



Roteiros de sexualidade construídos por enfermeiros e a interface com a atenção em infecções sexualmente transmissíveis/HIV

The sexuality scripts constructed by nurses and an interface with attention of sexually transmitted infection/HIV

Guías de la sexualidad construidos por enfermeros y la interfaz con la atención en enfermedades transmitidas sexualmente/HIV

Sheila Milena Pessoa dos Santos¹

Javanna Lacerda Gomes da Silva Freitas²

Maria Imaculada de Fátima Freitas¹

1. Universidade Federal de Minas Gerais.

Belo Horizonte, MG, Brasil.

2. Universidade Estadual da Paraíba.

Campina Grande, PB, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Compreender os roteiros de sexualidade construídos por enfermeiros e a interface com a atenção em IST/HIV na atenção primária à saúde. **Método:** Estudo qualitativo, ancorado na teoria dos roteiros sexuais. Foram realizadas 35 entrevistas em profundidade com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, entre maio e agosto de 2017. O material foi organizado com auxílio do *software* MAXQDA Standard 12[®] e foi submetido à Análise Estrutural de Narração. **Resultados:** A análise das trajetórias dos participantes permitiu a construção de três categorias: roteiros de sexualidade na infância e na adolescência; roteiros de sexualidade na formação; roteiros de sexualidade e o cuidado em IST/HIV. **Conclusão e implicações para prática:** Os roteiros de sexualidade são marcados por estereótipos e resultam em obstáculos às práticas de prevenção das IST/HIV. Apontou-se a necessidade de investimentos nos processos de formação profissional que focalizem a mudança de paradigma na saúde e considerem as construções culturais que dificultam a inserção da sexualidade nas práticas de cuidado, com destaque para as ações preventivas em IST/HIV.

Palavras-chave: Sexualidade; Infecções Sexualmente Transmissíveis; Vírus da Imunodeficiência Humana; Enfermeiras e Enfermeiros; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To understand the routines of sexuality constructed by nurses and the interface with attention in STI/HIV in primary health care. **Method:** Qualitative study, anchored in the theory of sexual scripts. A total of 35 in-depth interviews were conducted with nurses from the Family Health Strategy between May and August 2017. The material was organized using MAXQDA Standard 12[®] software and was submitted to Structural Analysis of Narration and content. **Results:** The analysis of participants' trajectories allowed the construction of three categories: sexuality scripts in childhood and adolescence; scripts of sexuality in formation; sexuality scripts and STI/HIV care. **Conclusion and implications for practice:** Sexuality scripts are marked by stereotypes, constructed throughout life, and result in obstacles to STI/HIV prevention practices. It was pointed out the need for investments in vocational training processes that focus on the paradigm shift in health and consider the cultural constructions that hinder the insertion of sexuality into care practices, with emphasis on preventive actions in STI/HIV.

Keywords: Sexuality; Sexually Transmitted Diseases; Human Immunodeficiency Virus; Nurses; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: Comprender las guías de la sexualidad construidas por enfermeros y la interfaz con la atención en IST/HIV en la atención primaria de la salud. **Método:** Estudio cualitativo, anclado en la teoría de las guías sexuales. Se realizaron 35 entrevistas en profundidad con enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia, entre mayo y agosto de 2017. El material se organizó con la ayuda del *software* MAXQDA Standard 12[®] y se sometió al Análisis Estructural de Narración y de contenido. **Resultados:** El análisis de las trayectorias de los participantes permitió la construcción de tres categorías: guías de sexualidad en la infancia y en la adolescencia; guías de la sexualidad en la formación; guías de la sexualidad y el cuidado en IST/VIH. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** Las guías de la sexualidad están marcadas por estereotipos y resultan en obstáculos para las prácticas de prevención de las IST/VIH. Se apunta la necesidad de inversiones en los procesos de formación profesional que se enfoquen en el cambio de paradigma en la salud y consideren las construcciones culturales que dificultan la inserción de la sexualidad en las prácticas de cuidado, con énfasis en las acciones preventivas en IST/VIH.

Palabras clave: Sexualidad; Infecciones de Transmisión Sexual; Virus de la Inmunodeficiencia Humana; Enfermeros; Atención Primaria de la Salud.

Autor correspondente:

Sheila Milena Pessoa dos Santos.

E-mail: sheila.milena@gmail.com

Recebido em 16/03/2019.

Aprovado em 24/05/2019.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0078pt

INTRODUÇÃO

A sexualidade é expressa a partir da inter-relação entre os aspectos biológicos, psicológicos, culturais, éticos e religiosos ou espirituais.¹ Trata-se de um aprendizado constituído por roteiros sociais complexos, introjetados ao longo da vida, sob circunstâncias históricas e culturais.² Essa perspectiva se distancia da noção biomédica e essencialista acerca da sexualidade, associada à genitalidade, ao ato sexual e à reprodução.

Na saúde, o interesse pelo tema da sexualidade deve-se, sobremaneira, à preocupação com o fato de que as práticas sexuais sem proteção estão associadas a uma enorme carga global de doenças.³ Nessa vertente, a dimensão da sexualidade possui papel central nas abordagens preventivas em saúde, contudo esse tema ainda é pouco pontuado no cuidado em saúde.⁴

As fragilidades da abordagem da sexualidade na atenção em saúde envolvem uma variedade de razões pessoais e contextuais. Os profissionais ainda consideram a sexualidade como uma questão sensível e delicada pertencente à esfera privada.⁵ Na enfermagem, o tema tem sido associado a tabus e a preconceitos, presentes tanto na formação acadêmica quanto na prática profissional. Ressalta-se que na inter-relação de quem pratica o cuidado e de quem o recebe, a sexualidade ganha espaço para emergir como alvo de intervenção. Entretanto, quando velada, a sexualidade pode consistir em ansiedades, em incertezas e em constrangimentos que possuem implicações no cuidado.⁶

As dificuldades dos profissionais para abordagem da sexualidade produzem desdobramentos para o cuidado efetivo de enfermagem, sobretudo, quando se trata de melhoria da qualidade de vida ou de prevenção de agravos. O baixo investimento nessa dimensão pode contribuir para que problemas de saúde como as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) permaneçam como problemas de saúde pública, com impacto negativo na qualidade de vida e nas relações interpessoais.⁷

Organização Mundial da Saúde (OMS) reitera que a modificação do panorama de infecção pelas IST/HIV *versus* redução da sua transmissão relaciona-se às práticas efetivas de prevenção. Nesse sentido, as estratégias preventivas incluem a educação sexual abrangente, a aquisição de noções sobre as IST/HIV, corpo e gênero, além do aconselhamento sobre sexo seguro e sobre as mudanças de comportamento, os quais exigem construção e reconstrução de saberes. Esses aspectos remetem à sexualidade, devendo ser alvo das práticas profissionais de saúde.⁸

Salienta-se que a atenção em IST/HIV é transversal nas práticas de cuidado e deve permear todos os níveis de atenção em saúde, pois devido às consequências para a saúde, as infecções de transmissão sexual podem demandar assistência em serviços primários, secundários ou terciários.⁹ Entretanto, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) concentra-se o investimento em ações de prevenção, sobretudo, em razão da efetividade e impacto positivo para o controle da epidemia.³

Como parte integrante da APS, ressalta-se que no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), o profissional de enfermagem possui papel essencial na atenção em IST/HIV por meio da realização da consulta individual, atividades em grupo, solicitação de exames, prescrição de medicamentos e encaminhamento, quando necessário, de usuários a outros serviços.⁹ No entanto, estudos denunciam lacunas na prática de enfermagem para a prevenção das IST/HIV e sinalizam o distanciamento do enfermeiro frente aos temas relativos à sexualidade.^{5,6,10}

Apesar de identificarem as lacunas, as investigações em saúde não têm investido em conhecer os processos que conduzem os enfermeiros a evitarem a abordagem da sexualidade em suas práticas.^{5,11,12} Nesse sentido, este estudo focaliza os contextos intersubjetivos, interpessoais e culturais das interações sociais envolvidas nas interpretações sobre a sexualidade e as implicações para as práticas de cuidado em IST/HIV. Esse conhecimento é essencial, pois pode identificar aspectos da prática de enfermagem que contribuam para que as ações de prevenção sejam efetivas para o controle da epidemia.

Assim, interrogou-se os enfermeiros sobre a sexualidade ao longo da vida, incluindo-se o aprendizado sobre o assunto e sobre as IST/HIV. Logo, o objetivo foi compreender os roteiros de sexualidade construídos por enfermeiros e a interface com a atenção em IST/HIV na atenção primária à saúde.

MÉTODO

Constitui recorte de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, ancorado na teoria dos roteiros sexuais.² Como projetos cognitivos, os roteiros sexuais permitem organizar e vincular o que pensam e o que fazem as pessoas e como elas são afetadas pelo contexto sociocultural em que vivem.

A roteirização sexual envolve três dimensões: cenários culturais, que orientam os requisitos dos papéis sociais; roteiros interpessoais, que correspondem ao padrão de interação social; e roteiros intrapsíquicos, que consistem no diálogo interno da pessoa com as expectativas sociais e culturais. Os atores sociais acionam esses roteiros nas ações cotidianas, que são a interpretação das normas sociais e dos mitos culturais.¹³ No presente estudo, a teoria dos roteiros sexuais contribuiu para a compreensão de como as construções ao longo da vida sobre sexualidade podem nortear as práticas dos profissionais nas ações de cuidado em IST/HIV no contexto da APS.

O cenário da pesquisa foi o campo da APS de um município do interior do Nordeste do Brasil, que possui 105 equipes da ESF, organizadas em seis distritos sanitários. A população foi composta por enfermeiros e enfermeiras dessas equipes, sendo incluídos: profissionais em efetivo exercício e que atuavam havia mais de um ano na equipe. Essa escolha teve o objetivo de garantir a vinculação do participante ao serviço, permitindo as narrativas sobre as experiências profissionais. Foram excluídos os profissionais afastados do serviço por licença ou férias.

A amostra contemplou profissionais de todos os distritos sanitários e foi realizada por sorteio. As informações foram analisadas preliminarmente no percurso da coleta, o que permitiu confirmar a saturação teórica dos dados¹⁴ e suspender a inclusão de novos participantes. Desse modo, a amostra final totalizou 35 profissionais.

O contato com os participantes ocorreu por telefone e por visitas ao serviço. Apenas dois enfermeiros recusaram as participações, justificadas por questões pessoais. A partir da anuência dos participantes, realizou-se a coleta de dados, que ocorreu entre maio e agosto de 2017, por meio de entrevistas em profundidade.¹⁵ As entrevistas foram realizadas nos consultórios dos enfermeiros, em suas respectivas unidades de saúde, de acordo com a disponibilidade do profissional. Inicialmente, foram coletados dados de identificação, contendo tempo de serviço, sexo e orientação sexual, idade, número de filhos, existência de parcerias e dados sobre a formação acadêmica. Em seguida, solicitou-se que os participantes discorressem acerca da vivência da sexualidade ao longo da vida, incluindo-se o aprendizado sobre o assunto e sobre as IST/HIV. Com a preocupação de oferecer confiança e proporcionar a livre exposição das narrativas pelos participantes, as entrevistas foram conduzidas com o mínimo de interferência e interpelações, excetuando-se apenas os momentos em que era necessário reconduzir ao tema central do estudo ou aprofundar uma ideia. As entrevistas duraram em média 40 minutos, foram áudio gravadas e transcritas integralmente.

A análise dos dados fundamentou-se na análise estrutural de narração,¹⁶ pressupondo que a narrativa ocorre em um processo de construção e reconstrução de reflexões propostas na interação entre pesquisador-entrevistado, no qual o segundo emite suas representações sobre os objetos, ao dar sentido ao que pensa e fala. Acrescenta-se que na estrutura das narrativas foram observados três níveis descritivos articulados: o nível das funções, no qual foram descritos os acontecimentos, eventos ou circunstâncias sobre a temática considerada, identificando-se as sequências (S) e os fatos (F); o nível das ações, que consistiu na definição dos personagens (P), considerados participantes em uma esfera de ações e na sua práxis; o nível da narração, no qual foram identificados os argumentos e explicações utilizadas (J) sobre os fatos descritos.

Considerou-se que a interpretação de uma narrativa não corresponde apenas ao acompanhamento de uma história, mas consiste em reconstruir a teia argumentativa do entrevistado, pois este, ao narrar, o faz em idas e vindas do discurso.¹⁷ Desse modo, análise foi desenvolvida de acordo com o seguinte processo¹⁸: a) leitura vertical para identificação do tema central; b) leitura horizontal para identificação das sequências contidas nas narrativas, enumeração dos fatos, dos sentimentos, das justificativas e dos personagens; reagrupamento das sequências por assunto e nomeação provisória de cada reagrupamento; c) leitura transversal para identificação de conjunções e disjunções dos fatos narrados no conjunto das entrevistas; d) interpretação das categorias empíricas, com o cotejamento das categorias encontradas com estudos sobre o tema.

Para auxílio na organização dos dados, foi utilizado o *software* MAXQDA Standard 12[®]. O *software* teve apenas como função a organização das características dos participantes e dos recortes de narrativas nas fases de leitura vertical e horizontal da análise. Todo material foi organizado e interpretado pelas autoras, conferindo a fidedignidade e a validade interna dos resultados.

As normas para pesquisa com seres humanos, contidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, foram atendidas e o estudo foi aprovado pelos comitês de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, em 13 de março de 2017, e do Hospital Universitário Alcides Carneiro, em 20 de março de 2017, sob pareceres 1.961.797 e 1.973.639, respectivamente. Para preservar o sigilo das informações e o anonimato dos participantes, os trechos das narrativas foram identificados por meio da utilização da letra E (entrevistado) e do número aleatório atribuído a cada um dos participantes, entre 1 e 35, seguido pela letra F (sexo feminino) ou M (sexo masculino).

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

Participaram do estudo 35 enfermeiros, do sexo feminino (86%) e sexo masculino (14%), cisgêneros. A idade variou entre 25 e 55 anos, predominando aqueles com mais de 35 anos (68%). A maioria possui filhos (83%), possui parceria sexual (86%), graduou-se em instituição pública (77%) há mais de 10 anos (71%), titulouse-se como especialista (71%) e atua há mais de 10 anos (68%) na ESF sob regime estatutário (86%). Apenas duas (5,7%) profissionais tiveram formações continuadas com a inclusão de temas afeitos à sexualidade e à prevenção das IST/HIV.

Os resultados foram sintetizados na Figura 1 e representam recortes das trajetórias dos participantes reconstituídas ao longo da vida a partir da composição das seguintes dimensões: cenários culturais, roteiros interpessoais e roteiros intrapsíquicos.

Os resultados foram organizados em três categorias e são apresentadas a seguir.

Roteiros de sexualidade na infância e na adolescência

Para os participantes, os roteiros de sexualidade foram delineados, inicialmente, no contexto da família, a partir de expectativas e da modelagem de comportamentos de acordo com o sexo biológico.

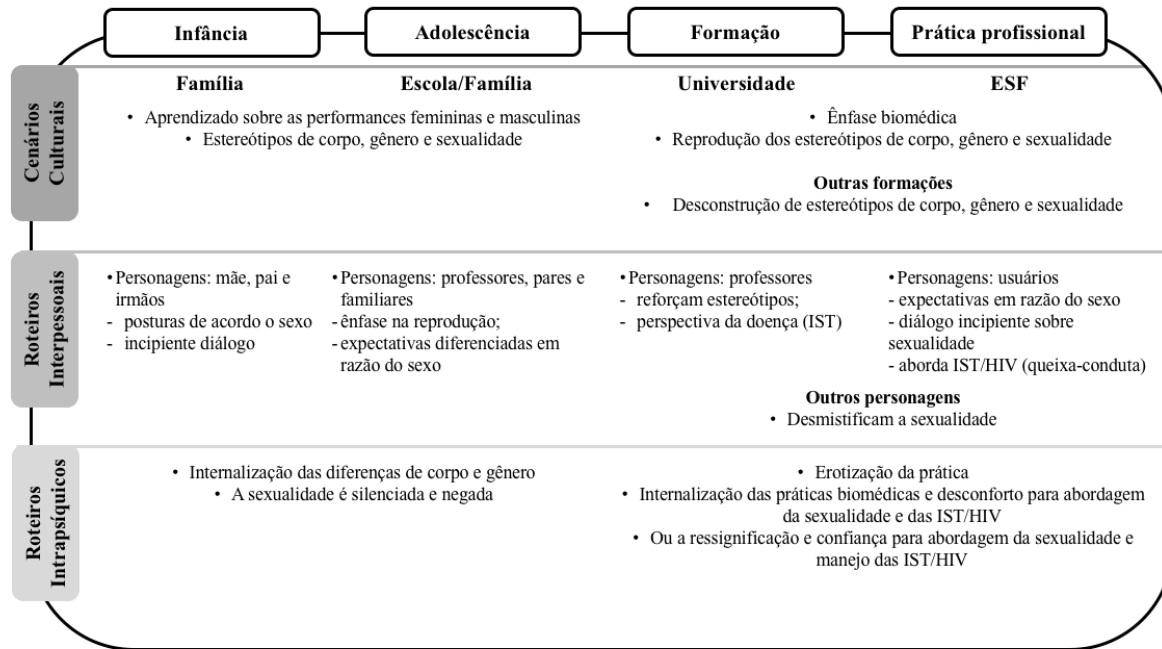
Menina tinha que sentar de perna fechada, não pode aparecer a calcinha, usar saia curta, usar short, blusa transparente, nem pensar [...] (E15, F).

Fui ensinado que menino não se mistura com menina. Menina é com as brincadeiras de menina (E8, M).

As narrativas mostraram a relação com os pais e os pares, o aprendizado sobre o corpo e a delimitação das brincadeiras. Essas experiências de socialização modelaram as performances

Figura 1. Trajetórias dos enfermeiros reconstituídas a partir das dimensões: cenários culturais, roteiros interpessoais e intrapsíquicos.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.



femininas e masculinas frente à sexualidade e desvelaram roteiros de gênero. Nessa compreensão, uma participante estabeleceu relação entre esses artifícios e a função sociocultural.

Hoje em dia, eu sei que as brincadeiras de menina já condicionam a mulher a seguir um determinado papel e as brincadeiras do menino também (E15, F).

Na adolescência foi marcante a postura conservadora dos pais, não havendo espaço para discussão e orientação sobre questões da sexualidade, produzido por roteiros de silêncio e de negação.

Não tinha aquela orientação de sentar o filho e conversar olho no olho sobre isso. Geralmente, eram conselhos bem indiretos, bem por cima. Alertando sobre não engravidar e pegar IST (E12, M).

Para alguns, a mãe foi a possível interlocutora, mas seguindo as normas do pai, com papéis de gênero bem definidos e esperados:

Embora a maior influência da minha educação foi da minha mãe, mas nesse aspecto, era tudo como meu pai queria. Quem impunha as regras para a gente era minha mãe, só que era de acordo com a vontade dele [pai] (E31, F).

Ao recordarem-se de vivências na adolescência, os participantes narraram experiências em outros cenários e inseriram outros personagens no contexto interpessoal. Surgiram novos pares, os colegas, os professores e a escola, como espaço e oportunidades para comunicação sobre sexualidade, incorrendo na discussão de temas como corpo e reprodução, mesmo que pontualmente.

[...] tinha um professor que era bem aberto, era professor de química. Ao dar a aula, ele abria espaço para falar sobre isso e a gente ficava tirando dúvidas sobre sexualidade. Só que repercutiu de forma negativa na cidade. Saiu em jornal. Só porque na aula perguntou-se o que é clitóris. Os pais, quando viram, acho que foi no primeiro ano que aconteceu, não gostaram e repercutiu bastante de forma negativa na escola (E9, M).

Experiências negativas acerca da discussão sobre assuntos relacionados à sexualidade mostram que a inserção da temática, quando ocorreu, foi permeada por conflitos e interdições no campo social. Portanto, a sexualidade foi tratada como tabu e produziu efeitos, como a dificuldade de abordagem de temas a ela relacionados. O debate na adolescência surgiu, ocasionalmente, em torno de assuntos como gravidez, segundo os entrevistados.

A professora de biologia é quem fez essas explicações sobre mudança do corpo, puberdade, menstruação,

sobre a relação [sexual] que podia engravidar, mas sempre foi da disciplina biologia, não foi nada direcionado (E25, F).

Na totalidade das entrevistas, explicitou-se que as informações e o diálogo sobre as IST/HIV foram fragmentados, tanto na relação com os pais, quanto com os pares, e na escola. Portanto, esse assunto foi pouco pontuado, embora estivesse presente nas experiências dos participantes.

Minha geração acompanhou a doença e a morte de Ca-zuza, que definiu. Isso era visto na imprensa e discutido na escola, nas aulas de ciências. Que era doença, que era um vírus que atacava o sistema imunológico, que não tinha cura. Eram campanhas aterrorizantes na verdade (E24, M).

O surgimento da aids (1984) aconteceu à época da adolescência e início da vida adulta da maioria dos participantes. A apropriação sobre a doença ocorreu permeada por estereótipos associados às pessoas com HIV, à homossexualidade, aos sinais no corpo e à morte. A repercussão pelo surgimento do vírus não foi acompanhada de uma discussão esclarecedora sobre questões de sexualidade e IST/HIV.

As fragilidades da orientação sobre sexualidade e IST/HIV materializaram-se na baixa experiência com prevenção. Os participantes, tanto os homens quanto as mulheres, desvelaram roteiros em que a iniciação sexual desprotegida e pouco conhecimento sobre o tema foram constantes.

O que eles [amigos, colegas] falavam era em relação ao ato mesmo, o que fazer, o que teve com a menina, teve isso e aquilo outro. Nada de prevenção, de se preocupar com doença, nem se preocupar com gravidez (E8, M).

Eu achava que [preservativo] era uma coisa de engolir [...]. O meu pensamento até fazer faculdade é que era assim (E5, F).

Depreende-se dos roteiros examinados que, independentemente do sexo, a falta de informações com relação à sexualidade e à ausência da inserção das questões de proteção e de prevenção das IST/HIV predominou nos contextos dos participantes.

Roteiros de sexualidade na formação

Para os profissionais, o ingresso na formação em enfermagem ocorreu no início da vida adulta e foi o principal cenário relatado das interações nessa fase. Parte deles compreendeu que esse contexto social colaborou para vivência de novas experiências, mas contribuiu pouco para romper dificuldades relacionadas à sexualidade.

A universidade abriu um outro mundo, pois eu vinha do interior. [...] mas, a sexualidade não era assunto tratado no conteúdo do curso (E24, M).

Eu acho que foi isso que mudou minha cabeça, o curso. Mas, para você ver o que é criação, o curso não fez eu me libertar dessa vergonha que eu tenho [com questões de sexualidade] (E34, F).

A inserção da sexualidade como proposta contemplada durante as aulas na graduação foi mencionada por apenas três participantes, em componentes curriculares únicos.

A professora deu essa parte de IST, de citologia, mas também despertou na gente a história da sexualidade, da gente de se respeitar, se conhecer como mulher, e fez algumas dinâmicas sobre o corpo. Eu me lembro que foi aí que eu vi que a sexualidade ia muito além (E6, F).

A decisão de inclusão de conteúdos sobre sexualidade foi excepcional na graduação e dependeu da disponibilidade e atenção do professor. Os profissionais justificaram que a maior ênfase no curso se dirigia aos aspectos biológicos e à doença.

Na minha época, o professor era mais focado na disciplina. Não se abria esse leque. Não se falava sobre sexualidade. Era mais voltado ao conteúdo, ao biológico, à doença. Não se falava muito na parte comportamental (E12, M).

Os estereótipos de corpo e gênero, presentes nos roteiros de sexualidade introjetados ao longo da vida ressurgiram na formação. O tabu com o corpo e com as manifestações físicas sexuais foram relatados ao se referirem às práticas nos campos de estágio.

Eu me lembro que a primeira vez que fui passar uma sonda, foi num menino. Fiquei morta de vergonha porque o pênis ficou duro. E sou branquinha, logo fiquei vermelha. A professora explicou a técnica e afirmou que o pênis poderia ficar ereto, que isso era uma coisa que com o tempo a gente iria quebrar o tabu, a vergonha, e encarar como uma coisa normal e sem envolvimento. Mas foi horrível (E32, F).

Durante a vida foram incorporadas formas e condutas para esconder, negar e silenciar o corpo e ao se deparar com uma situação de expressão da sexualidade, o despreparo foi evidente.

Os participantes narraram, também, vivências diferenciadas em razão do sexo ao qual pertenciam, mantendo-se os estereótipos.

Dependendo de alguns homens que estavam internos, quando a gente fosse fazer um banho no leito, a professora dizia que a gente tivesse, às vezes, cuidado com a questão das nossas próprias vestimentas, para não serem apertadas ou transparentes, para não desencadear algum interesse no homem (E26, F).

Por eu ser homem [...], foi uma dificuldade muito grande eu fazer a coleta para o citológico (E19, M).

Esses relatos reiteram que no cenário cultural da academia, os roteiros interpessoais e intrapsíquicos introjetados ao longo da vida foram reproduzidos, sobremaneira, voltados às interdições de corpo e gênero, estendendo-se, dessa vez, ao cuidado do outro.

Como prerrogativa da formação, a abordagem das IST surgiu como conteúdo ministrado na disciplina de saúde da mulher. Porém, a inserção desse conteúdo ocorreu, sobretudo, de forma pontual e dissociada da sexualidade, com ênfase na doença e no tratamento, de acordo com os relatos dos participantes.

A gente tinha que aprender de acordo com aquele catálogo que tem as IST. Falava sobre camisinha feminina e masculina e do tratamento, mas basicamente só era isso (E28, F).

Lembro que foi bem superficial, mas de uma forma direcionada à gestante, não foi aquela coisa de vamos falar de IST, não (E21, F).

A superficialidade narrada pelos participantes desvela que o ensino da temática das IST ocorreu desconexo do aprendizado sobre as questões que envolvem a sexualidade.

Como exceção, alguns profissionais participaram de outras formações em que houve inserção da abordagem de sexualidade.

Para quem fez o curso foi uma riqueza. Abordou-se a questão de que a sexualidade não está só em sexo, que o tocar na mão, um cheiro também é sexualidade [...] acho que a gente debateu muito o tema e quando a gente pagou saúde da mulher, entrou sexualidade, quando a gente pagou saúde do homem, a gente viu sexualidade, quando a gente viu saúde do idoso, a gente viu a sexualidade no idoso (E5, F).

A desmistificação da sexualidade, por meio dessas formações, associou-se às práticas de cuidado marcadas pela abertura para abordagem do tema, dirigida para uma variedade de públicos, como o homem, o idoso e o adolescente. Esse aspecto mostrou-se como contribuinte para apreensão de informações e inserção das ações de prevenção das IST/HIV, como será mostrado adiante.

Roteiros de sexualidade e o cuidado em IST/HIV

Ao reportarem as experiências no exercício profissional, os participantes insistiram sobre a pouca inserção das questões de sexualidade nas práticas nos serviços de saúde, sendo mencionada apenas durante os atendimentos destinados à saúde da mulher. Essa inserção foi mencionada pelas enfermeiras, que relataram abordar, ocasionalmente, assuntos relativos à

sexualidade com as usuárias, embora tenham narrado desconforto diante de determinadas situações.

Raramente eu pergunto alguma coisa sobre isso, sobre a sexualidade (E19, M).

Já chegou gente dizendo que foi estuprada, que teve relacionamento lésbico e agora estava com um homem. Às vezes, você fica meio chocada com as coisas que escuta e tem que respirar pra ver o que vai fazer (E3, F).

A (in)disposição das enfermeiras para discutir sexualidade com as mulheres ilustra a roteirização de gênero, apreendido da perspectiva heterossexual. Nesse sentido, desvelaram-se o despreparo e a ausência de discussões que envolveram a diversidade sexual e de gênero, como exemplo o “choque” em face da demanda de cuidados de saúde.

No exercício profissional, os participantes também relataram desconforto no cuidado com o corpo, sobretudo do sexo oposto, o que se configura também como expressão de roteiros de sexualidade aprendidos ao longo da vida.

Sempre é um pouco constrangedor a gente lidar com essa parte. Nunca é muito confortável (E2, F).

As dificuldades em tocar o corpo para cuidar de usuários do sexo oposto foram, então, especialmente relatadas pelos profissionais do sexo masculino.

As mulheres não estão preparadas para fazer exames na área ginecológica com os profissionais homens (E12, M).

Como a atenção à saúde nas ESF concentra-se nas ações preventivas na esfera sexual e reprodutiva das mulheres, sendo os homens praticamente ausentes, as dificuldades para abordagem do público masculino não foram pontuadas pelas enfermeiras.

Nessa lógica, as práticas de cuidado em IST/HIV mostraram-se concentradas nas mulheres em idade adulta e que buscaram o serviço para realização de atividades preventivas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva.

Sífilis em adultos [do sexo masculino], eu não tive nenhum caso. Tive sífilis em gestante. A gente descobriu no primeiro trimestre, através do VDRL. É quando aparece alguma coisa (E27, F).

Quando a paciente vem com uma queixa visível [de IST] ou quando ela já vem com história de uma vida sexual promíscua, a gente presta o atendimento (E21, F).

Dentro de uma abordagem biológica, o atendimento prestado ao público feminino ocorre mediante comportamento de risco e está centrado na dimensão queixa-conduta, com

ênfase nos procedimentos para oferta de exames e tratamento das alterações identificadas. Assim, diante da necessidade de intervenção dirigida à parceria sexual da mulher, o cuidado ao usuário do sexo masculino é realizado indiretamente e ocorre durante o tratamento do casal.

Como a maioria não vem porque trabalha, a gente faz a receita (do medicamento), e a mulher mesmo pega a medicação na farmácia e já leva para ele (E30, F).

As IST [no homem], geralmente, a gente trata quando trata a companheira [entrega o medicamento] (E33, F).

Os homens não falam. Poucos falam a respeito de alguma doença, a não ser o reumatismo, se fuma ou se bebe. Eu acho que não tratei e não encaminhei nenhum paciente do sexo masculino, relacionado às DST, porque eles não são de se abrirem (E35, F).

Essencialmente, para os participantes a abordagem sobre IST/HIV apenas ocorre a partir da busca do usuário, mediante sinais e sintomas.

Por incrível que pareça, abordamos [IST/HIV] só quando o paciente refere alguma queixa (E17, F).

Na abordagem sobre o assunto, os profissionais revelaram sentirem-se desconfortáveis ao comunicar aspectos sexuais relativos às IST/HIV. Essas atitudes foram justificadas pela falta de demanda expressa por parte da clientela ou pela sua falta de preparo, mas também por uma avaliação moral sobre a sexualidade do outro.

Acho que eu me sentiria constrangida se, por exemplo, a mulher tivesse tido 15 parceiros. Embora elas falem muito, eu acho que sentiria vergonha de dizer que eu tive relação com 15 homens (E20, F).

Eu tenho certa dificuldade. Eu já peguei casos da mulher ter algum sintoma e ela dizer: “meu marido queria vir para mostrar”. Eu meio que me esquivei e passei para a médica (E31, F).

Essas situações dão visibilidade à presença de roteiros com estereótipos de sexualidade que provocam rupturas no cuidado de enfermagem e na prevenção das IST/HIV.

Destoando do conjunto foram poucos relatos sobre a abordagem da sexualidade inserida na proposta do serviço, independentemente do sexo do usuário, incluindo à atenção ao homem.

Os homens procuram a mim e ao médico, quem estiver disponível no momento atente. A gente pergunta como está se relacionando, se está com alguém, porque ele pode ter relação com homem ou mulher (E11, F).

A gente pede HIV e VDRL a todos os pacientes hipertensos e diabéticos. A gente já começa a ofertar dizendo que é um direito deles (E5, F).

Ainda que da perspectiva biomédica da atenção, incluindo a maior ênfase em exames, ressalta-se que apenas os profissionais que tiveram outras formações afeitas à inclusão da interface entre sexualidade e o cuidado mostraram inserir ações mais abrangentes para a prevenção das IST/HIV.

DISCUSSÃO

Não houve diferenças expressivas nos roteiros em razão dos aspectos geracionais, vínculo parental ou afetivo, graduação e atividade profissional. Compreendeu-se que a complexidade dos roteiros e as condições para operá-los são de ordem psicológica, social e cultural, da qual essas variáveis são apenas uma parte.

Os resultados mostraram que os participantes foram expostos a cenários culturais, nos quais predominavam estereótipos em torno da sexualidade. Esses roteiros sustentam os sentidos e permitem a organização das interpretações e disposições práticas aprendidas ao longo da vida.² Na presente investigação, esses roteiros contribuíram, também, para afastar os assuntos sobre sexualidade e saúde sexual do trabalho no cotidiano dos serviços da APS.

Ao considerar os contextos culturais e interpessoais, explicitou-se que a socialização na infância esteve centrada nas expectativas parentais, nas normas sobre o corpo e maneiras de brincar, conformadas diferentemente para meninas e meninos. Esse aprendizado efetuou-se por meio da construção de desempenhos esperados em razão do sexo biológico, desvelando nuances de gênero. A separação das brincadeiras em masculinas e femininas, por exemplo, carrega forte preconceito. Sendo assim, a norma simbólica orientada, essencialmente, para a distinção entre os sexos, estrutura as identidades hegemônicas feminina e masculina, que mais tarde determinam as performances e representações de sexualidade.¹⁹ Reitera-se que, passada a infância, a importância dessas experiências é mais evidente e se tornam mais poderosas no sentido de cercear e modelar as condutas individuais.²

Na adolescência, o diálogo sobre a sexualidade foi sempre elementar na família e na escola, e dependente da disposição de um ou de outro professor para abordá-los. Quando o tema surgiu, centrou-se no repasse de informações fragmentadas sobre reprodução e sobre IST/HIV, geralmente em torno de proibições ou alertas, sem espaço para o diálogo sobre as vivências afetivas e sexuais necessárias à prevenção. Sobre esses aspectos, um estudo revelou que a dificuldade para abordagem desses temas com adolescentes ainda é um problema atual e pode repercutir na maior vulnerabilidade para infecção pela IST/HIV.²⁰

Na profissionalização, evidenciou-se o baixo investimento nos aspectos da sexualidade no cuidado. Essa lacuna é identificada na enfermagem, mas também em grande parte dos

currículos de formação na área da saúde.²¹ Contudo, o silêncio em torno da sexualidade na formação não implica na ausência dessas questões, pois identificou-se, por exemplo, a diferenciação do cuidado em razão do sexo, desvelando a erotização da relação de cuidado. Esse resultado foi encontrado em outro estudo realizado com enfermeiras francesas.²² Os autores concluíram que a erotização presente no contexto do cuidado pode provocar impedimentos nas relações entre profissional e usuário. No presente estudo, evidenciou-se que as barreiras com relação ao corpo podem ser impeditivas para o cuidado, pois as dificuldades para realização do exame físico, por exemplo, podem dificultar o acesso e a identificação de sinais e sintomas das IST/HIV em usuários na APS.

Nas trajetórias profissionais, evidenciou-se que a ênfase foi o modelo biomédico hegemônico, que relacionou-se à ações fragmentadas na atenção em IST/HIV. Essas ações são baseadas na queixa-conduta e na oferta de exames, mediante comportamentos considerados de risco e na presença de sinais e sintomas de infecção. Reforça-se que essa perspectiva contraria a proposta de prevenção das IST/HIV, centrada na perspectiva das vulnerabilidades. A importância desse conceito situa-se na interpretação e identificação dos fatores que elevam as probabilidades de infecção de determinados segmentos populacionais, inclusive a partir da identificação de infecções assintomáticas nas populações vulneráveis.²³ Isso é possível por meio da identificação das vulnerabilidades, do levantamento da história sexual detalhada e da oferta das intervenções de prevenção, como preservativos, vacinas e testagens.²⁴

Entretanto, mostrou-se que os profissionais pouco investem na abordagem de homens e mulheres, inclusive no contexto da diversidade sexual e de gênero. Considerou-se que essa lacuna pode representar barreiras para o acesso da população aos cuidados em IST/HIV. Sobre esse aspecto, um estudo realizado com pessoas idosas mostrou que há perdas de oportunidades na identificação e tratamento das IST/HIV nos serviços de saúde devido aos profissionais relatarem em abordar questões de sexualidade com esse público.²⁵ Outro estudo realizado na Argentina revelou a baixa percepção de mulheres que fazem sexo com mulheres sobre as IST. De acordo com os autores, o incipiente acesso à informação sobre o assunto aumenta ao passo que essas mulheres silenciam suas práticas sexuais em razão do pouco diálogo e da suposição do profissional de saúde de que são heterossexuais.²⁶ Resultados similares foram encontrados em estudos que abordaram a prevenção das IST/HIV em homens.^{27,28} Predominantemente, esses estudos denunciam a vulnerabilidade masculina em razão do estigma e da discriminação, também presentes nos serviços de saúde.

O desenvolvimento de ações de prevenção em IST/HIV mostrou-se difícil em um contexto no qual os enfermeiros não discutem sexualidade. Em consonância, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) reforça que barreiras para discussão sobre saúde sexual e sexualidade dificultam a comunicação para prevenção das IST/HIV nos serviços de atenção

primária e acentuam as barreiras que os usuários enfrentam para acessar as intervenções.³

Contrariando a orientação para abordagem livre de preconceitos sobre práticas sexuais com usuários e suas parcerias, as narrativas desvelaram o desconforto dos profissionais com o assunto. Resultado semelhante foi encontrado em outro estudo, que identificou o despreparo dos profissionais para abordar sexualidade com usuários. As autoras ponderaram que os profissionais, destituídos de recursos para abordar a temática, optaram por omitir e se esquivar das demandas de sexualidade trazidas pelo usuário e, dessa forma, contribuíram para aumentar a vulnerabilidade dos usuários às IST/HIV.⁴

Ressalta-se que o processo de socialização também é marcado pela criação, reorganização e destruição de partes do roteiro, mediante respostas a novas aptidões e situações concretas.² No contexto analisado, verificou-se poucos indícios dessas novas aptidões, o que seria possível mediante apoio institucional e processos formativos que incentivem o diálogo sobre sexualidade e a aquisição de conhecimento sobre o assunto.²⁹ Em parte, esse investimento ocorreu apenas para alguns profissionais que mostraram melhor compreensão, com alguma repercussão na abordagem dos usuários no cuidado em IST/HIV na atenção primária.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A reconstrução das trajetórias dos enfermeiros revelou que o aprendizado sobre sexualidade ocorreu via estereótipos. Nos contextos vivenciados, as interações sociais assumiram relevância, sem que fossem discutidas, porém questões afetivas e sexuais necessárias às práticas de prevenção às IST/HIV. Especialmente, no cenário profissional, houve claramente uma forte orientação biomédica, não sendo identificada abordagem sociocultural da sexualidade. Desse modo, o cuidado em IST/HIV foi contemplado da perspectiva da doença manifesta, sem a consideração sobre os processos de vulnerabilidade dos usuários da APS.

Pode-se concluir que há roteiros de sexualidade socialmente construídos, que definem posturas e atitudes desfavoráveis à inserção do tema como objeto de cuidado, refletindo-se em barreiras para as práticas preventivas em IST/HIV. Reforça-se que aqueles profissionais que tiveram aprendizados culturais que cooperaram para romper com mitos e tabus da sexualidade, ao menos em parte, desvelaram disposição diferenciada e inserção da abordagem sobre as práticas sexuais e IST/HIV com usuários nos serviços.

Os resultados do estudo evidenciam a exigência de intervenções nos processos de formação que focalizem os contextos intersubjetivos, interpessoais e culturais que dificultam a inserção da sexualidade nas práticas de cuidado. Tal investimento pode contribuir para que os enfermeiros compreendam como seu conhecimento pode colaborar para melhoria das ações de prevenção das IST/HIV na APS.

Financiamento

Bolsa de doutorado concedida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES, N° 023/2014).

REFERÊNCIAS

- Juárez G, Ramírez PG. Significado de los derechos sexuales em estudiantes de licenciatura em Enfermería. *Rev Iberoam Educ Investi Enferm* [Internet]. 2016 oct/dec; [cited 2019 jan 10]; 6(4):9-17. Available from: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/217/significado-de-los-derechos-sexuales-en-estudiantes-de-licenciatura-en-enfermeria/>
- Gagnon JH. Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade. Rio de Janeiro (RJ): Garamond; 2006.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Comunicaciones breves relacionadas com la sexualid. Recomendaciones para um enfoque de salud pública [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud - OPAS; 2018; [cited 2019 feb 21]. Available from: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49504/9789275320174_spa.pdf?ua=1
- Barbosa JAG, Souza MCMR, Freitas MIF. A abordagem da sexualidade como aspecto essencial da atenção integral de pessoas com transtornos mentais. *Ciê Saúde Colet* [Internet]. 2015 jul; [cited 2019 feb 2]; 20(7):2165-2172. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.01792014>
- Ferreira SMA, Gozzo TO, Panobianco MS, Santos MA, Almeida AM. Barriers for the inclusion of sexuality in nursing care for women with gynecological and breast cancer: perspective of professionals. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2015 fev; [cited 2018 feb 10]; 23(1):82-89. Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3602.2528>
- Sehnm GD, Ressel LB, Junges CF, Silva FM, Barreto CN. A sexualidade na formação acadêmica do enfermeiro. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013 mar; [cited 2019 feb 21]; 17(1):90-96. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100013>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 jun; [cited 2019 feb 21]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250253/1/WHO-RHR-16.09-spa.pdf?ua=1>
- World Health Organization (WHO). Sexually transmitted infections (STIs). Fact sheet Updated [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 aug; [cited 2019 feb 21]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015; [cited 2019 feb 21]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf
- Belém JM, Alves MJH, Pereira EV, Maia ER, Quirino GS, Albuquerque GA. Prostituição e saúde: representações sociais de enfermeiros/as da Estratégia Saúde da Família. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2018; [cited 2019 feb 2]; 32:e25086. Available from: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.25086>
- Albuquerque GA, Leite MF, Belém JM, Nunes JFC, Oliveira MA, Adami F. O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014 out/dez; [cited 2019 jan 30]; 18(4):607-614. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140086>
- Bungay V, Masaro CL, Gilbert M. Examining the scope of public health nursing practice in sexually transmitted infection prevention and management: what do nurses do?. *J Clin Nurs* [Internet]. 2014 mar; [cited 2019 feb 2]; 23(21-22):3274-3285. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12578>
- Gagnon JH, Silva LR, Carrara S, Sívori H. Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade. Tradução de Lucia Ribeiro da Silva. Rio de Janeiro (RJ): Garamond Universitária; 2006.
- Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2008 jan; [cited 2018 feb 21]; 24(1):17-27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
- Flick W. Introdução à pesquisa qualitativa. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- Demaziere D, Dubar C. Analyser les entretiens biographiques: L'exemple de récits d'insertion. Paris: Nathan, Coll. Essais & Recherches; 1997.
- Barthes R, et al. Introdução à Análise Estrutural da Narrativa. In: Barthes R, et al. Análise Estrutural da Narrativa. 8a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2013.
- Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes: l'entretien. Paris: Nathan; 1992.
- Costa LHR, Coelho EAC. Ideologies of gender and sexuality: the interface between family upbringing and nursing education. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2013 jun; [cited 2018 feb 19]; 22(2):485-492. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200026>
- Almeida RAAS, Corrêa RGCF, Rolim ILTP, Hora JM, Linard AG, Coutinho NPS, et al. Knowledge of adolescents regarding sexually transmitted infections and pregnancy. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 oct; [cited 2019 may 01]; 70(5):1033-1039. Available from: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000501033&lng=pthttp://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0531
- Mann CG, Monteiro S. Sexualidade e prevenção das IST/aids no cuidado em saúde mental: o olhar e a prática de profissionais no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2018; [cited 2019 may 06]; 34(7):e00081217. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00081217>
- Giarni A, Moulin P, Moreau E. La place de la sexualité dans le travail infirmier: l'érotisation de la relation de soins. *Sociol Trav* [Internet]. 2013 jan/mar; [cited 2019 feb 22]; 55(1):20-38. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.soctra.2012.12.001>
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções sexualmente. Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- Wilkin T. Primary care for men who have sex with men. *N Engl J Med* [Internet]. 2015 aug; [cited 2019 may 05]; 373:854-862. Available from: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc1401303>
- Andrade J, Ayres JA, Alencar RA, Duarte MTS, Parada CMGL. Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2017 jan; [cited 2019 may 03]; 30(1):8-15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700003>
- Silberman P, Buedo PE, Burgos LM. Barreras en la atención de la salud sexual en Argentina: percepción de las mujeres que tienen sexo con mujeres. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2016 jan; [cited 2019 may 01]; 18(1):1-12. Available from: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n1.48047>
- Baker P, Dworkin S, Tong S, Banks I, Shand T, Yamey G. The men's health gap: men must be included in the global health equity agenda. In: World Health Organization (WHO). *Bull World Health Organ* [Internet]. 2014; [cited 2019 may 05]; 92:618-620. Available from: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.132795>
- Reidy DE, Brookmeyer KA, Gentile B, Berke DS, Zeichner A. Gender role discrepancy stress, high-risk sexual behavior, and sexually transmitted disease. *Arch Sex Behav* [Internet]. 2016 feb; [cited 2019 may 05]; 45(2):459-465. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-014-0413-0>
- Saunamäki N, Engström MJ. Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *J Clin Nurs* [Internet]. 2014 oct; [cited 2019 may 05]; 23(3-4):531-540. Available from: <http://dx.doi.org/doi:10.1111/jocn.12155>