

Estamos preparando os futuros médicos para atendimentos de situações de violência com enfoque em gênero e em sexualidades não heterossexuais? Relato de uma “experiência” educacional diagnóstica

Are we preparing future doctors for assistance in situations of violence with a focus on gender and non-heterosexual sexualities? Report of a diagnostic educational “experience” (abstract: p. 17)

¿Estamos preparando a los futuros médicos para la atención de situaciones de violencia con enfoque en género y en sexualidad no heterossexuales? Relato de una “experiencia” educativa diagnóstica (abstract: p. 17)

Beatriz Angélica Cruz^(a)

<beacruz.19@gmail.com> 


^(a, b, c) Médicos. São José do Rio Preto, SP, Brasil.

continua pág. 13

Ana Flávia Azevedo Querichelli^(b)

<aquerichelli@yahoo.com.br> 

Lucas Uback^(c)

<luuback@hotmail.com> 

continua pág. 13

Resumo

As escolas médicas devem incorporar o ensino do profissionalismo ao currículo para garantir que as próximas gerações de médicos estejam preparadas para uma prática profissional compassiva, humana e ética, adequada aos interesses da sociedade em um mundo com demandas cada vez maiores e em constante mudança. A maior contribuição deste estudo é evidenciar o fraco desempenho dos estagiários nos aspectos jurídicos e de apoio nas situações abordadas. Os dados falam a favor de uma política de capacitação institucionalizada como o primeiro passo para que o setor da saúde priorize a competência em atenção à saúde das vítimas de violência relacionada a gênero e a sexualidade não heterossexual.

Palavras-chave: Educação médica. Atenção à saúde. Sexualidade. Identidade de gênero. Competência clínica.



Introdução

A Medicina perdeu os elementos subjetivos da comunicação entre médico e paciente, passando a focar apenas a instrumentação técnica e a objetividade dos dados¹. Pesquisas mostram que, no Brasil, estudantes de medicina e médicos não encorajam os pacientes a desenvolver autonomia e não estão preparados para lidar com os problemas emocionais de seus pacientes, especialmente devido a uma formação médica hegemônica que focalizou somente aspectos biomédicos². Muito embora avaliações da relação médico-paciente revelem pontuações que equiparam os estudantes de medicina brasileiros aos estudantes norte-americanos, e a pontuação dos estudantes brasileiros seja mais alta do que as de outros estudantes não-americanos nessa amostra³, indicando sua preocupação com o cuidado em saúde, os estudantes de medicina brasileiros ainda não demonstram muita vontade de conversar com os pacientes para saber quais são suas prioridades de atenção à saúde, seus conhecimentos ou suas crenças em relação ao processo saúde-doença². Portanto, é necessário resgatar valores como democracia, ética, capacidade crítica e autonomia, tornando a medicina mais humana e mais capaz de levar em consideração a complexidade, a riqueza e o potencial dos seres humanos⁴. Nesse sentido, o código de ética do aluno de medicina recomenda demonstrar respeito e dedicação aos pacientes, nunca esquecer de que são seres humanos e ajudá-los o máximo possível (dentro do razoável) com problemas pessoais, considerando-os como indivíduos inseridos em um ambiente cultural único⁴.

É necessário que as escolas de medicina incorporem o ensino do profissionalismo ao currículo para assegurar que as próximas gerações de médicos sejam preparadas para uma prática profissional compassiva, humanista e ética, adequada aos interesses da sociedade em um mundo com demandas cada vez maiores e em constante transformação⁵. Avanços no desenvolvimento do ensino do profissionalismo médico em cursos de graduação dependem, em muitas situações, de uma mudança de foco, do estabelecimento de prioridades na educação e de uma postura reflexiva em relação às práticas acadêmicas atuais dos profissionais de saúde que dirigem o processo educacional⁶. A trajetória das mudanças de foco na educação médica - em que a estrutura progrediu da informação para a capacitação e, mais tarde, para a transformação - traduz a necessidade de se repensar o currículo médico de graduação, com o objetivo de incluir uma maior sensibilidade ética e responsabilidade social⁷.

Nesse sentido, é importante discutir os modelos hegemônicos que influenciam valores, interesses, discursos, conhecimentos e práticas como o profissionalismo ao longo de toda a formação médica. Para isso, é fundamental debater conceitos/ações como identidade, diversidade, inclusão, hegemonia, ideologia, poder e cultura, assim como os valores esperados de um verdadeiro profissional. Esse debate pode ocorrer em diversos contextos, de maneira longitudinal e integrada em unidades curriculares relacionadas às humanidades, na relação profissional-usuário, em estudos interdisciplinares, nas ciências sociais e na psicologia, entre outros⁸.

As habilidades comunicativas (HC) esperadas de médicos e, conseqüentemente, de “quase médicos” (internos) incluem técnicas de coleta de dados durante a entrevista, fornecimento de explicações ao paciente, discussões de planejamento do cuidado em saúde e obtenção de consentimento para a realização de procedimentos. Apesar da



crescente valorização das HC na formação médica, ainda não há consenso sobre o que seria uma comunicação médico-paciente “adequada”. Os métodos de avaliação das HC deveriam cobrir diferentes aspectos, como empatia, organização da entrevista, entonação da voz e linguagem não-verbal⁹. Isso levanta questões como: 1) As HC têm sido ensinadas e avaliadas durante o processo de formação de alunos e profissionais na área da saúde no Brasil?; 2) Que instrumentos têm sido usados?; e 3) Que avanços no processo de avaliação dessa competência ainda são necessários no país?¹⁰ É importante enfatizar que o estabelecimento de vínculo é essencial para a criação de um ambiente em que seja possível fornecer as orientações necessárias - que vão além da questão do momento, um facilitador para se trabalhar com diversas questões -, como as relacionadas a aderência ao tratamento e à medicação, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e o conceito ampliado de saúde e oferecendo um cuidado cujo objetivo seja prevenir complicações e promover a saúde, conforme recomendado pela Política Nacional de Atenção Básica¹¹.

Em um contexto humanista e profissional, a empatia é importante na relação médico-paciente. Os pacientes revelam suas queixas e preocupações de maneira mais completa, e isso resulta em um diagnóstico mais preciso e em um tratamento mais adequado. No entanto, os médicos de hoje têm medo de que, sendo empáticos, possam perder seu discernimento e sua capacidade de julgamento ou possam sofrer juntamente com os pacientes; assim, se distanciam deles. Esse desafio pode ser superado se os médicos reconhecerem e refletirem sobre suas próprias emoções, alimentando sentimentos construtivos e elevados que resultarão em profissionalismo e em um comportamento ético e humano¹². O papel desempenhado por professores e preceptores médicos desencoraja os alunos de medicina a desenvolver empatia, interferindo diretamente na conduta dos futuros médicos. Assim, é necessário implementar ações importantes nos cursos de medicina com vistas a aumentar a empatia dos professores e preceptores médicos, cuja formação e comportamento terão implicações diretas para os alunos¹³.

Considerando-se que a sexualidade é uma parte inalienável da existência humana, lidar com sua complexidade é um dos atributos esperados de um médico. Existem poucas publicações sobre o ensino da sexualidade humana em currículos de cursos de medicina, que tendem a abordá-lo por meio das disciplinas de ginecologia, psiquiatria ou urologia¹⁴, reduzindo o tema a aspectos puramente biológicos do processo saúde-doença¹⁵. Por esse motivo, os alunos dizem não ter as habilidades necessárias para abordar tópicos como prazer sexual ou para conduzir o cuidado em saúde em situações de violência sexual e de gênero, demonstrando falta de preparo para fornecer assistência emocional, técnica e jurídica - reflexo de uma formação deficiente¹⁶.

Ademais, a heterossexualidade é a orientação sexual mais valorizada pela maioria dos professores¹⁶ e se torna “normativa” tanto para relações sexuais como para estilos de vida, legitimando uma hierarquia de valores sexuais ao definir o que é sexualmente normal, natural e saudável, e abrindo a porta para a discriminação e a hostilidade contra pessoas com sexualidades variadas¹⁴. Essa visão produz estresse e impede que pacientes não-heterossexuais se comuniquem abertamente em consultas médicas, o que pode levar a atrasos no tratamento ou à sua descontinuação, com complicações subsequentes¹⁴. Relatos mostram que pacientes transgênero experienciam



comportamentos hostis, frios e de rejeição por parte de profissionais da saúde; que mulheres lésbicas recebem respostas não-empáticas quando falam de sua identidade sexual e se sentem em risco quando se consultam com profissionais da saúde; e que homens gays têm a percepção de que o serviço é homofóbico¹⁴. Por sua vez, muitos médicos sentem-se desconfortáveis ao atender pacientes lésbicas, gays, bissexuais e transgênero (LGBT) porque sua formação não os preparou para lidar com a violência direcionada a essa população¹⁶.

O atual momento histórico brasileiro é marcado pela ascensão política de partidos de extrema direita e pela subtração sistemática de direitos humanos¹⁵. Isso precisa ser compreendido à luz da crise de 2008 em seus aspectos estruturais, crônicos e cumulativos¹⁷. Nesse sentido, destaca-se a ideologia conservadora, que orienta reformas institucionais, políticas públicas e o comportamento diário da população. Isso ocorre em parte porque, tendo a família como referência, a visão conservadora considera que as questões sociais derivam das questões morais. Essa postura contribui para a reprodução do preconceito, transformando moralidade em moralismo e consolidando-o pela violência¹⁸.

No campo simbólico, a violência opera principalmente nos processos de normalização. A ideologia heteronormativa hegemônica é inculcada neles, sufocando as subjetividades ao celebrar como “correto” apenas um tipo de sexualidade em detrimento de tantos outros - reais, apesar de “desviantes”¹⁹. No campo físico-material, a violência é traduzida em agressão física e precariedade. O Grupo Gay da Bahia²⁰ relata a ocorrência de 420 mortes na população LGBT motivadas por homofobia em 2018 - 320 homicídios (76%) e 100 suicídios (24%). Da mesma forma, a precariedade das vidas das pessoas “desviantes” opera em uma multiplicidade de ações, expressas na assimetria de salários e empregos e no acesso a mercadorias, serviços públicos e privados e espaços geográficos²¹.

Assim, destaca-se o papel do SUS no Brasil como um campo potencial para a articulação e implementação de políticas e ações de saúde que incluam sexualidade e gênero como determinantes do processo saúde-doença e objetivem combater formas de discriminação e exclusão social²². Na articulação de princípios doutrinários (integralidade, equidade e universalidade), base legal, participação social e pressão da comunidade LGBT, o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, por meio da Portaria nº 2836 de 2011. Apesar disso, há um sério descompasso entre a promulgação dessa e de outras políticas direcionadas à população LGBT e sua implementação no cotidiano, o que significa insegurança para essa população, dada a fragilidade dos instrumentos democráticos disponíveis na realidade brasileira e o compromisso crescente com o princípio de Estado laico²³.

A análise do ensino da sexualidade em cursos médicos mostra claramente que a qualidade da atenção à saúde sexual depende também de uma capacitação que envolva todos os aspectos da sexualidade de maneira ampla e não meramente biológica²⁴; no entanto, não há elementos da educação médica no Brasil que contribuam para a promoção da saúde nesse segmento da população. Assim, é necessário promulgar com urgência a política nacional de saúde LGBT como ferramenta efetiva para promover os direitos humanos entre profissionais médicos, da graduação à prática profissional²⁵.



A política nacional de saúde integral LGBT afirma, em seu plano operacional, que é necessário “identificar as necessidades de saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades”²⁶. Porém, apesar de propor uma discussão sobre as necessidades de saúde da população LGBT da perspectiva da determinação social do processo saúde-doença-cuidado, ela ainda explicita, em seu texto, diversas necessidades de saúde fundamentadas no discurso médico-científico²⁷.

A avaliação do profissionalismo em alunos de medicina por meio de domínios como altruísmo, responsabilidade, assistência e trabalho em equipe é frequente e pode utilizar cenários ou pacientes simulados, testes online ou aplicativos²⁸.

A avaliação de desempenho em ambiente simulado é amplamente utilizada na formação médica. Dos métodos disponíveis, o *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE - Exame Clínico Objetivo Estruturado) é o mais utilizado, tanto na graduação como na pós-graduação. Como é padronizado e usa múltiplos examinadores, é considerado uma avaliação mais justa e pode ser formativa ou somativa^{10,29}.

O OSCE foi desenvolvido devido à necessidade e à dificuldade de analisar algumas habilidades, como habilidades clínicas, conhecimentos, atitude, comunicação e profissionalismo, e foi padronizado para ser uma ferramenta confiável. É um dos testes padrão-ouro para avaliar habilidades médicas, já que não se restringe a conhecimentos; avalia também a habilidade do aluno em colocá-los em prática²⁹. Além de avaliar anamnese, exames físicos e interpretação de resultados clínicos, avalia também a eficácia da comunicação, inclusive em situações que envolvem dilemas éticos. As estações do OSCE devem ser extremamente próximas da realidade para que tenham relevância para os alunos, especialmente em situações que envolvam elementos subjetivos como comunicação e sentimentos.

O presente estudo é relevante porque, no âmbito nacional, a ação médica em questões relacionadas a sexualidade é limitada e raramente fornece cuidado integral e humanizado em situações de violência sexual e saúde geral para a população LGBT¹⁶. Os currículos dos cursos de medicina no Brasil precisam reconhecer esse tema, compreender sua relevância para a formação médica e sua complexidade, e utilizar seus aspectos históricos, políticos e culturais para desenvolver estratégias de intervenção eficazes que melhorem a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT³⁰. A presente pesquisa avaliou a contribuição de um curso de medicina de uma universidade pública em São Paulo, Brasil, para o desenvolvimento do profissionalismo em seus “quase profissionais” (internos) em relação a questões de sexualidade e identidade de gênero.

Considerando que o alto padrão da atenção à saúde do paciente no Brasil e no mundo está baseado no cuidado integral e humanizado; que há problemas no mundo inteiro para atender a esse padrão, em vista dos modelos hegemônicos que influenciam valores, interesses, discursos, conhecimentos e práticas durante a formação médica; que no contexto brasileiro, apesar de uma política nacional estabelecida, há dificuldades para se desenvolver estratégias eficazes de intervenção na recepção e na qualidade da atenção integral à saúde da população que é vulnerável devido a questões de gênero e sexualidade; e as lacunas e potencialidades existentes na literatura sobre o processo



de formação dos futuros profissionais médicos em situações de violência relacionada a gênero e sexualidades não-heterossexuais, o presente estudo teve como objetivo responder à seguinte questão: Os (internos) (os “quase profissionais”) da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP - alunos típicos de escolas médicas brasileiras - são capazes de fornecer uma atenção à saúde que contemple situações de violência relacionada a gênero e sexualidades não-heterossexuais?

A realização de uma avaliação diagnóstica informal (“experiência”) torna o processo de ensino-aprendizagem mais eficiente e eficaz, focalizando o conteúdo que precisa ser ensinado e aprendido. Portanto, foi pertinente realizar a “experiência” educacional diagnóstica descrita abaixo, com vistas a avaliar a contribuição de um curso de medicina de uma universidade pública localizada no interior do estado de São Paulo, Brasil, conforme está estruturado atualmente, para o desenvolvimento do profissionalismo de seus quase-profissionais (internos), nas questões relacionadas a sexualidade e identidade de gênero, utilizando o OSCE.

Metodologia

Pesquisa na modalidade exploratória, que problematiza seu objeto de estudo, trazendo-o à luz para que possa ser alvo de futuros estudos; com objetivo analítico e observacional em que uma “experiência” educacional diagnóstica foi observada, gravada, analisada, classificada e interpretada; com abordagem qualitativa, uma vez que os métodos estatísticos foram dispensados, pois o foco eram os resultados da “experiência” educacional diagnóstica; a análise das informações coletadas foi conduzida pelos pesquisadores, que realizaram interpretações subjetivas ao classificar os desempenhos como satisfatório (S), parcialmente satisfatório (PS) e insatisfatório (I), com o objetivo de fornecer subsídios para discutir a competência do cuidado ao paciente em situações de violência relacionada a gênero e sexualidades não-heterossexuais; nuance de estudo de caso, ao serem consideradas observações do fenômeno na “experiência” educacional diagnóstica.

A “experiência” educacional diagnóstica foi realizada como parte de um projeto de iniciação científica desenvolvido na instituição, resultante de uma oficina promovida sobre esse tema. Os sujeitos da pesquisa eram estudantes do quinto e sexto anos (internos) da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP - em janeiro e fevereiro de 2020, período do ano acadêmico em que os estudantes estão em meio a suas rotinas acadêmicas regulares (não em período de provas). Os alunos receberam um *link* com um convite, um termo de consentimento esclarecido e um formulário eletrônico para expressarem sua participação no OSCE (critérios de inclusão). No total, 158 estudantes foram convidados. Nessa instituição, o currículo é considerado “tradicional”, serial e dividido nos ciclos básico, clínico e residência.

O número de estações dependeu do número de avaliadores e atores disponíveis para participar do processo. Havia dois avaliadores e dois pacientes simulados - indivíduos com experiência em atuação ou artes.

Cada uma das duas estações durou oito minutos, com um minuto para a leitura do caso e sete minutos para a execução prática da estação. Essa duração foi determinada



após a realização de reuniões de delineamento, em que simulações e testes foram conduzidos com a participação de pacientes simulados, avaliadores e pesquisadores. Para preparar as estações, utilizaram-se elementos orientadores da literatura sobre o tema³⁰, além das orientações sobre profissionalismo propostas pelo *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (Conselho de Credenciamento de Residência Médica)³¹. Duas reuniões foram realizadas para padronizar e esclarecer os critérios que seriam usados pelos avaliadores e para discutir as pontuações da *checklist*.

Nas estações, o aluno deveria adotar um comportamento em relação aos dados apresentados. Na Estação 1, o aluno atendia uma paciente simulada que apresentava hematomas no membro superior esquerdo, rosto e abdômen, e relatava ter sido agredida pelo marido no dia anterior, após se recusar a ter relações sexuais com ele. Quando o aluno perguntava, ela fornecia as seguintes informações adicionais: com exceção dessa questão, ela era uma pessoa saudável; esta não foi a primeira vez em que foi agredida pelo marido; era dona de casa e católica; tinha dois filhos, um menino e uma menina, com sete e dez anos, respectivamente; o marido estava alcoolizado no momento da agressão; o marido já a havia agredido anteriormente, quando estava sóbrio; a data da última menstruação havia sido três meses antes (levantando a possibilidade de gravidez). A Estação 1 era, portanto, uma situação de violência de gênero. Na Estação 2, o aluno atendia uma paciente negra transgênero que trabalhava formalmente como caixa de supermercado e informalmente como prostituta. A paciente buscou assistência aproximadamente uma hora após ter sido estuprada durante seu trabalho informal; relatou que não foi usado preservativo; não sabia se o abusador era portador do vírus HIV ou não, apesar de identificá-lo como um oficial da polícia militar; estava tremendo e apresentava hematomas no rosto, membros superiores e joelhos. A Estação 2 caracterizava uma situação de violência relacionada a sexualidade não-heterossexual. Ambas as situações ocorreram no contexto de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF).

As *checklists* foram compostas por oito e cinco itens (Estações 1 e 2, respectivamente) de avaliação de desempenho para cada estação (situação de violência relacionada a gênero e situação de violência relacionada a sexualidade não-heterossexual, respectivamente) e cada item foi categorizado como satisfatório (S), parcialmente satisfatório (PS) e insatisfatório (I). A Tabela 1 apresenta os requisitos das *checklists* e como foram agrupados em quatro categorias.



Tabela 1. Quesitos a serem avaliados nos *checklists*, e categorias em cada uma das duas estações.

	Questões	Categoria
Estação 1 (Situação de violência com perspectiva de gênero)		
1	Acolher a vítima, demonstrando empatia e interesse nas impressões subjetivas do que aconteceu.	Empatia
2	Informar o paciente sobre a possibilidade de fazer um boletim de ocorrência.	Derivação legal
3	Relate o caso para as autoridades.	Derivação legal
4	Reforçar a necessidade de visitas periódicas à Unidade de Saúde, mantendo o vínculo.	Referência para serviços de suporte e manutenção de link
5	Solicitar avaliação do NASF (psicologia, serviço social, por exemplo).	Referência para serviços de suporte e manutenção de vínculo
6	Pergunte sobre a ocorrência de agressões anteriores.	Conduta técnica do caso
7	Faça radiografias para avaliar possíveis fraturas.	Conduta técnica do caso
8	Faça um teste de gravidez.	Conduta técnica do caso
Estação 2 (Situação de violência com foco em sexualidades não heterossexuais)		
1	Acolher a vítima, demonstrando empatia e interesse nas impressões subjetivas do que aconteceu.	Empatia
2	Informar o paciente sobre a possibilidade de fazer um boletim de ocorrência.	Derivação legal
3	Relate o caso para as autoridades.	Derivação legal
4	Reforçar a necessidade de visitas periódicas à Unidade de Saúde, mantendo o vínculo.	Referência para serviços de suporte e manutenção de link
5	Informar o paciente sobre a possibilidade de profilaxia contra DSTs, inclusive HIV (PEP)	Conduta técnica do caso

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família; DSTs - Doenças Sexualmente Transmissíveis; PEP - Profilaxia Pré-Exposição.

Fonte: Os Autores.

O desempenho dos participantes nas quatro categorias foi classificado como bom (acima de 75% de S na média das duas estações), regular (valores intermediários) e fraco (abaixo de 50%).

Imediatamente após o término do OSCE, 30 minutos foram reservados para os avaliadores fornecerem ao participante, presencialmente, um *feedback* sobre seu desempenho. Além disso, os alunos puderam solicitar que os atores lhes fornecessem um *feedback* específico sobre seu desempenho durante esse período de tempo.

Este estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, sob parecer nº 3.232.009/2019.

Resultados e discussão

De todos os (internos) matriculados, um pouco mais do que um décimo demonstrou interesse em participar do OSCE pelo formulário eletrônico, compareceu (não houve desistências) e passou a integrar o grupo de participantes do estudo. O grupo de participantes apresentou as seguintes características: um pouco mais da

metade eram mulheres, um terço tinha até 25 anos de idade e um pouco mais do que dois terços eram (internos) do sexto ano.

A taxa de adesão extremamente baixa indica, além de falta de interesse no tópico, a ausência de uma abordagem formal a essas questões durante o curso universitário, o que contribui para o pouco interesse dos alunos (ou sua ausência absoluta), a ponto de não se interessarem por uma avaliação extra, em ambiente controlado, de suas habilidades e competência para lidar com as situações descritas na seção de Metodologia.

A predominância de participantes do sexo feminino com até 25 anos de idade corrobora uma tendência marcante de feminização da medicina desde a universidade³². Embora a idade média ao final da formação médica seja alta, provavelmente devido à idade média na matrícula ter sido alta e/ou devido a atrasos no processo de formação por reprovações em disciplinas ou pela necessidade de trancar matrícula por um período, essa é agora a faixa etária média da maioria dos alunos, o que os coloca junto aos *millennials*, que em breve serão a força de trabalho predominante e atualmente representam quase todos os médicos residentes³³.

Na primeira estação, oito aspectos (itens) de atenção à saúde foram avaliados. O resultado recebido pelo maior número de alunos foi S, seguido de PS e, em menor quantidade, I. O número combinado de PS e I é mais alto do que o número de S. Tais resultados são apresentados na Figura 1.

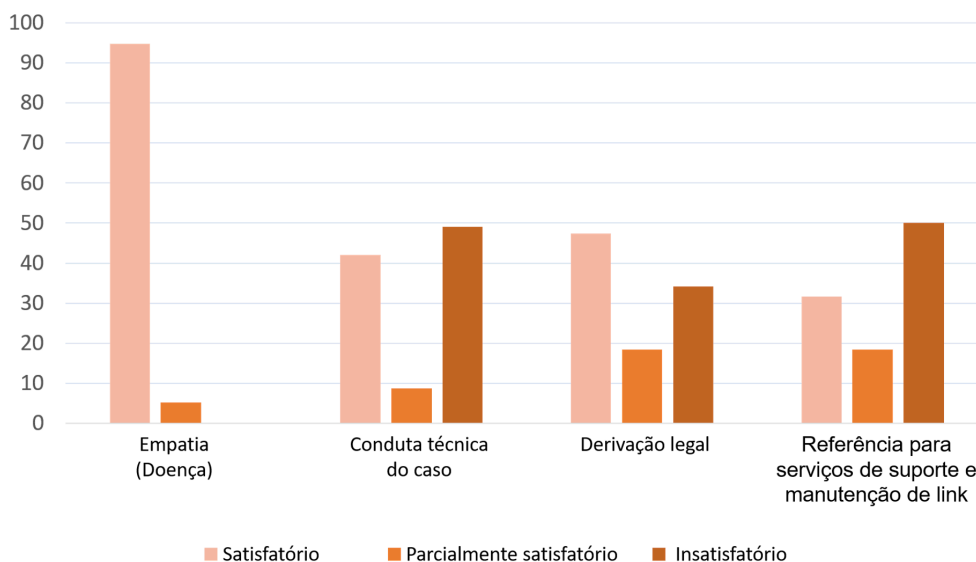


Figura 1. Avaliação da competência em lidar com situações de violência de gênero. (Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, 2020)

Fonte: Os Autores

Na segunda estação, cinco itens foram avaliados. O resultado recebido pelo maior número de alunos foi S, seguido de PS e, em menor quantidade, I. O número de alunos que recebeu S é maior do que o total de alunos que receberam PS + I, mas ainda abaixo de dois terços, conforme mostra a Figura 2.

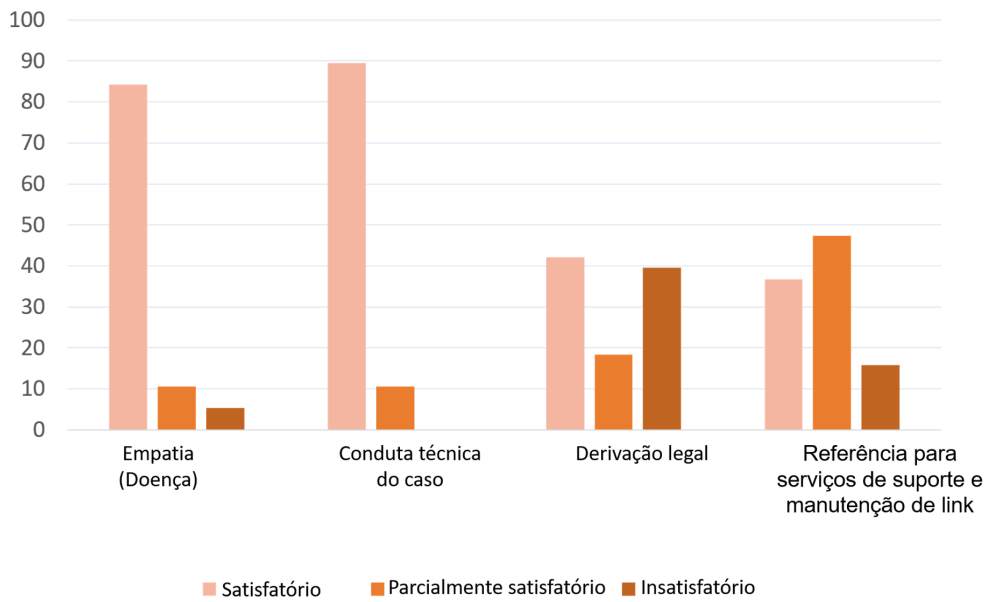


Figura 2. Avaliação da competência em lidar com situações de violência relacionada a sexualidade não-heterossexual. (Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, 2020)

Fonte: Os Autores

O desempenho geral da amostra para cada categoria, determinado pela média de cada item em ambas as estações, foi bom em empatia (em relação à doença), regular em gestão técnica do caso, e fraco em encaminhamento jurídico e para serviços de apoio e em manutenção do vínculo, conforme mostra a Figura 3.

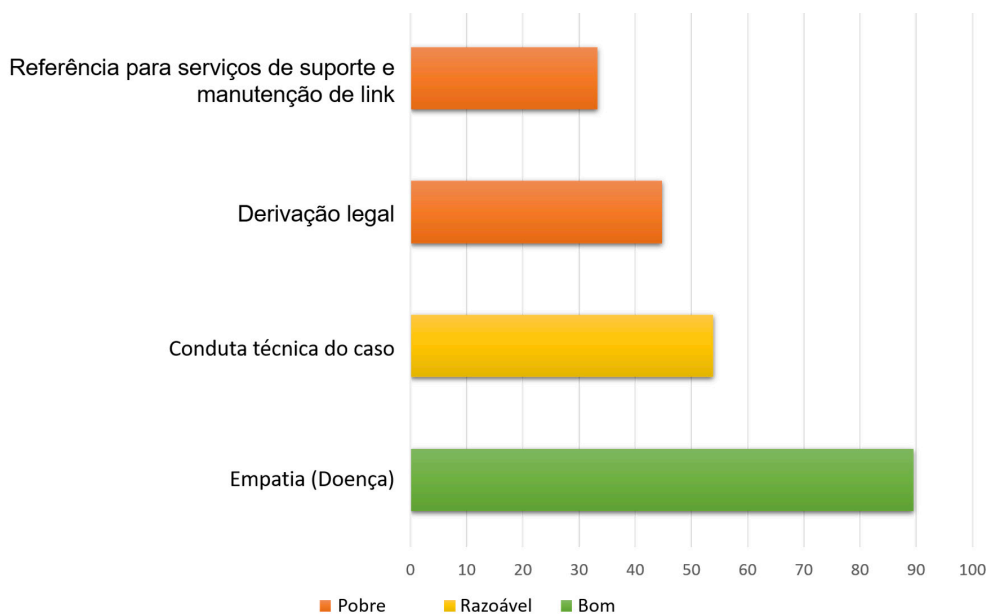


Figura 3. Desempenho geral da amostra por habilidade. (Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, 2020)

Fonte: Os Autores

O OSCE foi escolhido porque é uma maneira de avaliar habilidades em todos os seus domínios e porque vem sendo cada vez mais utilizado no Brasil e no mundo, embora sua taxa de confiabilidade dependa da adequação dos recursos, como o número de estações, a construção da estação, os métodos de pontuação e o tempo alocado³⁴.

Mesmo considerando que muitos médicos evitam discutir questões relacionadas a sexualidade com seus pacientes porque têm receio de invadir sua privacidade ou porque essas questões raramente façam parte de sua prática clínica diária³⁵, a maioria dos pacientes não considera que o médico esteja invadindo sua privacidade se mencionar o assunto sexualidade, mesmo se o paciente estiver se consultando por outra razão, contanto que haja uma estrutura apropriada de confiança, cuidado e empatia³⁶. Esses dados tornam-se ainda mais relevantes para a atenção à saúde em situações de violência relacionada a gênero e sexualidades não-heteronormativas.

Mesmo os bons resultados na categoria empatia (em relação à doença) ainda não são ideais, mostrando que há um longo caminho a percorrer na preparação dos profissionais da saúde para que promovam acolhimento satisfatório nas situações discutidas aqui, o que vai de encontro ao princípio de equidade preconizado pelo SUS. Os danos emocionais enfraquecem a confiança na relação médico-paciente, distanciando os usuários do serviço. A inabilidade em gerenciar questões específicas da violência relacionada a gênero e a sexualidades não-heteronormativas e o modelo médico paternalista hegemônico - que não compartilha o projeto terapêutico e prioriza o conhecimento científico em detrimento das necessidades de saúde - são exemplos de ações que levam ao constrangimento e à insegurança das vítimas quando buscam os serviços de saúde. Infelizmente, também há a questão do julgamento e as tentativas de controlar a sexualidade das pessoas com base no estereótipo da noção de “desvio”, que prejudicam a relação profissional-usuário e, conseqüentemente, apresentam-se como barreiras tecnológicas importantes para os cuidados de saúde^{37,38}.

É extremamente importante que o médico seja capacitado a reduzir os danos emocionais, não apenas os danos físicos³⁹. A formação dos médicos deve demonstrar a relevância da saúde sexual para o repertório dos saberes médicos e abordar como lidar com seu sentimento de vergonha ou com reações negativas do paciente durante conversas sobre saúde sexual e temas afins³⁵. Também é importante considerar que talvez o bom resultado na categoria empatia (em relação à doença) possa ser explicado pelo viés de proximidade prévia: os participantes podem ter se deparado com o tema anteriormente⁴⁰. Também pode ser explicado pelo conceito de “pregar para convertidos”, uma vez que essa empatia está positivamente associada a ser mulher, ter tido formação prévia sobre o assunto e ter indivíduos pertencentes a minorias como pares, assim como por maiores níveis de competência entre os participantes^{40,41}.

Resultados coletados na mesma instituição revelam uma evolução na educação em saúde sexual nos quatro anos de formação que precederam a residência, mas os alunos relataram que não se sentem confiantes nem preparados para abordar questões relativas a sexualidade na relação médico-paciente¹¹.

O resultado regular obtido na gestão técnica do caso apresentado aqui se repete nos poucos estudos sobre o assunto, uma vez que a dimensão técnica do cuidado envolve acolhimento aos pacientes, integralidade e qualidade do cuidado, criação de vínculo e



comprometimento, e essa dimensão foi apontada em todos os estudos como tendo o maior impacto no acesso e na satisfação com os serviços de saúde³⁹.

O resultado fraco obtido em encaminhamentos jurídicos e a serviços de apoio e em manutenção do vínculo pode ser compreendido como uma consequência da ineficiência da educação formal no que tange a ética médica e medicina forense ao longo da formação, levando a um desempenho fraco quanto aos princípios de autonomia do paciente e beneficência/não-maleficência, conforme demonstrado por Barchi *et al.*⁴², levando às seguintes perguntas: 1) As HC têm sido ensinadas e avaliadas durante o processo de formação de alunos e profissionais na área da saúde no Brasil?; 2) Que instrumentos têm sido usados?; e 3) Que avanços no processo de avaliação dessa competência ainda são necessários no país?¹⁰ É importante enfatizar que o estabelecimento do vínculo é essencial para a criação de um ambiente em que seja possível fornecer as orientações necessárias, que vão além da questão do momento. É preciso ser um facilitador para se trabalhar com diversas questões, como as relacionadas a aderência ao tratamento e à medicação, seguindo os princípios do SUS e o conceito ampliado de saúde e oferecendo cuidados que objetivem prevenir complicações e promover a saúde, conforme recomendado pela Política Nacional de Atenção Primária à Saúde^{11,43}.

A maior contribuição desta pesquisa é evidenciar o desempenho fraco dos alunos nos aspectos jurídicos e de apoio para as situações abordadas, violando o conceito de cuidado integral em saúde e a necessidade de promover os direitos humanos entre profissionais médicos desde a universidade até a prática profissional, para que haja acesso igualitário, livre de preconceitos e discriminação, e cuidado baseado em empatia e compaixão. O fato de que a pesquisa não avaliou aspectos que podem interferir na aquisição correta de raciocínio e julgamento crítico em situações de violência relacionada a gênero e sexualidades não-heteronormativas em contextos clínicos, como o nível de integração em disciplinas estudadas previamente, dificuldades específicas que o aluno pode apresentar para realizar reflexão e análise e, finalmente, o efeito do desconhecimento sobre essas habilidades, pode ser considerado uma limitação, apesar dessas questões não fazerem parte do escopo do presente estudo.

É necessário que as escolas de medicina incorporem o ensino do profissionalismo ao currículo para assegurar que as próximas gerações de médicos sejam preparadas para uma prática profissional compassiva, humanista e ética, permeável aos interesses da sociedade em um mundo com demandas cada vez maiores e em constante transformação.

A elaboração de um panorama dos temas ensinados em programas de formação, incluindo o currículo formal e o currículo paralelo e especificando seu conteúdo e abordagens, seria extremamente relevante para esta discussão.

Os dados falam a favor de uma política de formação institucionalizada como o primeiro passo para fazer com que o setor de saúde priorize a competência em atenção à saúde de vítimas de violência relacionada a questões de gênero e sexualidade não-heterossexual.



Avaliar o efeito dessa formação na resposta dos alunos de medicina e de médicos a situações de violência relacionada a gênero e sexualidades não-heterossexuais é um desafio que precisa ser enfrentado agora e nos anos que virão.



Conclusão

A baixa adesão pressupõe que esses temas não são formalmente abordados durante os cursos de graduação, contribuindo para o pouco interesse dos alunos (ou sua ausência absoluta), já que o viés de proximidade prévia ao tópico entre os participantes também deve ser considerado. Os resultados do OSCE mostram desempenho regular para bom em empatia e gestão técnica do caso, mas fraco em aspectos jurídicos e de apoio nas situações abordadas, violando o conceito de cuidados integrais de saúde para vítimas de violência relacionada a gênero e sexualidade não-heterossexual.

Autores

Alba Regina de Abreu Lima^(d)
<alba.lima09@gmail.com> 
Júlio César André^(e)
<julio.andre@famerp.br> 

Afiliação

^(d,e) Centro de Estudos e Desenvolvimento de Ensino em Saúde, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416, Vila São Pedro. São José do Rio Preto, SP, Brasil. 15090-000.

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Financiamento

O autor principal era detentor de uma bolsa de pesquisa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do CNPq - PIBIC CNPq

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editora

Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira
Editora associada
Elaine Reis Brandão

Tradutora

Carolina Siqueira Muniz Ventura

Submetido em

27/03/22

Aprovado em

14/10/22



Referências

1. Caprara A, Franco ALS. The patient-physician relationship: towards humanization of medical practice. *Cad Saude Publica*. 1999; 15(3):645-54. doi: 10.1590/S0102-311X1999000300023.
2. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Patient-centered care and medical teaching: the importance of caring and sharing. *Rev Bras Educ Med*. 2008; 32(1):90-7. doi: 10.1590/S0100-55022008000100012.
3. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Hechtel L, Chang T, Tseng E, et al. Medical students attitudes toward the doctor-patient relationship. *Med Educ*. 2002; 36(6):568-74. doi: 10.1046/j.1365-2923.2002.01233.x.
4. Soares JCRS, Camargo KR Jr. Patient autonomy in the therapeutic process as a value for health. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(21):65-78. doi: 10.1590/S1414-32832007000100007.
5. Blackall GF, Melnick SA, Shoop GH, George J, Lerner SM, Wilson PK, et al. Professionalism in medical education: the development and validation of a survey instrument to assess attitudes toward professionalism. *Med Teach*. 2007; 29(2-3):e58-62. doi: 10.1080/01421590601044984.
6. Dubai H, Adelstein B-A, Taylor S, Shulruf B. Definition of professionalism and tools for assessing professionalism in pharmacy practice: a systematic review. *J Educ Eval Health Prof*. 2019; 16:22. doi: 10.3352/jeehp.2019.16.22.
7. Guelber FACP, Alves MS, Almeida CPB. A construção do vínculo das enfermeiras da estratégia de saúde da família com as gestantes HIV positivo. *Rev Pesqui*. 2019; 11(4):976-83. doi: 10.9789/2175-5361.2019.v11i4.976-983.
8. Santos WFS. Profissionalismo médico - cuidando da formação profissional do estudante de medicina. *Brasilia Med*. 2018; 55:12-21.
9. Rocha SR, Romão GS, Setúbal MSV, Collares CF, Amaral E. Avaliação de habilidades de comunicação em ambiente simulado na formação médica: conceitos, desafios e possibilidades. *Rev Bras Educ Med*. 2019; 43 1 Suppl 1:236-45. doi: 10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190154.
10. Araújo DCSA, Menezes PWS, Cavaco AMN, Mesquita AR, Lyra DP Jr. Instrumentos para avaliação de habilidades de comunicação no cuidado em saúde no Brasil: uma revisão de escopo. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24:e200030. doi: 10.1590/interface.200030.
11. Santos AUT, Spessoto LCF, Fácio FN Jr. Sexual health teaching in basic science courses among medical students. *Sex Med*. 2021; 9(1):100309. doi: 10.1016/j.esxm.2020.100309.
12. Moreto G, Federici VP, Silva VR, Pacheco FM, Blasco PG. Professionalism and medical training of excellence: challenges found in the academy and in clinical practice. *Arch Med Fam*. 2018; 20(4):183-9.
13. Nunes GF, Guimarães TF, Pargeon JPOM, Bastos GCFC, Silva AMTC, Almeida RJ. Análise dos níveis de empatia de professores e preceptores médicos de um curso de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2020; 44(1):e043. doi: 10.1590/1981-5271v44.1-20190107.
14. Murphy M. Hiding in plain sight: the production of heteronormativity in medical education. *J Contemp Ethnogr*. 2016; 45(3):256-89. doi: 10.1177/0891241614556345.



15. Leal TC, Canazar DB, Falcão DA, Ribeiro NLA. Retrocesso político como morte social e física no Brasil da contemporaneidade. *IPOTESI*. 2015; 19(2):90-102.
16. Rufino AC, Madeiro AP, Girão MJBC. O ensino da sexualidade nos cursos médicos: a percepção de estudantes do Piauí. *Rev Bras Educ Med*. 2013; 37(2):178-85.
17. Montañó C, Duriguetto ML. Estado, classe e movimento social. 3a ed. São Paulo: Editora Cortez; 2010.
18. Barroco ML. Ética: fundamentos sócio-históricos. 3a ed. São Paulo: Editora Cortez; 2010.
19. Caproni Neto HLC, Saraiva LAS, Bicalho RA. Violência simbólica nas trajetórias profissionais de homens gays de Juiz de Fora. *Rev Psicol Polit*. 2013; 13(26):93-110.
20. Grupo Gay da Bahia - GGB. População LGBT morta no Brasil. Relatório GGB 2018 [Internet]. Salvador: GGB; 2018 [cited 2022 Feb 28]. Available from: <https://grupogaydabahia.files.wordpress.com/2019/01/relat%C3%B3rio-de-crimes-contra-lgbt-brasil-2018-grupo-gay-da-bahia.pdf>
21. Marinho S. Trans youth(s): Subjectivities and corporalities possible in the world of work? *Soc Quest*. 2017; 20(38):111-32.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2022 Feb 28]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf
23. Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. The National Policy for Comprehensive Health of Lesbians, Gays, Bisexuals and Transgender (LGBT) and access to the Sex Reassignment Process in the Brazilian Unified Health System (SUS): progress and challenges. *Cienc Saude Colet*. 2017; 22(5):1509-20. doi: 10.1590/1413-81232017225.32782016.
24. Pereira EO, Ferreira BO, Amaral GS, Cardoso CV, Lorenzo CFG. Basic Health Units in Teresina-PI and the access to the LGBT population: what do doctors think? *Tempus (Brasilia)*. 2017; 11(1):51-67. doi: 10.18569/tempus.v11i1.1812.
25. Negreiros FRN, Ferreira BO, Freitas DN, Pedrosa JIS, Nascimento EF. Saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: da formação médica à atuação profissional. *Rev Bras Educ Med*. 2019; 43(1):23-31. doi: 10.1590/1981-52712015v43n1RB20180075.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1 de Dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). *Diário Oficial da União*. 9 Dez 2011.
27. Paulino DB, Rasesa EF, Teixeira FB. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23:e180279. doi: 10.1590/Interface.180279.
28. Carneiro MA, Cunha SM, Feitosa ES, Sá RB, Brilhante AVM. Professionalism and its forms of assessment in medical students: an integrative review. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24:e190126. doi: 10.1590/interface.190126.
29. Franco CAGS, Franco RS, Santos VM, Uiema LA, Mendonça NB, Casanova AP, et al. OSCE for communication skills and professionalism: case report and meta-analysis. *Rev Bras Educ Med*. 2015; 39(3):433-41. doi: 10.1590/1981-52712015v39n3e02832014.



30. Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework [Internet]. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015 [cited 2022 Feb 28]. Available from: www.royalcollege.ca/rcsite/documents/canmeds/canmeds-full-framework-e.pdf
31. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Common programs requirements [Internet]. Chicago: ACGME; 2020 [cited 2022 Feb 28]. Available from: <https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/CPRResidency2020.pdf>
32. Scheffer M, Cassenote A, Guerra A, Guilloux AGA, Brandão APD, Miotto BA, et al. Demografia médica no Brasil 2020. São Paulo: FMUSP, CFM; 2020.
33. Tamoto P, Gati RS, Rondina JM, Brienze SLA, Lima ARA, André JC. Learning of the millennial generation in medical schools. *Rev Bioet.* 2020; 28(4):683-92. doi: 10.1590/1983-80422020284432.
34. Alkhateeb NE, Al-Dabbagh A, Ibrahim M, Al-Tawil NG. Effect of a formative objective structured clinical examination on the clinical performance of undergraduate medical students in a summative examination: a randomized controlled trial. *Indian Pediatr.* 2019; 56(9):745-8. doi: 10.1007/s13312-019-1641-0.
35. Komlenac N, Hochleitner M. Predictors for low frequencies of patient-physician conversations concerning sexual health at an Austrian University Hospital. *Sex Med.* 2019; 8(1):100-6. doi: 10.1016/j.esxm.2019.09.006.
36. Zéler A, Troadec C. Doctors talking about sexuality: what are the patients' feelings? *Sex Med.* 2020; 8(4):599-607. doi: 10.1016/j.esxm.2020.08.012.
37. Massa VC, Grangeiro A, Couto MT. Profissionais de saúde frente a homens jovens que buscam profilaxia pós-exposição sexual ao HIV (PEPSexual): desafios para o cuidado. *Interface (Botucatu).* 2021; 25:e200727. doi: 10.1590/interface.200727.
38. Ferreira BO, Bonan C. Varios tonos de “no”: relatos de profesionales de la Atención Básica en la asistencia de lesbianas, gays, bisexuales, travestis y transexuales (LGBT+). *Interface (Botucatu).* 2021; 25:e200327. doi: 10.1590/interface.200327.
39. Pereira LBC, Chazan ACS. The access of transsexuals and crossdressers to the Primary Health Care: an integrative review. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2019; 14(41):1795. doi: 10.5712/rbmfc14(41)1795.
40. Whitehead J, Shaver J, Stephenson R. Outness, stigma, and primary health care utilization among rural LGBT populations. *PLoS One.* 2016; 11:e0146139. doi: 10.1371/journal.pone.0146139.
41. Lee SR, Kim M-A, Choi MN, Park S, Cho J, Lee C, et al. Attitudes toward transgender people among medical students in South Korea. *Sex Med.* 2021; 9(1):100278. doi: 10.1016/j.esxm.2020.10.006.
42. Barchi PR, Cruz BA, Oliveira EQ Jr, Santos ER, Lima ARA, Brienze SLA, et al. Bioethical precepts and communication skills assessed by the osce in clerkship students. *Int J Dev Res.* 2020; 10:41529-41. doi: 10.37118/ijdr.20310.10.2020.
43. Paranhos WR, Willerding IAV, Lapolli EM. Training of health professionals to care for LGBTQI+. *Interface (Botucatu).* 2021; 25:e200684. doi: 10.1590/Interface.200684.



Abstract

Medical schools must incorporate the teaching of professionalism into the curriculum to ensure that the next generations of physicians are prepared for a compassionate, humane, and ethical professional practice, suitable to the interests of society in a world with ever-increasing and ever-changing demands. This study's greatest contribution is to highlight the interns' poor performance in the legal and support aspects of the situations addressed. The data speak in favor of an institutionalized training policy as the first step toward getting the healthcare sector to prioritize competence in healthcare for victims of violence related to gender and non-heterosexual sexuality.

Keywords: Education, medical. Delivery of health care. Sexuality. Gender identity. Clinical competence.

Resumen

Las escuelas médicas deben incorporar la enseñanza del profesionalismo al currículo para asegurar que las próximas generaciones de médicos estén preparadas para una práctica profesional compasiva, humana y ética, adecuada a los intereses de la sociedad en un mundo con demandas cada vez mayores y en constante cambio. La mayor contribución de este estudio es mostrar el deficiente desempeño de los pasantes en los aspectos jurídicos y de soporte de las situaciones abordadas. Los datos se muestran a favor de una política de capacitación institucionalizada como un primer paso para que el sector de salud priorice la competencia en atención a la salud de las víctimas de violencia relacionada al género y a la sexualidad no heterosexual.

Palabras clave: Educación médica. Atención a la salud. Sexualidad. Identidad de género. Competencia clínica.