



DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.14643

Ahead of Print

Rodrigo Monteiro dos Santos Bandeira¹ 0009-0000-9427-0674

Rosana Oliveira de Souza² 0000-0003-4437-5683

Ana Paula dos Santos Silva³ 0009-0009-0395-3329

Carla Moraes Lins⁴ 0009-0005-0770-1285

Claudia Maria Messias⁵ 0000-0002-1323-0214

^{1,2,3,4,5} Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

AUTOR CORRESPONDENTE: Rodrigo Monteiro dos Santos Bandeira

E-mail: rodrigobandeira@id.uff.br

Recebido em: 10/10/2025

Aceito em: 03/12/2025

Como citar este artigo: Bandeira RMS, Souza RO, Silva APS, Lins CM, Messias CM. Manejo de comportamentos sexualizados por pacientes internados: desenvolvimento de tecnologia educacional no ensino na saúde. R Pesq Cuid Fundam (Online). [Internet]. 2025 [acesso em dia mês ano];17:e14643. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.14643>.

MANEJO DE COMPORTAMENTOS SEXUALIZADOS POR PACIENTES INTERNADOS:

DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL NO ENSINO NA SAÚDE¹

MANAGEMENT OF SEXUALIZED BEHAVIORS BY HOSPITALIZED PATIENTS: DEVELOPMENT OF EDUCATIONAL TECHNOLOGY IN HEALTH EDUCATION

MANEJO DE COMPORTAMIENTOS SEXUALIZADOS POR PACIENTES HOSPITALIZADOS:

DESARROLLO DE TECNOLOGÍA EDUCATIVA EN LA ENSEÑANZA EN SALUD

RESUMO

Objetivo: elaborar uma tecnologia educacional para aprimorar o manejo de comportamentos sexualizados por pacientes internados em hospital geral, a partir das percepções e experiências de profissionais de saúde. **Metodologia:** estudo exploratório e descritivo, qualitativo, desenvolvido pela Pesquisa Convergente Assistencial. Participaram

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado intitulada "Manejo de comportamentos sexuais em pacientes em um hospital geral: inovação tecnológica para o ensino na saúde", apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde (MPES) da Universidade Federal Fluminense (UFF) em 2025¹.

dez profissionais de equipes multiprofissionais de unidades de internação. Os dados foram produzidos em grupo de convergência, em roda de conversa, com análise temática do conteúdo. **Resultados:** emergiram insegurança, constrangimento e despreparo, associados à ausência de protocolos e suporte educativo, além de estratégias fragmentadas de manejo. **Conclusão:** foi desenvolvido um Procedimento Sistematizado, protocolo clínico-assistencial ampliado, educativo e interprofissional, com potencial para qualificar práticas e fortalecer a segurança ética e profissional.

DESCRIPTORES: Sexualidade; Unidades de internação; Estresse ocupacional, Educação permanente em saúde.

ABSTRACT

Objective: To develop an educational technology to improve the management of sexualized behaviors presented by patients hospitalized in a general hospital, based on health professionals' perceptions and experiences. **Methodology:** Exploratory and descriptive qualitative study conducted through Convergent Care Research. Ten multidisciplinary professionals from inpatient units participated. Data were produced in a convergence group (conversation circle) and analyzed using thematic content analysis. **Results:** Insecurity, embarrassment, and lack of preparedness were reported, linked to the absence of institutional protocols and educational support, as well as fragmented management strategies. **Conclusion:** A Systematized Procedure was developed as an expanded, educational, interprofessional clinical-care protocol, with potential to qualify practices and enhance ethical and professional safety

DESCRIPTORS: Sexuality; Inpatient units; Occupational stress; Continuing health education.

RESUMEN

Objetivo: Elaborar una tecnología educativa para mejorar el manejo de comportamientos sexualizados en pacientes hospitalizados en un hospital general, a partir de las percepciones y experiencias de profesionales de la salud. **Metodología:** Estudio exploratorio y descriptivo, cualitativo, desarrollado mediante Investigación Convergente Asistencial. Participaron diez

profesionales multiprofesionales de unidades de hospitalización. Los datos se produjeron en un grupo de convergencia (rueda de conversación) y se analizaron mediante análisis temático del contenido. **Resultados:** se evidenciaron inseguridad, incomodidad y falta de preparación, asociadas a la ausencia de protocolos institucionales y apoyo educativo, además de estrategias fragmentadas de manejo. **Conclusión:** Se desarrolló un Procedimiento Sistematizado, un protocolo clínico-asistencial ampliado, educativo e interprofesional, con potencial para cualificar prácticas y fortalecer la seguridad ética y profesional.

DESCRIPTORES: Sexualidad; Unidades de hospitalización; Estrés ocupacional; Educación permanente en salud.

INTRODUÇÃO

O manejo de comportamentos sexualizados por pacientes internados em ambientes hospitalares constitui desafio recorrente e historicamente silenciado nos serviços de saúde.¹ Embora a sexualidade seja dimensão indissociável da experiência humana, sua manifestação no contexto da hospitalização é frequentemente percebida como inadequada ou incompatível com o ambiente assistencial, resultando em práticas marcadas pela negação, improvisação ou ausência de respostas institucionais.² Esse cenário impacta a qualidade do cuidado e a segurança emocional, ética e jurídica dos profissionais de saúde.³

No cotidiano dos hospitais gerais, manifestações sexualizadas podem ocorrer como exposição corporal, verbalizações de cunho sexual, aproximações físicas inoportunas ou comportamentos desinibidos. Apesar da recorrência, tais situações tendem a ser invisibilizadas ou tratadas como eventos isolados, sem reconhecimento como fenômenos que demandam abordagem técnica, ética e educativa.² A ausência de diretrizes claras e de espaços formativos contribui para insegurança profissional, oscilando entre tolerância silenciosa, repressão moral ou encaminhamentos fragmentados.³

Estudos apontam despreparo e desconforto dos profissionais diante de questões relacionadas à sexualidade, comprometendo o cuidado e gerando sofrimento psíquico no trabalhador.³ Esse despreparo envolve dimensões culturais, morais e institucionais que

atravessam formação e prática. No contexto brasileiro, pesquisas evidenciam lacunas significativas na abordagem da sexualidade na formação inicial e continuada, reforçando a necessidade de estratégias educativas alinhadas aos serviços.⁴

A dificuldade no manejo relaciona-se à ausência de protocolos institucionais e ao receio de sanções éticas ou legais. Profissionais temem que suas ações sejam interpretadas como inadequadas, violentas ou permissivas, favorecendo a paralisação das condutas e a manutenção do silêncio institucional.⁵ Esse receio se intensifica quando os comportamentos se associam a condições clínicas específicas, como transtornos mentais, quadros demenciais, delirium ou efeitos adversos de medicamentos, nos quais o discernimento pode estar comprometido.⁶

Em hospitais gerais observa-se escassez de estudos e normativas que orientem o manejo desses comportamentos, diferentemente do campo da saúde mental.² Essa lacuna evidencia um paradoxo: nos espaços de maior circulação de pacientes e profissionais, a sexualidade permanece marginal e pouco incorporada às políticas institucionais de cuidado.²

Compreender comportamentos sexualizados requer reconhecer a sexualidade como expressão multifatorial, influenciada por aspectos fisiológicos, psicológicos, sociais e culturais. A Teoria das Necessidades Humanas de Maslow compreende o comportamento humano como motivado por necessidades organizadas segundo graus de prepotência, relacionando a sexualidade a impulsos fisiológicos e a necessidades de afeto, pertencimento e estima.⁷ Em contexto hospitalar, tais manifestações podem associar-se à vulnerabilidade, perda de autonomia, isolamento e sofrimento emocional.⁷

A influência cultural interfere na expressão dos comportamentos e nas respostas institucionais. Normas sociais, valores morais e crenças religiosas podem reforçar estigmas, silenciamentos e práticas coercitivas, sobretudo na ausência de espaços de reflexão crítica e formação permanente.⁸

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) propõe processos educativos integrados ao cotidiano do trabalho, partindo das necessidades reais dos serviços

e valorizando o saber dos trabalhadores.⁹ Nessa perspectiva, a aprendizagem ocorre no próprio ambiente de trabalho, transformando problemas cotidianos em motivadores de processos educativos significativos.⁹ A inexistência de estratégias educativas voltadas ao manejo de comportamentos sexualizados evidencia distanciamento entre diretrizes da PNEPS e a prática institucional, mantendo respostas individuais e improvisadas.¹⁰

Diante desse cenário, torna-se necessária a construção de tecnologias educacionais que dialoguem com o cotidiano dos serviços e ofereçam suporte técnico-pedagógico às equipes. Tais tecnologias articulam saberes, práticas e processos educativos, qualificando o cuidado e fortalecendo a segurança profissional.¹¹ Fundamentadas na Educação Permanente em Saúde, possibilitam soluções contextualizadas e sensíveis à complexidade do trabalho.¹¹

A Pesquisa Convergente Assistencial apresenta-se como abordagem pertinente ao articular produção de conhecimento e intervenção na prática, com participação ativa dos profissionais na construção das propostas educativas.¹²

Este estudo teve como objetivo elaborar uma tecnologia educacional para aprimorar o manejo de comportamentos sexualizados por pacientes internados em hospital geral, a partir das percepções e experiências dos profissionais de saúde, fundamentando-se na Educação Permanente em Saúde e na compreensão ampliada da sexualidade como dimensão do cuidado.¹

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido por meio da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), método que se caracteriza pela integração entre investigação científica e prática assistencial, permitindo que o processo de pesquisa se desenvolva de forma simultânea à realidade do trabalho em saúde.¹² A PCA possibilita que pesquisador e participantes alternem seus papéis ao longo do estudo, promovendo a construção coletiva do conhecimento e favorecendo a transformação das práticas a partir de problemas reais emergentes do cotidiano assistencial.¹² A escolha dessa abordagem mostrou-se coerente com o objetivo do estudo, uma vez que a temática

dos comportamentos sexualizados apresentados por pacientes internados em hospitais gerais demanda articulação entre reflexão crítica, prática profissional e educação permanente em saúde, em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.¹⁻⁹

O cenário do estudo foi um hospital geral público no município de Maricá, localizado na Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro, integrante da rede de urgência e emergência, com perfil assistencial voltado predominantemente ao atendimento de trauma referenciado e cirurgias eletivas, dispondo de 109 leitos de internação.¹⁻¹¹ Trata-se de uma instituição que atende pacientes com perfil clínico e cirúrgico diversificado, o que comumente a presença de comorbidades ortopédicas, neurológicas, vasculares, psiquiátricas ou cognitivas, ainda que os transtornos mentais não constituam o principal motivo de internação.¹

O pesquisador possui atuação prévia no campo assistencial em que o estudo foi desenvolvido, o que favoreceu a aproximação com a investigação. Contudo, não havia relação hierárquica direta entre o pesquisador e os participantes, nem vínculo de subordinação funcional que pudesse interferir na adesão voluntária ou nas falas produzidas durante a coleta de dados.¹

Participaram do estudo dez profissionais de saúde pertencentes a equipes multiprofissionais atuantes nas unidades de internação hospitalar, sendo um fisioterapeuta, uma fonoaudióloga, três enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, duas médicas e uma psicóloga. A maioria dos participantes era do sexo feminino (n=9), com faixa etária entre 18 e 60 anos.¹

O recrutamento ocorreu por meio de divulgação presencial realizada pelo pesquisador durante rondas dialogadas nos diferentes setores de internação e turnos assistenciais.¹ Os profissionais foram convidados a participar de forma voluntária, após esclarecimentos sobre os objetivos, procedimentos, riscos e garantias éticas do estudo.¹⁻¹²

Foram adotados como critérios de inclusão: atuar diretamente na assistência hospitalar, possuir vínculo profissional ativo com a instituição e relatar vivência prévia de

situações envolvendo pacientes internados com comportamentos sexualizados.¹ Foram excluídos profissionais em período de férias ou afastamento durante a coleta de dados, aqueles com menos de seis meses de experiência profissional e indivíduos que demonstrassem desconforto significativo ou vulnerabilidade emocional durante o processo de seleção.¹

O número de participantes foi definido a partir da adesão voluntária dos profissionais convidados, não sendo previamente delimitado por critério de saturação amostral.¹⁻¹² A análise dos dados, entretanto, foi conduzida por saturação temática, observada durante o processo de codificação e aglutinação das unidades de registro. Para garantir o anonimato, os participantes foram identificados por codinomes correspondentes a nomes de frutas.¹⁻¹²

A produção dos dados ocorreu por meio de grupo de convergência, estratégia metodológica própria da Pesquisa Convergente Assistencial, operacionalizada por uma dinâmica intitulada “Roda de Chá”.¹ A dinâmica foi concebida como um dispositivo de diálogo e acolhimento, fundamentado nos princípios da dialogicidade e da problematização, favorecendo a expressão das vivências profissionais e a construção coletiva de sentidos sobre a temática investigada.¹⁻¹²

A dinâmica foi conduzida pelo pesquisador, com apoio de um profissional psicólogo, cuja função foi mediar o encontro e oferecer suporte emocional aos participantes, considerando a sensibilidade do tema abordado. O psicólogo não participou do processo de análise dos dados, atuando exclusivamente como mediador da atividade.¹

O encontro ocorreu em ambiente reservado da instituição, garantindo privacidade e ausência de circulação de pessoas não participantes durante a realização da roda de conversa.¹ Teve duração aproximada de três horas e foi estruturado em três momentos. No primeiro momento, realizou-se a apresentação dos objetivos da pesquisa, das regras de funcionamento do grupo e um diálogo inicial voltado à identificação dos conhecimentos prévios dos participantes sobre a sexualidade e os comportamentos sexualizados de pacientes internados.¹⁻¹²

No segundo momento, desenvolveu-se a roda de conversa propriamente dita, orientada por roteiro de entrevista semiestruturada, contendo questões abertas relacionadas às vivências profissionais, às percepções sobre a atuação diante do comportamento sexualizado, aos sentimentos despertados por essas situações, às hipóteses de motivação atribuídas aos pacientes e às influências desses fatores na prática assistencial.¹ Também foram exploradas sugestões dos participantes para o desenvolvimento de estratégias educativas e institucionais capazes de qualificar o manejo dessas situações.¹

No terceiro momento, os participantes foram convidados a registrar, em dois quadros dispostos no ambiente, notas observacionais relacionadas, respectivamente, aos sentimentos e percepções frente ao manejo do comportamento sexualizado e às ideias e sugestões de soluções, com ênfase em tecnologias educacionais, protocolos ou fluxos institucionais.¹

As falas produzidas durante a roda de conversa foram gravadas em áudio, mediante autorização dos participantes, e posteriormente transcritas na íntegra pelo pesquisador. As anotações registradas nos quadros também foram transcritas e incorporadas ao corpus de análise.¹

A análise dos dados seguiu os processos analíticos descritos para a Pesquisa Convergente Assistencial, compreendendo as etapas de apreensão, síntese, teorização e transferência.^{1,12} Na fase de apreensão, realizou-se a organização e leitura exhaustiva das transcrições e registros, possibilitando a familiarização com o material empírico.

A operacionalização da análise ocorreu por meio da análise temática, conforme proposta por Bardin¹³, permitindo a decomposição do conteúdo em unidades significativas, a codificação sistemática dos dados e a posterior aglutinação por saturação temática. A partir desse processo, foram identificadas Unidades de Registro, organizadas em Unidades de Significação e, posteriormente, em categorias temáticas analíticas.¹

O processo analítico envolveu leituras reiteradas do material empírico, organização manual dos dados e constante retorno aos objetivos do estudo, assegurando coerência

interna entre os achados, as categorias construídas e o referencial teórico adotado. Não foram utilizados softwares de apoio à análise qualitativa. Foi realizada devolutiva das transcrições aos participantes.¹⁻¹³

Para garantia do Rigor metodológico este trabalho foi estruturado de modo a atender aos critérios de transparência e consistência recomendados para pesquisas qualitativas. As diretrizes do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) foram utilizadas como referência para a organização e apresentação do método, assegurando clareza na descrição das etapas do estudo e permitindo a avaliação crítica do rigor metodológico.¹⁴

Quanto aos Aspectos éticos, o estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, sob o CAAE nº 83111924.1.0000.8160. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após serem devidamente informados sobre os objetivos, procedimentos, riscos e garantias éticas da pesquisa.¹⁵

Os dados foram armazenados em mídia externa criptografada, com acesso restrito ao pesquisador e à orientadora, pelo período de cinco anos. Considerando a natureza sensível da temática, foram adotadas medidas para mitigação de riscos emocionais, incluindo a presença de profissional psicólogo durante a dinâmica e a garantia do direito de desistência a qualquer momento. A condução da pesquisa seguiu as diretrizes éticas nacionais para pesquisas envolvendo seres humanos.¹⁵⁻¹⁶

RESULTADOS

Participaram do estudo dez profissionais de saúde (n=10), integrantes de equipes multiprofissionais atuantes em unidades de internação hospitalar. Do total, nove participantes eram do sexo feminino (9/10; 90%) e um do sexo masculino (1/10; 10%).¹ A composição profissional incluiu três enfermeiras (3/10; 30%), duas técnicas de enfermagem (2/10; 20%), duas médicas (2/10; 20%), um fisioterapeuta (1/10; 10%), uma fonoaudióloga (1/10; 10%) e uma psicóloga (1/10; 10%). Todos relataram vivência prévia de situações envolvendo pacientes internados com comportamentos sexualizados.¹

A análise do material empírico resultante da roda de conversa e dos registros escritos nos quadros permitiu a identificação de Unidades de Registro (UR), organizadas por saturação temática em Unidades de Significação (US), culminando na construção de duas categorias temáticas analíticas.¹⁻¹³

Categoria 1 - Percepções e desafios no manejo do comportamento sexualizado

Para atender ao objetivo específico de descrever as percepções das equipes de saúde relacionadas aos comportamentos sexualizados apresentados por pacientes internados em hospital geral, foram identificadas quinze Unidades de Registro, totalizando oitenta e quatro ocorrências (84).¹

As Unidades de Registro mais frequentes foram: falta de preparo (13/84; 15,5%), vergonha (12/84; 14,3%), constrangimento (11/84; 13,1%), entendimento fisiopatológico do comportamento sexual em pacientes neurológicos ou psiquiátricos (9/84; 10,7%) e falta de protocolo ou fluxo institucional (8/84; 9,5%).¹ Outras Unidades de Registro incluíram desrespeito (6/84; 7,1%), abuso ou atitude abusiva (5/84; 6,0%), naturalização do comportamento (4/84; 4,8%), desconforto (3/84; 3,6%), falta de controle (3/84; 3,6%), medo (2/84; 2,4%), mágoa (2/84; 2,4%), insegurança (2/84; 2,4%), estranheza (2/84; 2,4%) e entendimento da motivação fisiológica do comportamento sexual (2/84; 2,4%).¹

Por saturação temática, essas Unidades de Registro foram aglutinadas em quatro Unidades de Significação: entraves culturais conflitantes com o entendimento fisiológico ou fisiopatológico do comportamento sexual; entendimento fisiológico ou fisiopatológico do comportamento sexual; falta de delimitação institucional; e culpabilização do indivíduo.¹⁻¹³

A aglutinação dessas Unidades de Significação deu origem à Categoria 1 - Percepções e desafios no manejo do comportamento sexualizado, que expressa sentimentos, dificuldades e interpretações atribuídas pelos profissionais diante dessas situações no contexto hospitalar.¹

Categoria 2 - Estratégias adotadas pelas equipes e necessidade de delimitador institucional e suporte educativo

Para atender ao objetivo específico de colaborar no aprimoramento do processo de trabalho das equipes de saúde no manejo do comportamento sexualizado, fundamentado na Política de Educação Permanente em Saúde, foram identificadas treze Unidades de Registro, totalizando setenta e seis ocorrências (76).¹

As Unidades de Registro mais frequentes foram: busca de ajuda para não adentrar sozinho no leito (11/76; 14,5%), interesse em tecnologia educacional impressa, como folders ou banners (11/76; 14,5%), necessidade de orientação transcrita em protocolo ou fluxograma institucional (10/76; 13,2%), apoio da psicologia (9/76; 11,8%), educação em saúde com o paciente (9/76; 11,8%) e realização de treinamentos in loco (8/76; 10,5%).¹

Outras Unidades de Registro incluíram evitar confronto direto com o paciente (4/76; 5,3%), construção de rodas de conversa (3/76; 3,9%), apoio do serviço social (3/76; 3,9%), conversa com a família e permissão de presença de acompanhante (3/76; 3,9%), desejo por treinamento em sala de aula (2/76; 2,6%), uso de vídeo educativo para o paciente (2/76; 2,6%) e aguardar o paciente se acalmar para abordagem (1/76; 1,3%).¹

Por saturação temática, essas Unidades de Registro foram organizadas em três Unidades de Significação: apoio interprofissional; suporte de Educação Permanente em Saúde; e abordagem assertiva com padronização do processo assistencial.¹⁻¹³

A aglutinação das Unidades de Significação originou a Categoria 2 - Estratégias adotadas pelas equipes e necessidade de delimitador institucional e suporte educativo, evidenciando propostas e práticas adotadas pelos profissionais para o enfrentamento das situações, bem como a demanda por instrumentos educativos e normativos institucionais.¹

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciam que o manejo de comportamentos sexualizados por pacientes internados em hospital geral permanece como desafio complexo para as equipes de saúde, marcado por fragilidades formativas e ausência de delimitações institucionais claras.¹⁻²⁻³⁻⁴ Tais comportamentos não se apresentam apenas como eventos clínicos isolados,

mas tensionam valores morais, limites profissionais e a organização do trabalho, impactando diretamente a prática assistencial.¹⁻¹⁰

A primeira categoria temática, “Percepções e desafios no manejo do comportamento sexualizado”, evidenciou a predominância de sentimentos como vergonha, constrangimento, insegurança e despreparo entre os profissionais. Esses achados dialogam com estudos nacionais que apontam a sexualidade como dimensão historicamente silenciada nos processos formativos em saúde, especialmente em contextos hospitalares, nos quais o cuidado prioriza aspectos biológicos em detrimento das dimensões subjetivas e relacionais do paciente.⁴⁻⁵ A ausência de protocolos institucionais reforça que a falta de orientações formais contribui para práticas baseadas em julgamentos individuais e estratégias improvisadas.¹⁻²

Sob a perspectiva da teoria das necessidades humanas, proposta por Maslow, o comportamento sexualizado pode ser compreendido como uma expressão de necessidades não atendidas, especialmente aquelas relacionadas à segurança, ao pertencimento e à autoestima, frequentemente fragilizadas durante o processo de hospitalização.⁷ A internação, ao impor restrições ao corpo, à autonomia e às relações sociais, pode desencadear manifestações comportamentais que buscam restabelecer algum nível de reconhecimento ou controle sobre si.⁷ Essa leitura amplia a compreensão do fenômeno para além da interpretação moralizante ou punitiva, frequentemente relatada pelos participantes.⁷

Parte dos profissionais reconheceu o comportamento sexualizado como manifestação associada a condições fisiopatológicas, especialmente em pacientes com alterações neurológicas, psiquiátricas ou submetidos à polifarmácia.⁶⁻¹⁰ Esse entendimento técnico, embora presente, convive com sentimentos de desconforto e julgamento moral, evidenciando lacuna entre conhecimento teórico e preparo prático para o manejo dessas situações no cotidiano assistencial.⁶⁻¹⁰

A ausência de delimitação institucional emerge como elemento central na intensificação dessas dificuldades. Quando não há fluxos, protocolos ou orientações formais, os profissionais ficam expostos a riscos éticos e jurídicos, além de experimentarem insegurança na tomada de decisão.¹⁻¹⁷ Esse cenário contraria os princípios da humanização do cuidado, que preconizam a integralidade, o respeito à dignidade humana e a valorização das relações no processo de cuidar.¹⁷ A inexistência de dispositivos institucionais claros também fragiliza a proteção do próprio paciente, que pode ser rotulado ou responsabilizado por comportamentos que exigem avaliação clínica e contextual mais aprofundada.⁸⁻¹⁷

A segunda categoria temática, “Estratégias adotadas pelas equipes e necessidade de delimitador institucional e suporte educativo”, evidencia que, diante dessas lacunas, os profissionais constroem estratégias predominantemente baseadas no apoio interprofissional e na prudência relacional.¹ A busca por suporte da psicologia e do serviço social, bem como a preocupação em evitar abordagens solitárias ou confrontos diretos, demonstra uma tentativa de reduzir riscos e compartilhar responsabilidades em situações percebidas como complexas e potencialmente conflituosas. Esses achados dialogam com a concepção de trabalho em saúde como prática coletiva, defendida por Campos, na qual o cuidado se constrói a partir da cogestão e da articulação entre diferentes saberes.¹⁸

Entretanto, a análise revela que tais estratégias ainda ocorrem de forma pouco sistematizada, dependendo fortemente da iniciativa individual dos profissionais e da cultura local do serviço.¹ A demanda expressiva por treinamentos, rodas de conversa, materiais educativos e protocolos institucionais sinaliza o reconhecimento, pelas próprias equipes, da Educação Permanente em Saúde como eixo estruturante para a qualificação do cuidado.¹¹ A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde¹ sustenta que os processos formativos devem emergir das situações reais do trabalho, transformando problemas cotidianos em objetos de reflexão e aprendizagem coletiva, exatamente como evidenciado nos resultados deste estudo.⁹

Nesse sentido, a Pesquisa Convergente Assistencial mostrou-se particularmente adequada ao permitir que as propostas de intervenção surgissem do próprio coletivo de trabalhadores, articulando investigação, prática e educação de forma simultânea.¹² A construção do Procedimento Sistematizado instrucional, produto educacional desta pesquisa, representa uma resposta concreta às demandas identificadas na roda de conversa, configurando-se como ferramenta potencial para orientar condutas, reduzir inseguranças e fortalecer a atuação ética e interprofissional das equipes.¹⁻¹²

Por fim, esta discussão evidencia que o manejo do comportamento sexualizado de pacientes internados exige uma abordagem ampliada, que reconheça a sexualidade como dimensão legítima do cuidado, supere leituras moralizantes e invista na construção coletiva de saberes e práticas. Ao articular os achados empíricos com referenciais teóricos e políticas públicas, o estudo contribui para o avanço do debate sobre a temática e oferece subsídios para a qualificação das práticas assistenciais em hospitais gerais.¹⁻²

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou compreender que o manejo de comportamentos sexualizados apresentados por pacientes internados em um hospital geral constitui um fenômeno complexo, que extrapola respostas exclusivamente clínicas ou disciplinares e exige uma abordagem ampliada, sensível às dimensões éticas, subjetivas, institucionais e educativas do cuidado em saúde.¹⁻⁷⁻¹⁷ Os achados evidenciaram que, embora os profissionais reconheçam a multifatorialidade desses comportamentos, ainda predominam sentimento de insegurança, constrangimento e despreparo, fortemente associados à ausência de delimitações institucionais claras e de processos formativos sistemáticos sobre a temática.¹⁻²⁻³

A análise das percepções das equipes revelou que a sexualidade permanece como um campo pouco abordado nos serviços de saúde, frequentemente atravessado por entraves culturais, julgamentos morais e lacunas na formação profissional.⁴⁻⁵ Nesse contexto, o comportamento sexualizado tende a ser interpretado de forma ambígua, ora como manifestação patológica, ora como atitude voluntária e abusiva, o que fragiliza a tomada de

decisão clínica.¹⁻² Esses achados reforçam a necessidade de reconhecer a sexualidade como dimensão legítima da experiência humana e do cuidado, especialmente em situações de vulnerabilidade intensificadas pelo processo de hospitalização.⁷⁻¹⁷

As estratégias adotadas pelas equipes, embora pautadas na prudência e no apoio interprofissional, mostraram-se fragmentadas e dependentes de iniciativas individuais, evidenciando a fragilidade de um cuidado sustentado apenas por saberes empíricos e experiências isoladas.¹ A demanda explícita por treinamentos, materiais orientadores, rodas de conversa e protocolos institucionais reafirma a centralidade da Educação Permanente em Saúde como eixo estruturante para a qualificação das práticas assistenciais, ao permitir que os problemas do cotidiano sejam transformados em objetos de reflexão, aprendizagem e reorganização do trabalho.⁹⁻¹¹

Como desdobramento desta pesquisa, foi desenvolvido um Procedimento Sistematizado (PRS), concebido como um protocolo clínico-assistencial ampliado, de natureza educativa e interprofissional, voltado ao manejo de comportamentos sexualizados apresentados por pacientes internados.¹⁻¹⁹ O PRS organiza orientações que abrangem desde a avaliação inicial da situação e o acolhimento, passando por condutas de manejo fundamentadas no “saber lidar”, até direcionamentos para ações educativas e de apoio às equipes no próprio cenário de prática.¹⁻¹¹⁻¹⁹ Trata-se de um instrumento orientador, construído a partir das demandas empíricas dos profissionais, que visa oferecer respaldo técnico, ético e pedagógico à tomada de decisão, promovendo maior segurança assistencial sem assumir caráter punitivo ou exclusivamente normativo.¹⁻¹⁹

Entre as limitações do estudo, destaca-se sua realização em um único cenário institucional, o que pode restringir a transferência direta dos achados para outros contextos.¹² Contudo, a abordagem qualitativa e o uso da Pesquisa Convergente Assistencial possibilitaram uma compreensão aprofundada do fenômeno e a construção de uma proposta interventiva ancorada na realidade concreta do trabalho em saúde.¹² Recomenda-se que estudos futuros explorem a aplicação do PRS em outros serviços, bem como avaliem seus

desdobramentos no processo de trabalho das equipes, contribuindo para o fortalecimento de práticas assistenciais éticas, humanizadas e alinhadas às políticas públicas de saúde.¹⁹

REFERÊNCIAS

1. Bandeira Rms. Manejo de comportamentos sexuais em pacientes em um hospital geral: inovação tecnológica para o ensino na saúde [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2025.
2. Bandeira Rms, Souza Ro, Messias Cm, Santana Rf, Fonseca Av, Pereira Fvg. O que se tem feito quando o paciente internado apresenta comportamento sexual: uma revisão de escopo. Contrib Cienc Sociais. [Internet]. 2025 [acesso em 16 de junho 2025];18(3). Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.18n.3-019>.
3. Smith L, Jones M. Healthcare professionals' experiences with patients' sexual behaviors: a systematic review. Int J Nurs Stud. [Internet]. 2022 [acesso em 16 de junho 2025];118:103789. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.973100>.
4. Cesnik Vm, Zerbini T. Ações educacionais em sexualidade para profissionais de saúde: uma revisão de literatura. Estud Psicol (Campinas). [Internet]. 2017 [acesso em 16 de junho 2025];34:e2017008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02752017000100016>.
5. Fonseca Mifc. Sexualidade das pessoas idosas institucionalizadas com demência [tese]. Ribeirão Preto: Universidade da Beira Interior; 2020. Disponível em: <https://ubibliorum.ubi.pt/entities/publication/3163a69e-8c0b-4b20-8d0e-b39761ec074b>.
6. Yurk Tc, Mantovani Dcl, Takemura Am, Broch Lr, Morais Vs, Madureira Emp, et al. Perfil epidemiológico de pacientes com delirium na UTI geral de um hospital no oeste do Paraná. Rev Thema Sci. [Internet]. 2023 [acesso em 16 de junho 2025];13(1E). Disponível em: <https://themaetscientia.fag.edu.br/index.php/RTES/article/view/1800/1625>.
7. Maslow Ah. A theory of human motivation. Psychol Rev. [Internet]. 1943 [cited 2025 jun 20];50(4). Available from: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0054346>.
8. Foucault M. História da sexualidade. Vol. 1, A vontade de saber. Rio de Janeiro: Paz & Terra; 2014.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS; 2004 [acesso em 14 de junho 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf.
10. Burtz M, Costa J, Bascou A, Moncany Ah. Ressentis des professionnels de santé sur la sexualité des patients hospitalisés en psychiatrie: une étude qualitative. *Ann Med Psychol*. [Internet]. 2025 [cited 2025 jun 16];183. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.amp.2023.06.001>.
11. Bandeira Rms, Messias Cm, Silva Aps, Pacheco Mvp, Lins Cm, Filho Pep, et al. Contribuição e aperfeiçoamento da gestão de educação continuada e permanente em saúde em um hospital público no município de Maricá - RJ como subproduto de um mestrado profissional em ensino na saúde. *Cuad Educ Desarro*. [Internet]. 2025 [acesso em 16 de junho 2025];17(5). Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv17n5-001>.
12. Paim L, Trentini M, Silva Dmgv. Pesquisa convergente assistencial. 4. ed. Porto Alegre: Moriá; 2023.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
14. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. [Internet]. 2007 [cited 2025 jun 20];19(6). Available from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
15. Universidade Federal Fluminense. Comitê de Ética e Pesquisa. Parecer Consubstanciado do CEP nº 7.563.918 (CAAE: 83111924.1.0000.8160). Niterói: UFF; 2025.
16. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 738 de 2024, que regula as pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS; 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2024/resolucao-no-738.pdf>.

17. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização - PNH. Brasília: MS; 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.
18. Campos Gws. Práticas educativas e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
19. Bandeira Rms. Instrucional para o manejo do comportamento sexualizado de pacientes internados. Brasília: EduCapes; 2025 [acesso em 16 de junho 2025]. Disponível em: <http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/1000828>.