGEM DE SEXUALIDADE POR ENFERMEIROS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, que tem como objetivos:

- Conhecer o cenário da atenção primária à saúde no município de Belo Horizonte, no que se refere à saúde sexual e sexualidade dos usuários;
- Identificar necessidades e problemas relativos à vida sexual de pessoas atendidas na atenção primária à saúde, segundo usuários e enfermeiros da APS; e
- Analisar as abordagens existentes e novas possibilidades para responder às necessidades e problemas relativos à vida sexual dos pacientes atendidos na atenção primária à saúde, sob a ótica dos enfermeiros.

Este questionário compõem um eixo quantitativo da pesquisa, que tem também um eixo qualitativo com entrevistas a usuários e enfermeiros e um grupo focal com enfermeiros.

A sua resposta será enviada à pesquisadora por meio de uma planilha em que você não será identificado.

O estudo pode oferecer risco relacionado ao eventual desconforto em responder a um questionário com tema complexo e pessoal. Caso você se sinta incomodado com alguma questão, tem o direito de não responder, mas lembre-se que sua privacidade e seu anonimato estão garantidos, não havendo nenhuma possibilidade de você ser identificado.

Você não receberá nenhum tipo de remuneração para participar da pesquisa. Os benefícios são indiretos e envolvem compreender o cenário atual da atenção básica em Belo Horizonte, no que se refere à abordagem de sexualidade pelos enfermeiros.

Espera-se que os resultados possam contribuir para subsidiar ações visando à elaboração de propostas de qualificação da assistência de enfermagem aos usuários das ESF.

Às pesquisadoras caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando apenas os resultados do trabalho final, cumprindo as exigências das Resoluções 466/12 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os dados coletados farão parte de Dissertação de Mestrado do programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da UFMG, orientado pela Professora Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas, podendo ser divulgados em eventos científicos, periódicos e outros, tanto em nível nacional quanto internacional.

Você poderá se recusar a responder o questionário, ou desistir de participar a qualquer momento após ter iniciado a resposta e antes de submetê-la, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para você. O tempo necessário para responde-lo é variável, mas estima-se que cerca de dez minutos são suficientes.

Você não terá qualquer despesa ou ônus financeiro e sua participação é voluntária. Não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos morais, físicos ou financeiros e, portanto, não haverá necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Para as entrevistas e para o grupo focal os enfermeiros serão selecionados por sorteio. Pode ser que você seja um dos sorteados, nesse caso faremos contato com você por telefone.

Para esclarecimentos, antes, durante ou após o curso da pesquisa, você poderá contatar as pesquisadoras, bem como o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG ou da Prefeitura de Belo Horizonte.

Pesquisadora responsável:

Profa. Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas //E-mail: peninhabh@yahoo.com.br // Tel: (31) 3409-9871.

Pesquisadora: Iracy Sofia Barbosa //Email: sofsmmm@gmail.com //Tel: (31) 3277-7936.

Comitê de Ética em Pesquisa - UFMG. Telefax (31) 3409-4592 // E-mail: coep@prpq.ufmg.br
//Endereço: AV. Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901-
Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005 //Horário de atendimento: 09:00 às 11:00 / 14:00 às
16:00.

Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Belo Horizonte. Telefone: (31) 3277-5309 // E-mail:
coep@pbh.gov.br // Endereço: Rua Frederico Bracher Junior, 103 – 3º andar/sala 2 – Padre
Eustáquio – CEP: 30.720-000 // Horário de funcionamento: 9h às 15h (exceto em dias de reunião do
colegiado).

CONSENTIMENTO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu, em pleno exercício dos meus direitos, aceito participar da Pesquisa intitulada ABORDAGEM DE SEXUALIDADE POR ENFERMEIROS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, após ter lido e compreendido os objetivos da pesquisa e os demais esclarecimentos?

- () Sim
() Não

Obs. 1: Caso a resposta seja “Não”, o questionário não será disponibilizado para respostas.

Obs. 2: Neste questionário não haverá identificação dos participantes, por isso não há espaço para assinaturas.

Seção 3 de 4

Caracterização da(o) participante

Descrição (opcional)

Centro de Saúde em que você atua está situado em qual regional?

- Norte
- Nordeste
- Noroeste
- Centro-Sul
- Pampulha
- Venda Nova
- Oeste
- Leste
- Barreiro

Sexo
Escolha uma das opções abaixo

- Feminino
- Masculino
- Mulher trans
- Homem trans

Idade
Escolha a faixa em que está sua idade

- Entre 21 e 30 anos
- Entre 31 e 40 anos
- Entre 41 e 50 anos
- Entre 51 e 60 anos
- Acima de 60 anos

Você é praticante de alguma religião?

- Sim
- Não

Há quanto tempo você concluiu a graduação em enfermagem?

- Há menos de 1 ano
- Entre 1 e 5 anos
- Entre 5 e 10 anos
- Acima de 10 anos

Há quanto tempo você trabalha como enfermeira(o) na Atenção Primária?

- Há menos de 1 ano
- Entre 1 e 5 anos
- Entre 5 e 10 anos
- Acima de 10 anos

Você possui alguma formação complementar em sexualidade?

- sim
- não

Seção 4 de 4

Abordagem da saúde sexual



Descrição (opcional)

Você aborda questões relativas à saúde sexual dos pacientes que você atende no Centro de Saúde?

- Sim
- Não

Se sim, com qual frequência você aborda a saúde sexual nos seus atendimentos a usuários no centro de saúde?

1. Nunca
2. Poucas vezes
3. Metade das vezes
4. Muitas vezes
5. Sempre

Você costuma sentir a necessidade de abordar a saúde sexual dos pacientes atendidos por você no Centro de Saúde?

1. Nunca
2. Poucas vezes
3. Metade das vezes
4. Muitas vezes
5. Sempre

Qual público, na sua opinião, possui demandas de saúde sexual que deveriam ser abordadas por enfermeiras(as) nos centros de saúde?

- Crianças
- Adolescentes
- Adultos
- Idosos
- Gestantes
- Parceiro de gestantes
- Portadores de doenças crônicas como HAS e DM
- Heterossexuais
- População LGBT
- Profissionais do sexo
- Pessoas diagnosticadas com Infecções Sexualmente Transmissíveis
- Parceiros de pessoas infectadas por Infecções Sexualmente Transmissíveis
- Todas as respostas anteriores
- Outros...

Com qual frequência, em seus atendimentos, os usuários tomam a iniciativa de apresentar uma demanda relacionada à saúde sexual?

1. Nunca
2. Poucas vezes
3. Metade das vezes
4. Muitas vezes
5. Sempre

Na sua opinião, quais fatores poderiam potencializar a abordagem da sexualidade nas práticas de cuidados dos enfermeiros?

- Perfil individual do profissional
- Formação acadêmica (graduação)
- Formação complementar/Conhecimento específico sobre o assunto
- Protocolos assistenciais
- Todas as respostas anteriores

APÊNDICE E – Roteiro de entrevista com usuários

Entrevista com usuários

Idade:	Estado civil:	Mora com quem?
Número de filhos:	Idade dos filhos:	
Sexo:	Gênero:	Orientação sexual:
Escolaridade:	Ocupação:	

Pergunta principal: Fale-me, por favor, sobre sua vida sexual. Me conta como é que você vem vivendo sua sexualidade, ao longo de sua vida até aqui (hoje).

Questões de relance:

- 1) Como foi para você a descoberta do corpo, como foram suas primeiras experiências etc.
- 2) Como está hoje a sua vida sexual? Sua satisfação? Você gostaria de mudar alguma coisa na sua vida sexual?
- 3) Por que você faz sexo? O que te motiva?
- 4) Existe alguma coisa que te limite ou que te impeça de viver plenamente a sua sexualidade?
- 5) Alguma coisa que te ajude? Que te fortaleça para viver plenamente sua sexualidade?
- 6) Você tem prazer nas relações sexuais? Tem orgasmo? Tem desejo? Fica excitado(a)?
- 7) Se há algum problema, com quem você fala sobre sua intimidade?
- 8) Em algum momento da sua vida você procurou algum serviço de saúde devido a problemas relativos à sua vida sexual?
- 9) Onde você procura ajuda?
- 10) Nas consultas, alguém já conversou com você sobre sua vida sexual?
- 11) Tem alguma questão da sua sexualidade que você gostaria (ou acha que precisa) de trabalhar com algum profissional?
- 12) Qual profissional você acha que seria adequado?
- 13) A pandemia interferiu de alguma forma na sua vida sexual?
- 14) **Para pessoas com filhos:**
- 15) Você notou alguma mudança em sua vida sexual após a chegada do(s) filho(s)?
- 16) Em algum momento você teve dificuldades para lidar com a questão da sexualidade do(a)s seu(ua)(s) filho(a)(s)? Se sim, como você resolveu essa dificuldade?

Tem mais alguma coisa que você queira dizer, que ache importante e que ainda não tenha dito? O que você achou da entrevista?

APÊNDICE F – Roteiro de entrevista com enfermeiras

Roteiro de entrevista individual com enfermeiros

Dados perfil

Idade? Sexo? Gênero? Orientação sexual

Estado civil: tem filhos?

Quanto tempo de formação? E quanto tempo em ESF?

Formação além da graduação? Qual?

Alguma formação específica em saúde sexual?

Questão central: Conte-me sobre como você percebe as questões da sexualidade no atendimento aos usuários da sua equipe. Fale-me, também, como você costuma lidar com isso.

Questões de relance

- 1) Demandas relacionadas à sexualidade, no seu cotidiano de trabalho, aparecem mais em quais momentos (tipo de atendimento, perfil do paciente etc.).
- 2) O que é saúde sexual para você?
- 3) Como está sua preparação para lidar com essa questão?
- 4) Você percebe algo que te limite para tratar das questões da saúde sexual dos pacientes?
- 5) E há algo que te fortaleça? Que te ajude?
- 6) E quanto aos demais profissionais da sua unidade? Como você percebe essa abordagem da saúde sexual dos usuários?
- 7) Você vê algum desafio para a atenção básica em relação à sexualidade e à saúde sexual dos usuários do serviço de saúde?
- 8) E especificamente para a enfermagem enquanto uma ciência/disciplina, você vê algum desafio relacionado à sexualidade e saúde sexual?

Finalização:

- Tem algo mais que queira dizer, que ainda não foi dito?
- O que achou da entrevista?

APÊNDICE G – Exemplo de análise de entrevista

Análise feita na plataforma do software Maxqda

Caracterização do participante E10, não codificado

Legenda

P: personagem
S: seqüência
F: fato
J: justificativa para os fatos

- 1 Considerações iniciais e falando sobre o TCLE.
- 2 P: Primeiro eu queria saber sua idade.
- 3 E10: Eu tenho 20 anos.
- 4 P: Certo. E qual que é seu estado civil?
- 5 E10: Solteiro.
- 6 P: e atualmente você mora com quem E10?
- 7 E10: Agora na pandemia eu voltei a morar com meus pais e minha irmã, que eu estou na faculdade em outra cidade. Eu estava morando lá, mas eles resolveram fazer o EAD durante esse tempo, né.. Ainda não voltou, então eu voltei para Belo Horizonte e estou com meus pais e minha irmã.
- 8
- 9
- 10
- 11 P: e você tem filhos?
- 12 E10: Não.
- 13 P: eu queria que você me falasse, assim, o sexo que você nasceu, qual o gênero que você se identifica e qual que é sua orientação sexual. Se você tiver alguma dificuldade nesse sentido eu te explico melhor
- 14
- 15
- 16 E10: Eu nasci com o sexo feminino. Me identifico com o gênero masculino e minha orientação sexual é hetero.
- 17
- 18 P: Sim. E a sua escolaridade, qual é?
- 19 E10: Ensino médio completo e cursando o superior
- 20 P: Atualmente, a sua ocupação.. Além de estudante, tem alguma outra ocupação?
- 21 E10: Não.
- 22
- 23 P: Então, E10, inicialmente, eu queria que você me falasse um pouco sobre a sua vida sexual, de forma mais geral. Me contasse como é que você vem vivendo a sua sexualidade ao longo da sua vida até aqui .
- 24
- 25 E10: Eu acho que o meu caso vai ser bem diferente dos outros que você vai entrevistar, porque, na verdade, eu também tenho autismo, então essa questão é um pouco mais complicada. Eu acho até que, por isso eu demorei tanto tempo para ter certeza, assim, mesmo. Porque depois do diagnóstico eu fui rever tudo isso para ter certeza, né. Para não fazer besteira sem pensar. E.. eu acho que é isso, assim.. Eu acho que quando eu era mais novo eu confundia muito as coisas... eu acho que por causa disso, também. Porque eu vejo a sociedade de um jeito diferente e os.. as interações sociais de um jeito muito diferente. Então isso é bem fora do padrão, em geral, assim, até para pessoas que também não são o padrão sexual da maioria, assim. Mas eu acho que está, assim, com acompanhamento profissional, psicóloga, psiquiatra.. que eu tenho acompanhamento psiquiátrico desde o final de 2018, todos os meses e psicóloga tem um ano e pouco, mais ou menos, também. E eu acho que isso, assim, me ajudou bastante também a entender isso e a ter certeza de que era isso também. Porque até então é.. ficar.. guardar só para mim não me fazia ter certeza, assim disso mesmo. Mas, quando eu fui entendendo a condição, fui entendendo os processos sociais e tudo mais, eu tive certeza que era isso e.. tanto que eu aprimorei bastante.. Eu já tinha 20 anos, foi há.. talvez um mês e pouco que eu falei para os meus pais, falei para a psicóloga também para ele me ajudar. E minha família é bem tranquila e em relação a essas coisas, são bem abertos, aceitam bastante e estão me apoiando até então.
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- 31
- 32
- 33
- 34
- 35
- 36
- 37
- 38
- 39
- 40
- 41
- 42
- 43
- 44
- 45
- 46 P: Hum hum. Olha só E10, a gente entende, né, que a sexualidade ela é uma coisa bem ampla, assim, né.. Então, quando a gente fala de sexualidade, a gente não está falando só de relações sexuais em si.. A gente está falando tanto dessa coisa da relação com o corpo, como também das nossas relações, como que a gente estabelece essas relações com os outros, né.. Nesse sentido, eu queria te perguntar como que foi para você, ainda está sendo, talvez, né.. porque você está nesse processo mais inicial, mas, assim, como é que tem sido para você essa questão da descoberta do corpo, como que foram suas primeiras experiências nesse sentido da adolescência, né.. porque na adolescência, talvez até na infância
- 47
- 48
- 49
- 50
- 51
- 52
- 53
- 54

..P1: E10, o próprio entrevistado

..F1: a questão da sexualidade p E10 é um pouco + complicada

..J1F1: pq seu caso é bem diferente pq tem autismo

..F2: acha q p ser autista demorou + tempo p ter certeza q é trans

..F3: Depois do diagnóstico (trans) foi rever tudo p ter certeza

..J1F3: pq ã queria fazer besteira, sem pensar

..P1: E10, o próprio entrevistado

..F4: qdo era mais novo confundia muito as coisas

..J1F4: pq vê a sociedade de um jeito muito diferente

..J2F4: pq é fora do padrão até entre as pessoas q ã são hetero

..S1: como foram as descobertas do corpo

..P3: psiquiatra, com quem acompanha há 2 anos

..P2: psicóloga q acompanha E10 há 1 ano e meio

..F5: O acompanha//c psiquiatra e psico ajudou a se entender

..J1F5: pq até então guardava só p si e com isso ã tinha certeza

..P1: E10, o próprio entrevistado

..F6: há pouco tempo q falou p pais e psicóloga p ela ajudar

..J1F6: pq foi entendendo sua condição, os processos sociais, tudo

..J2F6: pq teve certeza q era isso mesmo, se aprimorou bastante

..P4: pais de E10, que aceitam e apoiam transexualidade

..P5: família de E10, que é tranquila e aberta

..P2: psicóloga q acompanha E10 há 1 ano e meio

..F7: família é bem aberta e tranquila e estão apoiando E10

<p>..P1: E10, o próprio entrevistado ..F8: na infância não tinha muitos amigos ..J1F8: por causa do autismo ..P1: E10, o próprio entrevistado ..F9: os amigos q tinha eram meninos, q se identificava mais ..F10: na época ã tinha muito noção disso ..F11: mesmo na adolescência (a descoberta do corpo) foi + tarde ..J1F11: por causa da mentalidade, dos processos neurológicos ..F12: acha q desde criança sabia mas ã entendia o q significava ..J1F12: pq lembra de coisas q aconteciam desde muito novo ..P1: E10, o próprio entrevistado ..P6: as pessoas em geral ..J1F13: pq ã sabia o que era o padrão, o q as pessoas esperavam ..J2F13: pq isso tb é uma construção da sociedade e ã tinha noção ..J3F13: ainda ã tem 100% de noção disso, mas está melhorando ..F13: qdo criança ã sabia q uma menina ã usaria as roupas q usava ..S1: como foram as descobertas do corpo ..J1F14: pq via o pessoal falando disso, d ficar, d sexualidade ..F14: na adolescência ficou + claro q tinha algo diferente em si ..J2F15: ou se p além do autismo tinha algo a mais mesmo. ..J1F15: pq tinha q saber se ã era só incompreensão das relações ..F15: c o diagnóstico (trans), foi procurar mais ..P1: E10, o próprio entrevistado ..F17: qdo + novo achava q nasceu assim ia vivendo c se sentia bem ..F16: descobriu q realmente tinha alguma coisa a mais ..F18: sempre foi assim d ã importar c o q os outros pensam de si ..J1F18: pq seus pais sempre foram bem legais com isso ..P4: pais de E10, que aceitam e apoiam transexualidade</p>	<p>55 gente já. não sei se você tem lembrança da infância, de alguma vivência nesse 56 sentido, mas a gente começa a aflorar mais na adolescência, né.. E como é que 57 foi essa vivência, no sentido, assim.. como que você foi descobrindo.. quais 58 caminhos, né.. vamos dizer assim, que você seguiu? Quem te ajudou? Se teve 59 algumas pessoas que te ajudaram ou não, foi mais sozinho, utilizou algum.. 60 internet, revista, livro, enfim.. Como é que foi para você o acesso à informação 61 e como que você foi se descobrindo?</p> <p>62 E10: Eh.. assim, em relação à infância eu.. por causa do autismo também, eu não 63 tinha muitos amigos, mas os que eu tinha eram meninos, e eu.. não sei.. me 64 identificava mais.. porque.. na verdade na época eu ainda não tinha muita noção 65 disso.. mesmo na adolescência assim, e eu ainda era um pouco atrasado por causa 66 disso, assim.. atrasado entre aspas, né.. Isso aconteceu um pouco mais tarde 67 também, por causa da mentalidade, dos processos neurológicos, e tudo mais. E.. 68 mas eu acho, assim, vendo.. lembrando das coisas né, que já tinham.. que 69 aconteciam desde muito novo, desde criança, eu acho que eu, talvez, já soubesse 70 mas, ainda não tinha consciência do que significava aquilo de verdade. 71 Porque eu ainda não conhecia os termos, eu não sabia mais ou menos o que que era 72 o padrão, o que que as pessoas esperavam, porque isso também é uma construção 73 social, né.. da sociedade como um todo e eu não tinha muita noção disso. Ainda 74 não tenho 100% mas está melhorando. Então, eu não sabia que aquilo não era 75 exatamente um comportamento, ou uma.. um traje de roupa que, na verdade, uma 76 menina não usaria, sabe? Eu acho que e isso ficou mais claro na adolescência, 77 porque eu via o pessoal todo já falando disso, falando de ficar com as pessoas, 78 de sexualidade e tudo mais. Assim, um pouco.. um pouco mais infantil, porque a 79 gente era mais novo, né.. Mas eu acho que, na adolescência isso ficou um pouco 80 mais claro, assim, que tinha alguma coisa diferente em mim. E aí, com o 81 diagnóstico eu fui procurar mais, porque aí eu tinha que saber, né.. se não era 82 só do autismo, se eu só não entendia as relações sociais direito mesmo, ou se 83 tinha alguma coisa a mais mesmo. E aí eu descobri que realmente tinha alguma 84 coisa a mais. Mas aí eu achava que, na verdade, quando eu era mais novo eu.. ah.. 85 e eu nasci assim, então está bom, vou vivendo, vou fazendo o que eu quero, me 86 visto como eu fico confortável, e.. sempre fui mais ou menos assim, de não.. não 87 importar muito com o que as outras pessoas pensavam e agia do jeito que eu 88 queria.. meus pais também são muito abertos, minha família é bem.. bem legal em 89 relação a isso.. e é isso..</p>
<p>..F19: há algum tempo teve exp sexual muito breve c menino ..J1F19: pq não tinha muita certeza (do q gostava) ..P7: menino com quem teve relação sexual breve ..F20: parou no meio da relação ..J1F20: pq soube q não era isso que queria ..P7: menino com quem teve relação sexual breve ..S1: como foram as descobertas do corpo ..F21: o menino era um amigo e aceitou bem, não forçou nada ..J1F21: talvez pq ele também soubesse ..P7: menino com quem teve relação sexual breve</p>	<p>90 P: Certo. E você já teve algum relacionamento? Você já teve alguma experiência 91 mais sexual, mesmo? Como é que é isso?</p> <p>92 E10: Uma muito breve. Há algum tempo.. há alguns poucos anos atrás, muito breve, 93 que, na verdade, eu ainda não tinha muita certeza. Então foi com um menino e eu 94 parei, assim, no meio. Falei, ah não.. não é isso.. Só que ele.. ele era meu 95 amigo, ele era bem de boa e ele aceitou parar, assim, né, não forçou nada, não 96 se importou muito. Tipo assim, tudo bem. Acho que talvez ele também soubesse. 97 Mas..</p> <p>98 P: E essa foi a única experiência que você teve, nesse sentido mais do 99 relacionamento afetivo?</p> <p>100 E10: Foi. Foi.</p>
<p>..P1: E10, o próprio entrevistado ..J1F1: pq está no início da transição ..F1: tem muita coisa no corpo ainda que o incomoda ..P2: psicóloga q acompanha E10 há 1 ano e meio ..J1F2: pq ainda não está bem com seu corpo ..F2: ã teria relação muito profunda e sexual, como diz p psico ..J2F2: pq acha q teria q ter mais mudanças antes de ter relação ..P2: psicóloga q acompanha E10 há 1 ano e meio ..S2: o que o limita a viver plenamente sua sexualidade ..P8: endócrino com quem vai fazer hormonização ..J1F3: pq vai pegar declaração c psicóloga p ir ao endócrino ..F3: ainda não toma hormônios e não fez nenhuma cirurgia ..J2F3: para começar a fazer a hormonização ..F5: mas até lá não tem segurança para ter relação ..F4: acha q depois q aprofundar na transição talvez fique melhor ..J1F5: pq ainda ã está bem c seu corpo p ter outro corpo envolvido ..P2: psicóloga q acompanha E10 há 1 ano e meio ..P1: E10, o próprio entrevistado</p>	<p>101 P: Entendi. E assim, E10, você sente que tem alguma coisa que te limite nesse 102 sentido da vivência da sua sexualidade? Você sente alguma limitação?</p> <p>103 E10: Por estar no início, assim, da transição, eu acho que tem muita coisa ainda 104 no meu corpo que me incomoda. Então, eu falo isso até com minha psicóloga, né, e 105 que eu não tenho a.. relação assim muito profunda e muito sexual, porque eu 106 ainda não estou bem com meu corpo. Eu acho que teria que ter mais mudanças antes 107 disso acontecer.. Eu vou pegar ainda o.. a declaração com ela, né, o laudo, para 108 eu ainda ir ao endócrino para eu começar a fazer a hormonização. Então eu ainda 109 não tomo nem hormônio e ainda não fiz nenhuma drurgia. É.. eu acho que depois 110 que começar a aprofundar mais a transição talvez eu fique melhor, mas até lá eu 111 ainda não tenho muita segurança de ter alguma relação, assim. Ainda não estou 112 bem com o meu corpo para ter um outro corpo envolvido, digamos assim.</p> <p>113 P: Sim, entendi. E você sente, atualmente, alguma coisa que te fortaleça, nesse 114 sentido?</p> <p>115 E10: Eu acho que o apoio é muito importante, porque se eu não tivesse apoio eu 116 não conseguiria fazer nada.. Eu não conseguiria manter a psicóloga, né. Porque 117 meus pais acham importante a saúde mental. E, eu acho que talvez o.. ah, não sei, 118 tanto essa relação de conseguir ter uma profissional que me ajuda com saúde</p>

<p>..J2F1: consegue ter boa relação c família pq eles o apoiam</p> <p>..J1F1: ñ conseguiria manter a psicóloga, q os pais acham importan</p> <p>..F1: O apoio é m importante e sem ele ñ conseguiria fazer nada</p> <p>..P4: pais de E10, que aceitam e apoiam transexualidade</p> <p>..S3: apoio da família fortalece sexualidade</p> <p>..P4: pais de E10, que aceitam e apoiam transexualidade</p> <p>..J1F2: pq eles ñ só não vêem problema e ignoram</p> <p>..F2: família além d ñ ver problema (em ser trans), ainda o apoiam</p> <p>..J1F3: pq c isso seu processo e melhor</p> <p>..F3: acha o apoio muito importante</p> <p>..J2F3: pq pode focar em coisas q são só suas e não em ter apoio</p>	<p>119</p> <p>120</p> <p>121</p> <p>122</p> <p>123</p> <p>124</p> <p>125</p>	<p>mental, de agora ter uma boa relação com a família, que e eles me apoiam também. Que eles não vêem, principalmente, não vêem problema nisso, e além disso me apoiam ne.. Porque eles não só não vêem problema e ignoram, eles realmente me apoiam. Então eu acho, eu acho isso muito importante. Eu acho que isso ajuda a dar. não sei, eu acho que o processo é melhor, porque eu posso focar em coisas que são só minhas e não ter que focar em me apoiar, sendo que não tem outra pessoa me apoiando, sabe?</p>
<p>..F1: tem um plano de saúde mas usa CS sempre q precisa</p> <p>..J1F1: pq é bem perto da sua casa então é mais rápido</p> <p>..P1: E10, o próprio entrevistado</p> <p>..J1F2: pq tem um problema no útero q precisa do ACI</p> <p>..F2: o cartão de vacina está em dia e toma ACI no CS tb</p> <p>..F3: fica um pouco assim (constrangido) de ir ao CS tomar ACI</p> <p>..J1F3: pq é um anticoncepcional feminino</p> <p>..P9: as pessoas do centro de saúde</p> <p>..J2F4: mesmo usanso binder e roupas largas</p> <p>..J1F4: pq ainda ñ toma hormônio então sua voz e corpo são femini</p> <p>..F4: acha q as pessoas ñ o aceitam 100%, embora ñ falem na cara</p> <p>..S4: como é o contato com o serviço de saúde</p> <p>..P9: as pessoas do centro de saúde</p> <p>..P5: família de E10, que é tranquila e aberta</p> <p>..J3F5: pq profissionais tentam ajudar como podem</p> <p>..F5: acha q no serv. saúde é mais tranquilo, a maioria é legal</p> <p>..J1F5: talvez entendam = pelas aulas que os prof de saúde têm</p> <p>..J2F5: pq sua mãe já trabalhou n CS, E10 lembra d algumas pessoas</p> <p>..P9: as pessoas do centro de saúde</p> <p>..F6: mas não sente muita segurança de ir no CS</p> <p>..J1F6: pq acha q mesmo os prof de saúde julgam um pouco</p> <p>..F7: já fez consulta no CS mas antes d iniciar transição</p> <p>..J1F7: pq tem pouco tempo q está na transição</p> <p>..P3: psiquiatra, com quem acompanha há 2 anos</p> <p>..P2: psicóloga q acompanha E10 há 1 ano e meio</p> <p>..S4: como é o contato com o serviço de saúde</p> <p>..P3: psiquiatra, com quem acompanha há 2 anos</p> <p>..P2: psicóloga q acompanha E10 há 1 ano e meio</p> <p>..J2F9: pq estão pesquisando mais sobre trans p atendê-lo melhor</p> <p>..F9: faz acompanha// c psico e psiquiatra há muito tempo</p> <p>..F9: já fazia por conta do autismo e não quis mudar</p> <p>..J1F9: pq já conhecia eles e não gosta de ficar trocando de prof</p>	<p>133</p> <p>134</p> <p>135</p> <p>136</p> <p>137</p> <p>138</p> <p>139</p> <p>140</p> <p>141</p> <p>142</p> <p>143</p> <p>144</p> <p>145</p> <p>146</p> <p>147</p> <p>148</p> <p>149</p> <p>150</p> <p>151</p> <p>152</p> <p>153</p> <p>154</p> <p>155</p> <p>156</p> <p>157</p> <p>158</p> <p>159</p> <p>160</p> <p>161</p> <p>162</p> <p>163</p> <p>164</p> <p>165</p> <p>166</p> <p>167</p> <p>168</p> <p>169</p> <p>170</p> <p>171</p> <p>172</p> <p>173</p> <p>174</p> <p>175</p> <p>176</p> <p>177</p> <p>178</p> <p>179</p> <p>180</p> <p>181</p> <p>182</p>	<p>E10: Eu moro bem perto de um centro de saúde, na verdade, e eu.. assim, na verdade tenho um plano de saúde particular, mas eu uso, assim, sempre que precisa porque é muito perto, então é muito conveniente, sempre que precisa de alguma coisa mais rápido. É... meu cartão de vacinação está em dia e, eu, na verdade, tenho um problema uterino, que eu tomo anticoncepcional injetável intramuscular e eu vou lá.. Só que, tipo assim, é um anticoncepcional feminino que eu tenho que ir lá tomar, então, tipo assim, eu fico um pouco assim de ir lá tomar. Eu acho que, não sei, as pessoas não vão julgar falando na minha cara, mas eu não acho que todo mundo olha para mim falando: "Ah, tudo bem". Porque eu ainda não tomo hormônio, então minha voz ainda é feminina, meu corpo ainda é todo moldado nos padrões femininos, mesmo eu usando algumas coisas, eu usando um binder ou roupas mais largas, ainda não é exatamente como as pessoas vêem as outras, então eu não acho que elas aceitam 100%. Mas eu acho que assim, no serviço de saúde é até, talvez, mais tranquilo, eu acho que o pessoal da saúde entende mais porque.. num sei, eu acho que assim, principalmente por causa das aulas que eles têm né.. minha família é da área da saúde também e eu sei que tem um pessoal, assim, a maioria né, é bem legal, dos centros de saúde. Porque a minha mãe também trabalhou no centro de saúde, como "profissional do NASF", e algumas pessoas eu lembro mais ou menos. Eu não sei se elas me reconhecem mais, assim, é legal o pessoal, assim, tenta ajudar e tudo mais, como pode, mas.. eu não sei, eu não sinto muita segurança de ir lá.. num sei, eu ainda acho que as pessoas julgam um pouquinho, mesmo quem é da área da saúde, assim.</p> <p>P: E já teve alguma vez que você foi atendido, além da vacinação, você foi atendido por algum profissional em consulta?</p> <p>E10: Fui, mas foi antes do começo da transição. Porque tem pouco tempo, né, que eu estou nessa transição e a psicóloga e a psiquiatra são particulares, porque tem mais tempo que eu faço acompanhamento, bem mais tempo. Na verdade eu fazia acompanhamentos com eles por causa do autismo. Eu só não troquei de profissional porque eu já conhecia eles e resolvi ficar com eles mesmo. Eles estão pesquisando mais sobre isso para conseguir me atender melhor também. Eu achei bem legal. E eu não troquei porque eu também não gosto muito de ficar trocando de profissional, principalmente quando eu acho um profissional bom.</p> <p>P: E10, você falou do autismo, que você já fazia um acompanhamento anterior, né. E você hoje está com 20 anos, então você, vamos dizer assim, é uma pessoa que está nessa fase que muitos profissionais vêem essas coisas da sexualidade, né, essas demandas. Em algum momento, em algum atendimento, você foi questionado, em algum momento, assim sobre a sua sexualidade, mais no sentido da sua saúde mesmo, se você estava bem, se estava com alguma demanda, nas consultas de forma mais geral, que você tinha?</p> <p>E10: Sim.. sim.. Assim, de um modo bem geral, assim, perguntando se está bem, mesmo. De.. não, nada muito específico, mas de um jeito.. de um modo geral, assim, eu falava: ah, e u tô bem. "ah, tudo bem".</p> <p>P: Entendi. E, tem alguém, assim, hoje, você tem alguém que você sente, assim, confiança para falar das suas intimidades, das suas questões mais íntimas, assim, quem que você busca, normalmente, para te ajudar nesse sentido?</p> <p>E10: Normalmente a minha psicóloga, porque eu falo com ela toda semana e ela já me conhece bastante e sabe muita coisa já. Então, qualquer demanda que eu trago para ela também ela vai.. ela vai me ajudar, ela vai ouvir, vai analisar comigo, me ajudar a ver se é isso mesmo.. E ela faz isso de um jeito, também um pouco menos pessoal, porque meus pais as vezes ficam com um pouco de receio</p>
<p>..F10: Prof ja questionaram sobre sexuali// de forma bem geral</p> <p>..J1F10: nada muito específico</p> <p>..S4: como é o contato com o serviço de saúde</p> <p>..J1F1: pq fala c ela toda semana e ela já o conhece bastante</p> <p>..F1: normalmente abre sua intimidade com a psicóloga</p> <p>..P2: psicóloga q acompanha E10 há 1 ano e meio</p> <p>..P2: psicóloga q acompanha E10 há 1 ano e meio</p> <p>..J2F1: qq demanda q leva p psic ela acolhe, analisa junto</p> <p>..P2: psicóloga q acompanha E10 há 1 ano e meio</p> <p>..S5: para quem abre sua intimidade</p>	<p>178</p> <p>179</p> <p>180</p> <p>181</p> <p>182</p>	

<p>..P4: pais de E10, que aceitam e apoiam transexualidade ..F2: e a psicóloga ajuda de um jeito menos pessoal ..J1F2: pq os pais ficam c um pouco de receio d q E10 sofra ..J2F2: pq sabem q muitas trans sofrem preconceito e violência</p>	<p>183 184 185</p>	<p>também, porque eles sabem que muita gente que é trans, que tem autismo, às vezes sobre violência, sofre muito preconceito, né, então eles ficam um pouco com receio disso também.</p>
<p>..P1: E10, o próprio entrevistado ..F1: pandemia ajudou pq acha muito difícil sair de casa ..J1F1: pq é sempre desafio d como vai se arrumar, se comportar ..J2F1: p pessoas ã perceberem tanto pq está no início transição ..S6: isolamento provocado pela pandemia foi bom ..F2: ã sair na rua ou ir p faculdade todo dia ajudou ..J1F2: pq pôde pensar melhor nisso (trans), conversar mais</p>	<p>186 187 188</p>	<p>P: E você sentiu, E10, alguma interferência em relação à pandemia nessa coisa mais da sua vivência, mais da sua sexualidade? Você sentiu alguma mudança, nesse sentido?</p>
<p>..P1: E10, o próprio entrevistado ..F1: pandemia ajudou pq acha muito difícil sair de casa ..J1F1: pq é sempre desafio d como vai se arrumar, se comportar ..J2F1: p pessoas ã perceberem tanto pq está no início transição ..S6: isolamento provocado pela pandemia foi bom ..F2: ã sair na rua ou ir p faculdade todo dia ajudou ..J1F2: pq pôde pensar melhor nisso (trans), conversar mais</p>	<p>189 190 191 192 193 194 195</p>	<p>E10: Eu acho que, na verdade, me ajudou, porque, assim, sair de casa sempre é um desafio de como que eu vou me arrumar, como que eu vou me comportar na rua para as pessoas não perceberem tanto assim por causa.. principalmente no início da transição, então, é muito difícil. Então, assim, ficar mais em casa, conseguir pensar melhor nisso, conversar mais, eu acho que me ajudou mais, na verdade, para conseguir fazer isso tudo, assim, sem precisar mostrar o tempo todo, sabe.. não sair na rua, ir para a faculdade todo dia.</p>
<p>..P1: E10, o próprio entrevistado ..F1: quer ter um acompanhã// c profissionais q se importam ..J2F2: e é muito difícil conseguir acesso aos hospitais especial ..F2: acha q devia ter + pessoas assim nos CS, q é mais acessível ..J1F2: pq os hospitais especializados (fto trans) são raros ..S7: necessidade do atendimento aos trans na APS ..F3: acha muito importante a pessoa trans ter acompanhamento ..J1F3: pq faz um processo q é muito invasivo p o corpo ..J2F3: então precisa saber se está tudo bem c a saúde em geral</p>	<p>196 197 198 199 200</p>	<p>P: Entendi. E quanto à questão, assim, você falou né, não sei se isso já está dado para você, mas assim, você falou da questão de cirurgia, de hormonização, né, que são questões que você já visualiza, assim, né, que são demandas suas.. Mas existe alguma demanda que você ache que hoje precisaria do serviço de saúde para te ajudar?</p>
<p>..P1: E10, o próprio entrevistado ..F1: quer ter um acompanhã// c profissionais q se importam ..J2F2: e é muito difícil conseguir acesso aos hospitais especial ..F2: acha q devia ter + pessoas assim nos CS, q é mais acessível ..J1F2: pq os hospitais especializados (fto trans) são raros ..S7: necessidade do atendimento aos trans na APS ..F3: acha muito importante a pessoa trans ter acompanhamento ..J1F3: pq faz um processo q é muito invasivo p o corpo ..J2F3: então precisa saber se está tudo bem c a saúde em geral</p>	<p>201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215</p>	<p>E10: é importante, assim, um acompanhamento, mesmo que você já faça hormonização, ou mesmo depois da cirurgia, e eu acho importante assim, um acompanhamento, não sei.. não saberia de quanto em quanto tempo, mas, só para ter certeza mesmo da saúde, não só física, como psicológica, assim, com profissionais que realmente se importam, sabe? Eu acho que talvez poderiam ter mais pessoas assim no centro de saúde, porque por exemplo, alguns hospitais especializados nisso, não tem muitos, no Brasil inteiro, na verdade, né... Então, assim, é muuito difícil conseguir e eu acho que se tivesse isso mais perto da pessoa, por exemplo, no centro de saúde que é muito mais acessível para todo mundo do bairro e tem vários, em todas as cidades. Então, eu acho que seria melhor, assim, para um acompanhamento que.. faz.. para fazer um check-up mesmo para a pessoa, para ver se está tudo bem, né. Mesmo que não conseguisse ter esse acompanhamento psicológico, pelo menos para saber se a saúde física da pessoa está em dia, porque ela fez um processo que, que é muito forte para o corpo, né.. que é muito invasivo, então eu acho importante ter isso.</p>
<p>..P1: E10, o próprio entrevistado ..F1: p hormonização conseguiu um contato de endocrino do plano ..P8: endocrino com quem vai fazer hormonização ..P6: as pessoas em geral ..F3: falam muito bem do EM mas é muito, muito demandado. ..F2: pelo SUS ficou sabendo do amb trans no EM ..J1F4: pq liga sempre, mas acha q abrem agenda no 1º dia do mês ..F4: ã conseguiu marcar nem a primeira consulta lá ainda ..F5: não pensa em fazer cirurgia agora, m já quer entrar na fila ..J1F5: pq demora bastante a conseguir ..S8: Dificuldade de acesso a serviço q possibilite transição ..F6: ouviu falar de outro local q atende mas tb demora muito ..J1F6: pq tem q consultar no CS e outro local antes de ir p lá ..P1: E10, o próprio entrevistado ..F7: acha q poderia ter outros locais, mesmo ã especializados ..J1F7: pq é uma demanda grande p ficar passando d lugar p outro ..J3F7: pq serviço ref fica muito lotado e ã se consegue o atendi</p>	<p>216 217 218 219</p>	<p>P: E, você já tem em mente, assim, E10, onde buscar para você conseguir ter acesso a essa questão da hormonização, da sua.. da mudança mesmo mais corporal que você quer fazer? Você já tem em mente os serviços que você tem disponíveis? Como que você vai buscar ajuda?</p>
<p>..P1: E10, o próprio entrevistado ..F1: p hormonização conseguiu um contato de endocrino do plano ..P8: endocrino com quem vai fazer hormonização ..P6: as pessoas em geral ..F3: falam muito bem do EM mas é muito, muito demandado. ..F2: pelo SUS ficou sabendo do amb trans no EM ..J1F4: pq liga sempre, mas acha q abrem agenda no 1º dia do mês ..F4: ã conseguiu marcar nem a primeira consulta lá ainda ..F5: não pensa em fazer cirurgia agora, m já quer entrar na fila ..J1F5: pq demora bastante a conseguir ..S8: Dificuldade de acesso a serviço q possibilite transição ..F6: ouviu falar de outro local q atende mas tb demora muito ..J1F6: pq tem q consultar no CS e outro local antes de ir p lá ..P1: E10, o próprio entrevistado ..F7: acha q poderia ter outros locais, mesmo ã especializados ..J1F7: pq é uma demanda grande p ficar passando d lugar p outro ..J3F7: pq serviço ref fica muito lotado e ã se consegue o atendi</p>	<p>220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248</p>	<p>E10: Então, para a hormonização, na verdade eu consegui uma indicação de um endócrino muito bom, mas ele é pelo plano. Pelo SUS eu fiquei sabendo do ambulatório trans que tem no Eduardo de Menezes. O pessoal fala muito bem de lá, fala que o pessoal é muito legal só que ele é muito, muito demandado. Eu não consegui marcar nem uma primeira consulta ainda e eu ligo quase sempre.. parece que tem que ligar no primeiro dia de cada mês, que aí é que eles abrem a agenda para o mês e vão marcando as consultas e algumas pessoas conseguem, tipo assim, quando é retorno eles conseguem agendar mais fácil. Mas se for uma primeira consulta parece que demora muito e, na verdade eu queria isso porque eu sei que demora bastante a fila de espera de.. para analisar mesmo a pessoa para conseguir colocar na fila de espera para cirurgia ou para alguma coisa do tipo, que eu não penso em fazer agora, necessariamente, mas talvez entrar na fila agora já seja uma boa ideia porque demora bastante. Outros hospitais também têm, tem um outro que eu não lembro o nome, que a 'Fulana' (Enfermeira conhecida da entrevistada) que me falou, mas ele tem que ter um encaminhamento. E aí eu fui falar disso num grupo que eu estou de homens trans, que inclusive esse cara que eu vou te passar o contato que me colocou no grupo, ele é bem legal. Só que ele falou que se você for pedir um encaminhamento demora muito porque você tem que ir ao posto mais perto da sua casa, que você é cadastrado, você vai passar por algumas consultas lá, com médico ou enfermeiro e depois vai ser encaminhado para um outro local, não necessariamente o local que você pediu para ser encaminhado e aí você vai ser avaliado denovo para, depois de algumas avaliações, você ser encaminhado para o lugar que você precisa, que é o local que tem esse tipo de atendimento especializado. Eu acho que poderiam ter locais que atendam mesmo não sendo especializados, porque eu acho que é uma demanda grande para as pessoas só irem passando de um lugar para o outro, de um profissional para outro. Eu acho que outros profissionais também têm condição de atender, sabe? E não precisa ficar passando para outros lugares, para outras pessoas, porque se não lota muito um lugar só e, na verdade, as pessoas não conseguem ser atendidas, igual</p>

<p>..F7: acha q poderia ter outros locais, mesmo ñ especializados ..J1F7: pq é uma demanda grande p ficar passando d lugar p outro ..J3F7: pq serviço ref fica muito lotado e ñ se consegue o atendi ..J2F7:acha q prof têm condições de atender e ñ precisariam enc</p>	<p>245 246 247 248 249</p>	<p>irem passando de um lugar para o outro, de um profissional para outro. Eu acho que outros profissionais também têm condição de atender, sabe? E não precisa ficar passando para outros lugares, para outras pessoas, porque senão lota muito um lugar só e, na verdade, as pessoas não conseguem ser atendidas, igual acontece nesse hospital, por exemplo.</p>
<p>..F4: a assistência primária é m importante e o acesso muito maior ..J1F4: pq unidades estão espalhadas em vários locais ..J2F4: pq hospital é longe, a pessoa ñ consegue ir nem marcar ..P11: as pessoas trans que precisam de atendimento ..S7: necessidade do atendimento aos trans na APS ..P11: as pessoas trans que precisam de atendimento ..F6: e geram mais demanda p o SUS, vira aquela confusão ..J1F6: pq piora a saúde da pessoa e gera mais demanda ..F5: e as vezes as pessoas dão outro jeito em casa</p>	<p>250 251 252 253 254 255 256 257 258</p>	<p>P: Entendi. Tem alguma outra coisa, E10, que você quer dizer, que ainda não foi dito, que você ache importante?</p> <p>E10: Hum.. eu acho que é isso. Essa coisa mesmo da assistência primária é muito importante e, principalmente porque ela é muito acessível, né.. ela está bem espalhada em vários locais, as pessoas têm muito mais acesso do que, às vezes, um hospital que é muito longe, a pessoa não consegue ir, não consegue marcar um horário. E, às vezes, a pessoa até faz alguma outra.. dá algum outro jeito em casa, que é pior para a saúde dela depois, sabe? E aí vai ter mais demanda para o serviço público e aí vira aquela confusão.</p>
<p>..F1: acha importante as pesquisas ouvirem os usuarios ..P1: E10, o próprio entrevistado ..J1F2: pq talvez se importem mais e têm mais contato c SUS ..F2: acha importante a pesquisa principalmente em univ pública ..S9: preocupação em defender o SUS ..J1F3: principalmente agora q está sendo atacado e demontado ..F3: se as pessoas buscassem se informar veriam q SUS é important ..F4: acha q esse tipo de pesquisa ajuda pq vc fala das demandas ..J1F4: pq talvez isso ajude a melhorar p você e p os outros</p>	<p>259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275</p>	<p>P: Certo. E tem alguma coisa que você quer dizer para a gente, que está na pesquisa.. queria que você falasse um pouquinho também o que você achou da entrevista, que esse retorno para a gente é importante.</p> <p>E10: Ah, eu acho que pesquisa assim é muito bom, muito bom. Tipo assim, muitas pesquisas são.. é importante, né.. pesquisa assim que ouve, principalmente, os usuários, que ouve a população que é afetada, atingida ou que necessita de alguma coisa assim. Eu acho importante, principalmente sendo de universidades públicas que talvez se importem mais com isso e estão em mais contato com essas pessoas do serviço de saúde pública, inclusive. Principalmente agora, que está sendo bem atacado, e desmontado, e com pouco financiamento.. Eu acho que as pessoas estão negligenciando muito mais e eu acho que até as pessas que precisam elas não vêm o quanto elas poderiam estar ganhando com isso, se elas procurassem saber, se tivessem mais informação para elas talvez elas defenderiam mais, porque elas veriam que é muito importante para a vida delas, sabe? E eu acho que esse tipo de pesquisa ajuda também porque você fala das demandas que você tem e talvez isso vai ajudar a melhorar, melhorar para você, para a próxima pessoa.</p> <p>P: Considerações finais. Não fala mais do assunto.</p>

Personagens identificados na narrativa

- P1: E10, o próprio entrevistado
- P2: psicóloga q acompanha E10 há 1 ano e meio
- P3: psiquiatra, com quem acompanha há 2 anos
- P4: pais de E10, que aceitam e apoiam transexualidade
- P5: família de E10, que é tranquila e aberta
- P6: as pessoas em geral
- P7: menino com quem teve relação sexual breve
- P8: endocrino com quem vai fazer hormonização
- P9: as pessoas do centro de saúde
- P10: mãe de E10, que trabalhou no CS
- P11: as pessoas trans que precisam de atendimento

Sequências identificadas na narrativa

- S1: como foram as descobertas do corpo
- S2: o que o limita a viver plenamente sua sexualidade
- S3: apoio da família fortalece sexualidade
- S4: como é o contato com o serviço de saúde
- S5: para quem abre sua intimidade
- S6: isolamento provocado pela pandemia foi bom
- S7: necessidade do atendimento aos trans na APS
- S8: Dificuldade de acesso a serviço q possibilite transição
- S9: preocupação em defender o SUS

Temas identificados na narrativa

- 1) Descoberta de si como diferente (S1)
- 2) Inadequação de gênero como limite para sexualidade (S2)
- 3) Apoio da família e profissionais fortalecem sexualidade (S3, S5, S6)
- 4) Contato com APS marcado por medo do julgamento (S4)
- 5) Desafio de atendimento necessidades das pessoas trans na APS/SUS (S7, S8, S9)

Síntese da entrevista de E10

E10 se apresenta como homem, 20 anos, transgênero, heterossexual, solteiro, sem filhos. Mora com os pais e uma irmã e atualmente cursa faculdade, sem outra ocupação.

E10 acredita que a questão da **sua sexualidade seja diferente** e mais complicada porque tem autismo. E10 conta que seu jeito de ver a sociedade e as interações sociais é diferente, fora do padrão. Por isso demorou para ter certeza da transexualidade mesmo após o diagnóstico. Faz acompanhamento com psicóloga e psiquiatra e isso ajudou bastante a se entender e a ter certeza sobre a transexualidade. Há pouco tempo contou aos pais e psicóloga, depois que entendeu sua condição e os processos sociais envolvidos. Família aceita e apoia, o que considera muito importante. Os pais de E10 têm medo de que ele sofra com violência ou preconceito. Conta que **abre sua intimidade** com a psicóloga, porque fala com ela toda semana e ela já o conhece bastante.

Quanto às **descobertas ligadas ao corpo**, **E10** conta que não tinha muitos amigos na infância também por causa do autismo. Os que tinha eram meninos, com quem se identificava mais. Acha que já sabia da sua condição desde criança, mas ainda não tinha consciência do que aquilo significava de verdade. Quando criança não sabia quais eram os padrões de comportamento, vestuário esperados para menina, pois isso é uma construção social. Na adolescência isso foi ficando mais claro porque observada os outros adolescentes. Então ficou mais claro para E10 que tinha algo diferente nele.

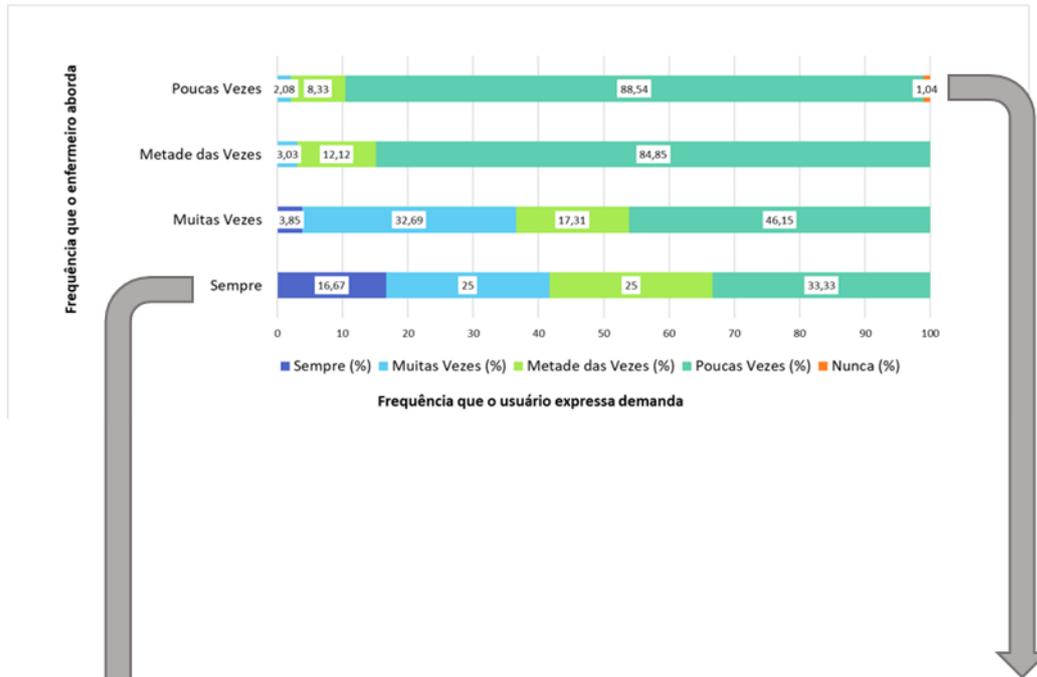
Teve **uma única tentativa de relação sexual**, muito breve, há alguns anos, quando ainda não tinha certeza da sua orientação sexual. Não concluiu o ato porque percebeu que não era aquilo que queria. O menino era seu amigo e aceitou bem. Diz que **muita coisa no seu corpo o incomoda e isso limita sua vivência sexual**. Não espera ter relações sexuais assim porque ainda não está bem com seu corpo para ter um outro corpo envolvido. Acha que quando aprofundar mais na transição talvez melhore e tenha segurança para relação. Acha que o **isolamento gerado pela pandemia** o ajudou porque para sair de casa sempre foi um desafio saber como se vestir ou se comportar. Ficar em casa foi bom para pensar melhor, conversar sem ter que se expor na rua ou na faculdade.

Tem plano de saúde mas **vai ao centro de saúde sempre que precisa** de alguma coisa mais rápida, porque mora bem perto da unidade. Tem um problema no útero que demanda tomar anticoncepcional injetável. Porém, como o remédio é feminino, sempre fica constrangido ao ir tomar. Embora saiba que não será confrontado pelos profissionais, **acredita que o julguem pela sua aparência feminina**. Conhece algumas pessoas que tentam lhe ajudar, mas não sente muita segurança de ir ao centro de saúde porque acha os profissionais ainda julgam. Optou por se manter com os mesmos profissionais do convênio que o atendem por conta do autismo e eles estão estudando sobre transexualidade para poder ajudá-lo mais. E10 diz que já **foi questionado em consulta sobre sua saúde sexual**, mas de modo bem geral, nada específico.

Acha **importante que a pessoa em transição faça acompanhamento regular da sua saúde**. Acha que poderia ter mais pessoas capacitadas no centro de saúde, que está mais acessível para todo mundo, porque os hospitais especializados são raros e difíceis de conseguir vaga. Para **fazer hormonização**, está tentando vaga no ambulatório trans do Eduardo de Menezes porém lá é muito demandado. Liga sempre e não consegue. Pretende fazer no convênio. Acredita que as pessoas trans acabam fazendo procedimentos em casa e gerando risco para saúde por não conseguirem atendimento no SUS.

APÊNDICE H – Explicativo sobre a interpretação dos gráficos

Gráfico 1: Comparação entre a frequência de abordagem das(os) enfermeiras(os) e a frequência em que os usuários expressam demandas em saúde sexual, Belo Horizonte, 2020.



Nesta linha estão toda(o)s a(o)s enfermeira(o)s que afirmaram abordar a saúde sexual **POUCAS VEZES**. Desses, 2,08% disseram que os usuários expressam demanda sobre saúde sexual muitas vezes em seus atendimentos; 8,33% disseram que os usuários expressam metade das vezes; 88,54% disseram que os usuários expressam demanda poucas vezes e 1,04% disseram que os usuários nunca expressam demandas em saúde sexual nos atendimentos. Dessa forma, cada linha do gráfico fecha em 100%.

Nesta linha estão toda(o)s a(o)s enfermeira(o)s que afirmaram abordar a saúde sexual **SEMPRE**, em seus atendimentos. Desses, 16,67% disseram que os usuários expressam demanda sobre saúde sexual sempre, 25% disseram que os usuários expressam demanda muitas vezes, 25% disseram que os usuários expressam metade das vezes e 33,33% disseram que os usuários expressam demanda poucas vezes.