

ABORDAGEM DA SEXUALIDADE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: POSSIBILIDADES DE CUIDADO

Rodolfo de Carvalho Pacagnella¹⁵

THE ROLE OF PRIMARY HEALTH CARE IN THE MANAGERMENTS OF SEXUAL PROBLEMS

Resumo: Compreendida como uma abordagem positiva da sexualidade humana, a discussão sobre “Saúde Sexual” tem sido a estratégia escolhida pela Organização Mundial da Saúde como reação ao surgimento do HIV e em resposta à maior abertura sexual nas sociedades ocidentais. Uma vez que se reconhecem as múltiplas relações entre a saúde sexual, saúde física e bem-estar psicossocial, as discussões sobre Saúde Sexual devem ter prioridade na Atenção Primária à Saúde (APS). Porém os serviços de saúde e os profissionais não respondem de forma satisfatória a essa expectativa, pois o estilo de atenção médica privilegia procedimentos clássicos de anamnese e exame físico e apresenta correlação negativa com promoção de saúde, esfera onde devem ser abordados os aspectos da sexualidade. Propõe-se uma forma de abordagem que permita a superação do modelo biomédico hegemônico na direção do cuidado em saúde através de posturas que favoreçam a comunicação e o encontro clínico.

Palavras-chave: Sexualidade; atenção primária à saúde; atitude dos profissionais.

Abstract: The discussion on "Sexual Health" has been the strategy chosen by the World Health Organization as a reaction to the emergence of HIV and in response to the greater sexual openness in Western societies. Once recognized the multiple links between sexual health, physical health and psychosocial well-being, the discussions about sexual health should have priority in the Primary Health Care. But health services and professionals do not respond satisfactorily to this expectation, the medical care approach favors the physical examination and has a negative correlation with health promotion, where the aspects of sexuality should be addressed. We propose another approach that allows the overcoming of hegemonic biomedical model through health care with postures that enhance communication and the clinical encounter.

Keywords: Sexuality; primary health care; attitudes of professionals

A discussão sobre as questões da sexualidade, em especial sobre a "saúde sexual" tem ganhado destaque nos meios acadêmicos nos últimos anos, tanto como uma reação ao surgimento do HIV em meados da década de 1980 como também em resposta às mudanças sociais na direção de uma maior abertura sexual nas sociedades ocidentais (CITELI, 2005). Como estratégia para abordar esse problema a perspectiva da Promoção da “Saúde Sexual” tem sido a estratégia escolhida pela Organização Mundial da Saúde.

Compreendida como uma abordagem positiva da sexualidade humana (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006) “saúde sexual” é uma definição em processo e implica que os efeitos de seus cuidados devam ser a valorização da vida e das relações pessoais e não meramente o aconselhamento e os cuidados relacionados com a procriação ou doenças de transmissão sexual (EDWARDS; COLEMAN, 2004; GLASIER; GULMEZOGLU; SCHMID; MORENO; VAN LOOK, 2006). Tal abordagem, porém, tem impacto sobre como as pessoas percebem sua própria sexualidade, como identificam os "problemas sexuais", como buscam cuidado para o tratamento desses “problemas” e em especial, onde buscam cuidar das questões da sexualidade (GOTT; HINCHLIFF; GALENA, 2004).

¹⁵ Professor Assistente do Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)
e-mail: rodolfocp@ufscar.br

Nesse sentido têm-se advogado sobre o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na abordagem e manejo das questões da sexualidade. A APS define-se por ser uma atenção baseada em tecnologia de alta complexidade, porém de baixa densidade tecnológica mas que deve resolver os problemas de saúde de maior prevalência e relevância em seu território. É muitas vezes o primeiro contato do indivíduo com os serviços de saúde e dessa forma leva a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham (BRASIL, 2006).

Tem como características a continuidade do cuidado, preservando-se o vínculo da pessoa com o serviço ao longo do tempo e do ciclo de sua vida; a integralidade do cuidado e da abordagem, significando abrangência ou ampliação do conceito de saúde para além do modelo biomédico e a coordenação do cuidado, favorecendo o diálogo entre áreas e especialidades com efetiva participação de todos os atores sociais envolvidos. Nesse sentido, por ser a APS uma estratégia privilegiada para as ações de saúde que abrangem tanto a promoção e proteção da saúde quanto o diagnóstico e tratamento é que esta tem sido considerada uma estratégia privilegiada para a abordagem das questões da sexualidade (METZ; SEIFERT JR, 1990; SADOVSKY; NUSBAUM, 2006).

Segundo Sadovsky e Nusbaum (2006), uma vez que se reconhecem as múltiplas relações entre a saúde sexual, saúde física e bem-estar psicossocial, as discussões sobre Saúde Sexual devem ter prioridade na APS. Considerando-se apenas as disfunções, sua alta prevalência e características requerem, em sua abordagem, muitas das qualidades próprias da Atenção Primária à Saúde como integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado. Embora a prevalência dos problemas sexuais dependa da metodologia empregada nos estudos, considera-se que as queixas relacionadas à sexualidade são bastante comuns, cerca de 25% a 63% das mulheres e 10% a 52% dos homens apresentam algum tipo de disfunção sexual. (DUNN; JORDAN; CROFT; ASSENDELFT, 2002). No Brasil, na população geral, Abdo (2004) encontrou mais da metade das mulheres (50,9%) e 48,1% dos homens referindo apresentar ao menos uma disfunção sexual específica.

Considerando a população atendida na Atenção Primária à Saúde (APS), outros estudos encontraram dados semelhantes. Dois estudos no Reino Unido observaram prevalência de problemas sexuais entre 22 e 35% dos homens e entre 40 e 44% das mulheres que procuravam atendimento na APS (NAZARETH; BOYNTON; KING, 2003; READ; KING; WATSON, 1997). Além disso, os autores observaram que as pessoas que procuram a APS estão preparadas e desejam abordar esse tema em suas consultas. Contudo, mesmo com essa intenção, as queixas sobre a sexualidade são muito pouco abordadas pelos médicos da APS (NAZARETH et al., 2003; NUSBAUM; GAMBLE; SKINNER; HEIMAN, 2000; READ et al., 1997).

Apesar da alta prevalência de problemas sexuais na população em geral e na população que procura a APS, as pessoas não são questionadas sobre isso nesse contexto e não falam sobre o assunto (DUNN; CROFT; HACKETT, 1998; GOTT et al., 2004). Quando o tema é abordado, é mais comum que seja trazido pelos pacientes que pelos profissionais de saúde (NUSBAUM et al., 2000). Médicos do Reino Unido raramente questionam seus pacientes sobre sua saúde sexual durante as consultas de rotina (MOREIRA; GLASSER; NICOLOSI; DUARTE; GINGELL, 2008) e a comunicação sobre sexo é freqüentemente pobre (READ et al., 1997). Entretanto, a maioria das pessoas gostaria de ter ajuda sobre essas questões e acredita que tais problemas devam ser abordados na APS (METZ; SEIFERT JR, 1990; READ et al., 1997). Isso é válido para todas as faixas etárias, incluindo adolescentes e idosos (DUNN et al., 1998; GOTT; HINCHLIFF, 2003; MOREIRA et al., 2008).

A abordagem atual da sexualidade

O comum é que os profissionais de saúde tendem a generalizar os significados da sexualidade a um nível biológico. Os eventos ligados ao corpo parecem estar ligados à esfera eminentemente biológica ou natural que se efetiva de modo externo às relações sociais, ignorando a diversidade cultural de atribuições de significados ao corpo (VARGAS; SIQUEIRA, 1999). Contudo grande parte da demanda da população que chega à APS é por questões culturais e afetivas

relacionadas à sexualidade (GOMES; SILVEIRA; PETIT; BRASILEIRO; ALMEIDA, 2008; GOMES, 2003).

O estilo de atenção médica privilegia procedimentos clássicos de anamnese e exame físico e apresenta-se positivamente correlacionado com exame físico e correlação negativa com promoção de saúde, esfera onde devem ser abordados os aspectos da sexualidade (RUZANY; SZWARCOWALD, 2000). Mas mesmo aspectos biológicos, mesmo temas que fazem parte do repertório da saúde reprodutiva são tratados de maneira enviesada, muitas vezes permeada por questões morais e religiosas. O aborto, por exemplo, faz parte do repertório da vida reprodutiva e está incluído na formação acadêmica de médicos e enfermeiros, mas sua abordagem ocorre frequentemente influenciada por questões morais e religiosas (SOARES, 2003). Da mesma forma, as histórias sexuais colhidas por profissionais de saúde não são adequadas nem mesmo para diagnosticar e identificar riscos de DST (MERRILL; LAUX; THORNBLY, 1990).

Somente uma pequena parcela dos médicos nos EUA faz uma adequada anamnese sexual. A abordagem da história sexual como parte de uma avaliação geral de saúde é pouco comum, exceto se tiver relação com a queixa principal do paciente (WIMBERLY; HOGBEN; MOORE-RUFFIN; MOORE; FRY-JOHNSON, 2006). Essa crença aparece com clareza no discurso médico. Um estudo com grande número de ginecologistas brasileiros encontrou que 83,7% dos profissionais acreditam que as dificuldades sexuais apareçam encobertas por queixas relacionadas a outras doenças (ABDO; OLIVEIRA JR., 2002). No entanto, é possível que quando a queixa sexual vem acompanhada de queixa física, exista uma tentativa de estabelecer uma forma de comunicação com o médico, de falar a língua da Medicina, na qual as queixas têm fundamento e justificativa apenas na biologia e fora da qual o sofrimento é menosprezado.

Isso ocorre, muito provavelmente, por conta de alguns medos e barreiras por parte das pessoas. Muitas das barreiras identificadas pelos pacientes para se falar sobre sexualidade dizem respeito à relação estabelecida entre estes e os profissionais de saúde. É comum a idéia de que o tema deve ser tratado com especialista, não com médico generalista, existe, ainda, a percepção de que há pouco tempo e privacidade nas consultas (GOTT; HINCHLIFF, 2003). Além disso, pacientes indicam como motivos para não falar sobre sexualidade o medo de constranger o profissional de saúde (MARWICK, 1999), o medo de evocar reações negativas nesses profissionais (HINCHLIFF; GOTT; GALENA, 2005) e o medo do embaraço frente ao tema. Para disfarçar o embaraço, buscam-se pessoas com experiências parecidas, mesma idade, mesmo sexo e o anonimato.

Ainda assim os serviços de saúde são reconhecidos como o local privilegiado para tratar de temas da sexualidade. Muitas vezes os médicos são depositários de confidências, expectativas de resolução de problemas e questionamentos sobre a sexualidade, o que causa nestes sentimentos conflitantes (ABDO; OLIVEIRA JR., 2002; VITIELLO, 1993). Tais conflitos, angústias e inseguranças pessoais são muitas vezes fonte de reforço a preconceitos (LOPES; REZENDE; NASCIMENTO, 1992), por exemplo, a orientação não heterossexual dos pacientes dificulta a abordagem da sexualidade pelo médico; poucos questionam sobre orientação sexual por sentirem-se desconfortáveis com o tema. (HINCHLIFF et al., 2005; HINCHLIFF; GOTT; GALENA, 2004). Apesar disso a maior parte dos médicos concorda que os aspectos da sexualidade devam ser incorporados ao atendimento integral à pessoa (HABOUBI; LINCOLN, 2003; HINCHLIFF et al., 2005).

A dificuldade está em não saber perguntar, não saber por que perguntar e não ver necessidade de se perguntar (SKELTON; MATTHEWS, 2001). As barreiras apontadas por médicos para que a comunicação não ocorra incluem questões do processo de trabalho médico como falta de tempo na consulta, ausência de tratamentos adequados, falta de serviços para encaminhamento e tratamento dos casos, e questões acerca de fantasias sobre a sexualidade como medo de ofender o paciente, crença de que a história sexual não é importante para a queixa principal, desconforto com o tema e, principalmente, a crença de que os médicos não são treinados para isso (BERMAN et al., 2003; GOTT; GALENA; HINCHLIFF; ELFORD, 2004; HUMPHERY; NAZARETH, 2001; KINGSBERG, 2006; MERRILL et al., 1990; MOREIRA et al., 2008). Essa dificuldade, porém, não

é privilégio dos médicos. Outros profissionais têm pouca habilidade para lidar com o tema e apresentam noções fluidas e limitadas sobre sexualidade (GIR; NOGUEIRA; PELÁ, 2000; RUZANY; SZWARCOWALD, 2000).

O profissional de saúde carrega em si uma concepção definida de sexualidade na qual está imerso e na qual foi formado. Tende a tratar mais que ouvir, a simplificar a sexualidade ao nível biológico, área de domínio de suas habilidades. Todavia, em função da impotência em tratar a sexualidade, os profissionais de saúde, em especial os médicos, repassam informações incorretas e causam toda uma sorte de iatrogenia quando se menospreza as queixas e dúvidas do paciente, quando se fornece informações a partir de sua perspectiva pessoal, quando se oferece tratamento sem base científica e sem preparo técnico e, em especial, quando existe abuso da posição de poder (CANELLA, 1991; VITIELLO, 1993).

O modelo biomédico que dá suporte às práticas em saúde, no qual deve haver um diagnóstico, um medicamento e uma resolução objetiva, atrapalha a abordagem das questões da sexualidade. À medida que o profissional sente que não dispõe de uma farmacopéia conveniente ou de uma solução adequada para o problema, sua sensação de impotência se traduz em silêncio sobre o tema. Isso fica claro no tratamento dos problemas sexuais masculinos. Após a comercialização de medicamentos mais eficazes para disfunção erétil, passou-se de “não ter o que fazer” para o oposto, “simplesmente medicar”. Nesse caso, a evolução técnica não mudou a concepção meramente “biomecanicista” da sexualidade masculina (POTTS; GRACE; GAVEY; VARES, 2004).

Dessa forma, uma abordagem automatizada, com perguntas padronizadas sobre sexualidade sem correlação e contextualização se mostra como oportunidade perdida de se intervir em um processo central na vida das pessoas, em especial dos adolescentes (RUZANY; SZWARCOWALD, 2000). No entanto, uma abordagem é possível, pois os problemas e angústias quanto à sexualidade são relativamente simples e susceptíveis a intervenções realizadas pelo médico e pelos profissionais da APS (READ et al., 1997).

Proposta para uma nova abordagem

Inicialmente, uma anamnese que contemple a história sexual pode facilitar a discussão sobre sexualidade e saúde sexual e não necessariamente toma demasiado tempo. Tem sido considerada a necessidade de uma atitude “mais permissiva” de maneira a oferecer uma atmosfera de maior abertura no âmbito do consultório médico (GOTT et al., 2004). Alguns autores defendem que até mesmo a apresentação de algoritmos (figura 1) e roteiros estabelecidos para a anamnese sexual ajudam a abrir espaço à fala e o surgimento do tema, não devendo se restringir à busca de uma patologia. (NUSBAUM; HAMILTON, 2002; SILVEIRA, 1992).

Essa abordagem, no entanto, deve ser sensível à diversidade cultural, religiosa e educacional das pessoas. Anterior às habilidades do diagnóstico e tratamento das disfunções sexuais, é necessário que se valorize as habilidades de comunicação na abordagem da sexualidade. O profissional de saúde deve primeiramente atuar como um interlocutor da discussão e da reflexão, um facilitador do processo de auto-aprendizado (BEACH; ROTER; WANG; DUGGAN; COOPER, 2006; TOMITA; FERRARI, 2007). Para tanto, Camargo-Borges e Mishima (2009), propõem a adoção de posturas facilitadoras pelo profissional de saúde no trabalho de Promoção à Saúde:

- Postura de não saber - convida o profissional a sair da atitude hierárquica de especialista e adotar uma posição de quem não tem pressa em saber o que o outro diz, que não tem pressa em categorizar. Convida a estar mais atento à lógica do outro, à sua vivência, para uma possibilidade de construção conjunta de um novo saber.

- Postura de curiosidade – permite o estabelecimento de um interesse genuíno pelas histórias contadas pelos pacientes. Isso comporta ampliar as possibilidades de entendimento e de vislumbre de outras faces das questões abordadas.
- Postura de ênfase no processo comunicacional – retira o maior valor do conteúdo e valoriza a atividade interativa comunicacional. Assim, favorece a construção de uma comunicação válida ao invés de preocupar-se em direcionar a conversa conforme uma normatização daquilo que o profissional considera “tecnicamente correto”.

Tais posturas, considerando o contexto da sexualidade, podem favorecer a mudança de abordagem: de uma “necessidade de tratamento” para uma “possibilidade de cuidado”. Essas posturas referem-se a uma atitude colaborativa, considerando a pessoa como a especialista de sua própria vida, sendo ela, portanto, participante ativa nessa produção, da qual o profissional é o facilitador. Isso favorece a transformação da queixa em um pedido e favorece a introdução da diferença e da proposição de novas formas de descrição dos eventos, legitimando e incentivando a diversidade.

Estabelecida a comunicação, um acrônimo baseado em algumas propostas de abordagem (ANNON, 1980; NUSBAUM; HAMILTON, 2002; SADOVSKY, 2002) pode ser utilizado para auxiliar no acolhimento dos temas da sexualidade pelo profissional de saúde. A palavra PERMITE (figura 2) sugere um plano de ação que reconhece a necessidade de abordar a sexualidade considerando os limites e potencialidades da APS.

O primeiro passo da abordagem é “Perguntar” ao paciente sobre questões da sexualidade considerando a relação profissional estabelecida e a diversidade cultural, religiosa e educacional das pessoas. No entanto, não é bastante perguntar sobre sexualidade se não se estiver pronto para ouvir, para “Escutar” o paciente além da queixa objetiva e pontual. Em um passo seguinte, há necessidade de “Reconhecer” a legitimidade da fala do paciente e permitir a ele falar sobre esses temas ajudando-o a desmistificar práticas e comportamentos sexuais que possam suscitar dúvidas em relação à “normalidade”.

Nesse momento, o passo “Meus limites” convida o profissional a rever seus próprios limites quanto ao assunto trazido pelo paciente. Isso diz respeito, tanto aos limites morais e sociais (como as concepções de gênero) quanto aos limites profissionais e técnicos da abordagem de certas dificuldades sexuais. Essa reflexão oferece oportunidade para que o profissional de saúde reconheça seus preconceitos diante de questões da sexualidade de forma a minimizar iatrogenias decorrentes de intervenções enviesadas e sem embasamento.

O passo seguinte permite uma “Integração” entre o profissional e o paciente na construção de um plano de cuidados no qual importem tanto as questões técnicas do tratamento quanto os valores e crenças da pessoa e do grupo a que esta pertence. Isso se reflete na relação paciente-profissional de saúde, na adesão ao tratamento que eventualmente será proposto e, principalmente, na possibilidade de eleger na fala o que será considerado problema, passível de tratamento ou não. Assim, a palavra “Tratar” significa a possibilidade de cuidar das questões levantadas, mas não a necessidade de tratar, de medicar a sexualidade. Considerando então os limites técnicos e pessoais do profissional para o atendimento do caso e a escolha em cuidar da questão, essa possibilidade de cuidado implica, ainda, a possibilidade de “Encaminhar” o paciente para um tratamento adequado às expectativas quando estas estão além dos limites do profissional.

Considerações Finais

Embora falar sobre sexo possa ser difícil para profissionais e pacientes, a prática e o uso de habilidades comunicacionais específicas pode favorecer uma comunicação sincera. Mesmo nas demandas mais biológicas da sexualidade, como a prevenção de DSTs, a comunicação eficaz entre provedores e pacientes está correlacionada ao aumento no uso de preservativos, enquanto a falta de comunicação apresenta-se como risco para DST/AIDS (READ et al., 1997).

Homens e mulheres necessitam ser vistos tanto singularmente quanto no âmbito da cultura (GOMES, 2003) e isso somente acontece a partir da prática. A vivência do questionamento favorece a ressignificação dos conceitos e a experiência de atendimento promove possibilidades de mudanças nos sentidos das práticas em saúde (SOARES, 2003). Dessa forma, por exemplo, a vivência da necessidade de lidar com pacientes com diferentes orientações sexuais pode desafiar as concepções pessoais e facilitar a abordagem do tema (HINCHLIFF et al., 2005).

De forma geral, as metáforas negativas em sexualidade devem ser desconstruídas, e para isso, os profissionais não deverão comportar-se como transmissores verticais de conhecimento, nem tampouco transmitir valores pessoais à sexualidade, seu papel deverá ser o de interlocutor, favorecendo a discussão e a reflexão. Assim, por exemplo, a prática de grupos de conversação que considera o conhecimento construído coletivamente favorece o questionamento de posições cristalizadas sobre a sexualidade e a abertura de espaços para a produção de novas práticas (GOMES et al., 2008).

Embora se discuta sobre a melhor maneira de se ensinar sobre os desafios da abordagem da sexualidade na APS, é crucial o desenvolvimento de habilidades de comunicação. Os profissionais de saúde devem ser facilitadores do processo de busca individual de um conhecimento que é ao mesmo tempo cultural e próprio do indivíduo. Todavia clara a necessidade de educação dos profissionais de saúde para reconhecerem suas próprias barreiras em discutir temas em sexualidade, essa educação passa pela aquisição de habilidades de comunicação.

A comunicação adequada entre profissionais de saúde e pacientes depende dos profissionais acreditarem nas questões psicossociais envolvidas na organização da vida das pessoas e depende de suas atitudes quanto a oferecer uma escuta menos direcionada e fechada (BEACH et al., 2006). Importa ainda que não se assuma uma posição hierárquica no encontro clínico. Mesmo que isso aponte para a necessidade de treinamento frente os riscos e as oportunidades perdidas nesses temas, esse treinamento deve ser pautado em metodologia ativa de forma a oferecer um aprendizado a partir do reconhecimento das experiências de cada pessoa e de cada profissional (GOTT et al., 2004).

O dilema se impõe na necessidade de ultrapassar o modelo biomédico hegemônico face a superação do TRATAMENTO para o CUIDADO cuja noção transcende o âmbito técnico do atendimento ou do nível de atenção em saúde (AYRES, 2004). Mais que qualificação técnica específica, é preciso promover que o importante na abordagem da sexualidade em qualquer nível de atenção e por qualquer profissional de saúde é a permeabilidade dos aspectos técnicos (do diagnóstico e do tratamento) ao não-técnico, aos significados pessoais e sociais da sexualidade, ou seja, é preciso promover diálogo entre essas dimensões.

Referências Bibliográficas:

ABDO, C. H. N.; OLIVEIRA JR., W. M. O ginecologista brasileiro frente às queixas sexuais femininas: um estudo preliminar. *Revista Brasileira de Medicina*, 59(3), 179-186, 2002.

ABDO, C. H. N. *Estudo da Vida Sexual do Brasileiro*. São Paulo (SP): Ed. Bregantini, 2004.

ANNON, J. S. *Tratamento Comportamental dos Problemas Sexuais: terapia breve*. São

Paulo: Manole, 1980.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 16-29, 2004.

BEACH, M. C.; ROTER, D. L.; WANG, N. Y.; DUGGAN, P. S.; COOPER, L. A. Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviors? *Patient. Educ. Couns.*, 62(3), 347-354, 2006.

BERMAN, L.; BERMAN, J.; FELDER, S.; POLLETS, D.; CHHABRA, S.; MILES, M.; POWELL, J. A. (2003). Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertil. Steril.*, 79(3), 572-576, 2003.

BRASIL. Pacto pela Saúde – Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Editora do MS, 2006.

CAMARGO-BORGES, C.; MISHIMA, S. M. (2009). A Responsabilidade Relacional como Ferramenta Útil para a Participação Comunitária na Atenção Básica. *Saúde e Sociedade*, 18(1), 29-41, 2009.

CANELLA, P. R. O Médico como Controlador da Sexualidade. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 2(2), jul-dez 1991, p. 133-151. São Paulo: Iglu, 1991.

CITELI, M. T. A pesquisa sobre sexualidade e direitos sexuais no Brasil (1990-2002): revisão crítica. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005.

DUNN, K. M.; CROFT, P. R.; HACKETT, G. I. Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. *Fam. Pract.*, 15(6), 519-524, 1998.

DUNN, K. M.; JORDAN, K.; CROFT, P. R.; ASSENDELFT, W. J. J. Systematic Review of Sexual Problems: Epidemiology and Methodology. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(5), p. 399-422, 2002.

EDWARDS, W. M.; COLEMAN, E. Defining sexual health: a descriptive overview. *Arch. Sex Behav.* 33(3), 189-195, 2004.

GIR, E.; NOGUEIRA, M. S.; PELÁ, N. T. R. Sexualidade humana na formação do enfermeiro. *Rev. Latinoam. Enfermagem*, 8(2), 33-40, 2000.

GLASIER, A.; GULMEZOGLU, A. M.; SCHMID, G. P.; MORENO, C. G.; VAN LOOK, P. F. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet*, 368(9547), 1595-1607, 2006.

GOMES, M. E. A.; SILVEIRA, L. C.; PETIT, S. H.; BRASILEIRO, G. M. V.; ALMEIDA, A. N. S. (2008). A Sexualidade das Mulheres Atendidas no Programa Saúde da Família: Uma Produção Sociopoética. *Revista Latinoamericana De Enfermagem*, 16(3), 382-388, 2008.

GOMES, R. (2003). Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3), 825-829, 2003.

GOTT, M.; GALENA, E.; HINCHLIFF, S.; ELFORD, H. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam. Pract.*, 21(5), 528-536, 2004.

GOTT, M.; HINCHLIFF, S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Fam. Pract.*, 20(6), 690-695, 2003.

GOTT, M.; HINCHLIFF, S.; GALENA, E. General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Soc. Sci. Med.*, 58(11), 2093-2103, 2004.

HABOUBI, N. H.; LINCOLN, N. Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disabil. Rehabil.*, 25(6), 291-296, 2003.

HINCHLIFF, S.; GOTT, M.; GALENA, E. GPs' perceptions of the gender-related barriers to discussing sexual health in consultations--a qualitative study. *Eur. J. Gen. Pract.*, 10(2), 56-60, 2004.

_____. 'I daresay I might find it embarrassing': general practitioners' perspectives on discussing sexual health issues with lesbian and gay patients. *Health Soc. Care Community.*, 13(4), 345-353, 2005.

HUMPHERY, S.; NAZARETH, I. GPs' views on their management of sexual dysfunction. *Fam. Pract.*, 18(5), 516-518, 2001.

KINGSBERG, S. A. Taking a sexual history. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.*, 33(4), 535-547, 2006.

LOPES, G. P.; REZENDE, W. C.; NASCIMENTO, L. G. Os Profissionais da Saúde e a Educação Sexual. *Revista Brasileira De Sexualidade Humana*, 3(1), jan jun, p 23-26, 1992. São Paulo: Iglu, 1992.

MARWICK, C. Survey says patients expect little physician help on sex. *JAMA.*, 281(23), 2173-2174, 1999.

MERRILL, J. M.; LAUX, L. F.; THORNBY, J. I. Why doctors have difficulty with sex histories. *South. Med. J.*, 83(6), 613-617, 1990.

METZ, M. E.; SEIFERT JR, M. H. Men's expectations of physicians in sexual health concerns. *J. Sex Marital Ther.*, 16(2), 79-88, 1990.

MOREIRA, E. D.; GLASSER, D. B.; NICOLOSI, A.; DUARTE, F. G.; GINGELL, C. (2008). Sexual problems and help-seeking behaviour in adults in the United Kingdom and continental Europe. *BJU. Int.*, 101(8), 1005-1011, 2008.

NAZARETH, I.; BOYNTON, P.; KING, M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. *BMJ.*, 327(7412), 327-423, 2003.

NUSBAUM, M. R.; GAMBLE, G.; SKINNER, B.; HEIMAN, J. The high prevalence of sexual concerns among women seeking routine gynecological care. *J. Fam. Pract.*, 49(3), 229-232, 2000.

- NUSBAUM, M. R.; HAMILTON, C. D. The proactive sexual health history. *Am. Fam. Physician*, 66(9), 1705-1712, 2002.
- POTTS, A.; GRACE, V.; GAVEY, N.; VARES, T. "Viagra stories": challenging 'erectile dysfunction'. *Soc. Sci. Med.*, 59(3), 489-499, 2004.
- READ, S.; KING, M.; WATSON, J. (1997). Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *J. Public Health Med.*, 19(4), 387-391, 1997.
- RUZANY, M. H.; SZWARCOWALD, C. L. Oportunidades perdidas de atenção integral ao adolescente: resultados de um estudo piloto. *Adolescência Latinoamericana*, 2(1), 26-35, 2000.
- SADOVSKY, R. The role of the primary care clinician in the management of erectile dysfunction. *Rev Urol.*, 4 (Suppl 3), S54-S63, 2002.
- SADOVSKY, R.; NUSBAUM, M. Sexual health inquiry and support is a primary care priority. *J. Sex Med.*, 3(1), 3-11, 2006.
- SILVEIRA, M. T. O Ginecologista e a Paciente Sexualmente Disfuncional. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 3(2), jul –dez 1992, p. 142-146. São Paulo: Iglu, 1992.
- SKELTON, J. R.; MATTHEWS, P. M. Teaching sexual history taking to health care professionals in primary care. *Med. Educ.*, 35(6), 603-608, 2001.
- SOARES, G. S. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. *Cad. Saúde Pública*, 19(supl.2), 399-406, 2003.
- TOMITA, T. Y.; FERRARI, R. A. P. Adolescência e sexualidade no cotidiano da equipe de enfermagem do serviço de atenção básica de saúde. *Semina: Ciências biológicas e da saúde*, 28(1), 39-52, 2007.
- VARGAS, E. P.; SIQUEIRA, V. H. Sexualidade e corpo: o olhar do sujeito através das imagens em vídeo. *Cadernos De Saúde Pública*, 15(2), 69-83, 1999.
- VITIELLO, N. O Ginecologista e a Sexualidade. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 4(2), jul-dez 1993, p. 137-153. São Paulo: Iglu, 1993.
- WIMBERLY, Y. H.; HOGBEN, M.; MOORE-RUFFIN, J.; MOORE, S. E.; FRY-JOHNSON, Y. Sexual history-taking among primary care physicians. *J. Natl. Med. Assoc.*, 98(12), 1924-1929, 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Defining Sexual Health: Report on technical consultation on sexual health 2002*. Geneva, Switzerland.: WHO, 2006.