

# DIVERSIDADE DE GÊNERO NO ATENDIMENTO FISIOTERÁPICO EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA: UM TABU A SER QUEBRADO

Davi Santana Sousa<sup>1</sup>

Licia Santos Santana<sup>2</sup>

Fisioterapia



**cadernos de  
graduação**

ciências biológicas e da saúde

ISSN IMPRESSO 1980-1769

ISSN ELETRÔNICO 2316-3151

## RESUMO

A ginecologia e a obstetrícia são especialidades que exigem do fisioterapeuta uma mistura de atributos especialmente amadurecida que, quando preciso, permita à paciente revelar a confiança alguns detalhes mais íntimos e pessoais de sua vida. Essa proposta de tratamento fisioterapêutico traz consigo algumas indagações pertinentes: Fisioterapeuta do sexo masculino ou feminino para o atendimento em ginecologia e obstetrícia? Ainda: Ao se formar, eu, fisioterapeuta do sexo masculino, escolheria tal especialização? Tais indagações embasam este estudo que teve como objetivo analisar o quantitativo de mulheres que são atendidas ou preferem ser atendidas por fisioterapeutas do sexo masculino especialistas em ginecologia e obstetrícia, bem como quantificar o número de atendimentos nesse formato que já foi executado, observar a atitude das mulheres perante situações como essas (em que o homem é o ginecologista e as mulheres são pacientes), desconstruir a ideia que somente mulheres podem se especializar e prestar atendimento em Fisioterapia em Saúde da Mulher, quebrando esse tabu e trazendo consigo a ideia de diversidade de gênero no atendimento de fisioterapia em ginecologia e obstetrícia. Por conseguinte, fazer uma comparativa entre objetivos, resultados e literatura.

## PALAVRAS-CHAVE

Fisioterapia. Ginecologia. Obstetrícia. Diversidade. Atendimento.

## ABSTRACT

Gynecology and obstetrics are specialties that require from the physiotherapist a specially matured mix of attributes that, when needed, allows the patient to reveal confidence in some more intimate and personal details of her life. This proposal for physiotherapeutic treatment brings with it some pertinent questions: "Male or female physiotherapist for gynecology and obstetrics care?" And "When graduating, would I, male physiotherapist, choose such specialization?". These questions support this study that aimed to analyze the number of women who are assisted or prefer to be assisted by male physiotherapists specializing in gynecology and obstetrics, as well as to quantify the number of consultations in this format that has already been performed, to observe the attitude of the women. women in situations like these (where the man is the gynecologist and the women are patients), to deconstruct the idea that only women can specialize and provide care in Women's Health Physiotherapy, breaking this taboo and bringing with it the idea of diversity of gender in physiotherapy care in gynecology and obstetrics. Therefore, make a comparison between objectives, results and literature.

## KEYWORDS

Physiotherapy. Gynecology. Obstetrics. Diversity. Attendance.

## 1 INTRODUÇÃO

A fisioterapia enquanto profissão que foi alcançada por meio da construção de um espaço ao longo dos acontecimentos históricos que ressaltaram a sua importância e prestígio social, de acordo com o Crefito 7, visa com suas atribuições um atendimento voltado à elaboração do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais (Diagnóstico Cinesiológico Funcional), a prescrição das condutas fisioterapêuticas, a sua ordenação e indução no paciente bem como, ao acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e às condições para alta do serviço (Decreto-Lei 938/69, Lei 6.316/75).

Assim, o profissional da fisioterapia hoje, diferente de décadas atrás, atua em todos os níveis de complexidade na atenção à saúde. Possui diagnóstico próprio, cinético funcional e é responsável por prescrever, planejar, acompanhar e interromper quando necessário os atendimentos fisioterapêuticos. Tornando-se um profissional indispensável na promoção, prevenção e tratamento dos distúrbios do movimento humano, podendo ser distribuída em áreas no esporte, na oncologia, cardiovascular, dermatofuncional, gerontologia, do trabalho, respiratória, entre outras, inclusive na saúde da mulher, o que compõe tanto a obstetrícia, quanto a ginecologia (ABREU *et al.*, 2008).

Para Polden & Mantle (1997), a ginecologia é uma área que estuda e trata das doenças típicas da mulher. É uma especialidade que exige do fisioterapeuta uma mistura de atributos especialmente amadurecida que, quando preciso, permita à paciente revelar com confiança alguns detalhes mais íntimos e pessoais de sua vida. Além de um

bom conhecimento teórico e muita competência clínica, o fisioterapeuta deve sempre conceder tempo para ouvir, ser facilmente abordável, imperturbável e não ser crítico.

Ainda, segundo Polden (2000), nós, fisioterapeutas, podemos auxiliar a mulher a adaptar-se às mudanças corporais do início ao final de sua gravidez, de maneira que seu estresse e seus desconfortos físicos sejam minimizados. Por meio de uma avaliação detalhada e uma programação terapêutica eficiente tenta-se prevenir e tratar quaisquer disfunções musculoesqueléticas, orientar a respiração e os posicionamentos adequados, preparando-a para um parto ativo e consciente.

Diversos aspectos tornam o corpo feminino, fundamentalmente distinto do masculino. Além das diferenças estruturais (especialmente no sistema osteomuscular) há diferenças fundamentais na fisiologia ou funcionamento do corpo feminino (especialmente quanto a parte hormonal). Outras singularidades são a gestação e o parto, exigências que a natureza tornou exclusivas das mulheres.

Destes fatos surgiu a medicina uroginecológica e hoje, numa abordagem mais ampla, as Ciências da Saúde da Mulher. Sendo a fisioterapia um dos braços terapêuticos mais importantes no tratamento conservador, a necessidade de uma abordagem neste sentido para esta nova ciência fez surgir a Fisioterapia na Saúde da Mulher (LATORRE, 2010).

Inicialmente a chamada "fisioterapia uroginecológica" estuda o tratamento fisioterapêutico das disfunções dos sistemas genital e urinário da mulher. De maneira mais moderna e ampla, a Fisioterapia na Saúde da Mulher, englobando a fisioterapia uroginecológica, veio somar um contingente ainda maior de métodos e técnicas voltados não só a parte urogenital, mas ao corpo feminino como um todo.

Hoje mulheres com problemas de constipação, retenção urinária, incontinência urinária, incontinência anal, prolápsos genitais (popularmente chamado de "bexiga caída") além dos mais diversos tipos de disfunção sexual, podem recorrer à fisioterapia para o alívio e, por vezes, a solução total destes inconvenientes (ABRAMS, 2003).

Há de se registrar ainda que a revolução sexual tornou a busca pelo desempenho sexual uma constante para as mulheres dos dias atuais. Práticas milenares como o pompoarismo (a ginástica indiana para a musculatura vaginal) têm hoje o amparo da fisioterapia uroginecológica, numa roupagem mais didática e adaptada às exigências da mulher moderna (LATORRE, 2010).

Mais do que um simples tratamento conservador, os recursos da Fisioterapia na Saúde da Mulher servem como aliado feminino não só no combate de incontinências ou de disfunções sexuais, mas na prevenção de toda uma infinidade de problemas de foro íntimo, na preparação para a gestação e o parto humanizados, na garantia do envelhecimento saudável, além de viabilizarem o incremento do desempenho sexual, o que, mesmo nas épocas de supressão, já era tido como sinônimo de satisfação e gratificação pessoal (LATORRE, 2010).

Não obstante, sabe-se que há um grande tabu quando relacionamos em quaisquer dos níveis, o atendimento em ginecologia quando se refere aos homens enquanto profissionais, ademais, não seria diferente na fisioterapia. Isso acontece devido à baixa procura e ao preconceito estabelecido pela sociedade ao associar-se a ginecologia com profissionais do sexo masculino (SILVA, 2014).

Este trabalho teve como objetivo analisar o quantitativo de mulheres que são atendidas ou preferem ser atendidas por fisioterapeutas do sexo masculino especialistas em ginecologia e obstetrícia, bem como quantificar o número de atendimentos nesse formato que já foi executado, observar a atitude das mulheres perante situações como essas (em que o homem é o ginecologista e as mulheres são pacientes), desconstruir a ideia que somente mulheres podem se especializar e prestar atendimento em Fisioterapia em Saúde da Mulher; quebrar esse tabu criado pela sociedade que há mais confiança em mulheres ginecologistas que em homens ginecologistas; construir a ideia de diversidade de gênero no atendimento de fisioterapia em ginecologia e obstetrícia.

## 2 DESENVOLVIMENTO

É sabido que no Brasil há em quantidade, mais mulheres do que homens. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no último censo, realizado em 2010, a população brasileira tem em sua composição, 51,5% de mulheres e 48,5% de homens e 68,5% dessa população tem entre 15 e 65 anos, idade na qual há maior procura por atendimento ginecológico em todos os níveis de atenção à saúde. Sabe-se também que as mulheres vêm conquistando espaços políticos, culturais, artísticos, laborais etc., e, não obstante que a taxa de mortalidade de mulheres é menor que a de homens.

O IBGE (2017) aponta também que o registro de mortes entre jovens do sexo masculino é até quatro vezes maior do que o verificado entre jovens do sexo feminino. Segundo tal levantamento, na faixa etária de 20 a 24 anos, 80,8% das mortes são masculinas (420 para cada 100 femininas). Proporções elevadas também são verificadas nos grupos de 15 a 19 anos e de 25 a 29 anos, com 350 e 348 mortes masculinas para cada 100 femininas, respectivamente. Ao todo, o IBGE (2017) registrou, entre julho de 2009 e agosto de 2010, 1.034.418 mortes, das quais 57,2% são de homens.

Essas e outras vertentes abrem espaço para uma atenção voltada para a Saúde da Mulher. Uma atenção que vai além de um atendimento primário especializado em atendimento médico, para um atendimento multidisciplinar, destarte, vê-se a tamanha importância do fisioterapeuta, como estudante, preventor, diagnosticador, recuperador e promotor de saúde para pacientes com distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em todos os órgãos e sistemas corporais (BIM, 2002).

A gravidez impõe algumas alterações fisiológicas que ocorrem em todos os sistemas do corpo da gestante. Estas alterações decorrem, principalmente, de fatores hormonais e mecânicos, podendo gerar vários sintomas e desconfortos durante a gestação, porém não pode ser considerada uma condição patológica. A atuação fisioterapêutica é de grande importância no período pré-natal, onde se busca fortalecer e alongar a musculatura do assoalho pélvico, evitando, assim, maiores complicações no momento do parto. Durante o primeiro trimestre gestacional a fisioterapia tem como objetivos acolher a gestante, promover relaxamento e sensibilidade da respiração, massagem nas mamas e aréola, além de exercícios para a formação e protrusão do mamilo (SOARES, 2008).

No segundo trimestre trabalha-se de forma dinâmica a flexibilidade corporal, adequação da postura e estimulação mãe-filho. Durante o terceiro trimestre gestacional começa o preparo para o parto com técnicas de analgesia e treino da respiração.

O fisioterapeuta contribui para proporcionar uma gestação saudável, conscientizando as gestantes da importância da prática da atividade física, além de ensiná-las técnicas que auxiliam o autocontrole durante o trabalho de parto, onde ocorrem mudanças na posição anatômica da pelve, na forma da musculatura, nas vísceras e no assoalho pélvico.

A abertura do assoalho pélvico para a passagem da cabeça fetal é pequena e, conseqüentemente, a cabeça empurra o assoalho pélvico para baixo até que tenha dilatação para passar por ela. Todas essas alterações podem ser minimizadas por meio da assistência fisioterapêutica (SOARES, 2008).

A fisioterapia uroginecológica é uma especialidade da fisioterapia que trabalha com a prevenção e reabilitação de disfunções relacionadas ao assoalho pélvico. Os músculos dessa região desempenham diversas funções no nosso organismo como controlar a urina e as fezes, sustentar os órgãos pélvicos como a bexiga, útero, reto, além de contribuir para uma atividade sexual prazerosa. Essa região pode sofrer um enfraquecimento muscular com o passar do tempo, causando uma série de problemas e desconfortos que podem ser tratados com a fisioterapia uroginecológica (SOUZA, 2002).

Com o envelhecimento, condições como a gestação ou situações patológicas específicas, o corpo sofre alterações metabólicas e muitas pessoas podem apresentar problemas relacionados ao enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico. São exemplos de patologias e disfunções tratadas por essa especialidade da fisioterapia, prolapsos genitais que é a descida dos órgãos pélvicos, como a bexiga, o útero e o reto em consequência do enfraquecimento da musculatura.

Ainda, queda no desempenho sexual, com o enfraquecimento do assoalho pélvico, a pressão intravaginal é reduzida, dificultando a relação sexual tanto para o homem quanto para a mulher; disfunções sexuais, as mais frequentes nas mulheres são o vaginismo (contração involuntária dos músculos impossibilitando a penetração), anorgasmia (dificuldade ou incapacidade de atingir o orgasmo) e a dispareunia (dor durante o ato sexual) (BORGES; COIMBRA, 2010).

Já os homens têm como transtornos sexual mais comuns a disfunção erétil e ejaculação precoce; dor pélvica ocasionada por dismenorreia ou endometriose; incontinência urinária ou fecal; constipação intestinal; preparação para o parto e na recuperação pós-parto. Todas essas condições podem ser tratadas com a fisioterapia uroginecológica por meio de aparelhos de alta tecnologia e exercícios que visam o fortalecimento dos músculos pélvicos.

O princípio do tratamento é normalizar o tônus muscular, conferindo a força adequada para o restabelecimento das funções do assoalho pélvico. Usando os recursos fisioterapêuticos baseados nas bases cinesioterapêuticas, eletrotermofototerapia e recursos terapêuticos manuais. Além de ser empregada no tratamento de doenças relacionadas à região pélvica, a fisioterapia uroginecológica também pode ser aplicada de forma preventiva. Como qualquer músculo, essa área deve ser fortalecida, caso contrário estará sujeita a flacidez como em qualquer outra região do corpo (ARAUJO, 2015).

Praticar os exercícios em casa deve ser um hábito. No entanto, sempre consulte um profissional que possa te ensinar os movimentos corretamente. Afinal, esses desconfortos urogenitais comprometem a qualidade de vida das pessoas, causando sentimentos como vergonha, ansiedade, frustração, depressão e medo que podem levar seus portadores a um progressivo isolamento social. Além de proteger a área pélvica de doenças urogenitais e do cólon, a fisioterapia uroginecológica proporciona bem-estar com o corpo, melhora o desempenho sexual, facilitando a ereção do pênis e a lubrificação da vagina e melhora a qualidade de vida geral (BERGHMANS, 2000).

Em 1969, o decreto-lei nº 938 definiu que fisioterapeutas diplomados por escolas e cursos reconhecidos eram profissionais com nível superior. "Art. 2º. O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional, diplomados por escolas e cursos reconhecidos, são profissionais de nível superior". Em 1980, teve início o curso de graduação em fisioterapia com quatro anos de duração realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FAMUSP) e em 29 de fevereiro de 1983, com a Lei 5340, o Ministério da Educação e Cultura fixou o currículo mínimo e a duração dos cursos de fisioterapia (CALVALCANTE, 2011).

Ao longo de sua história, a profissão foi influenciada pelos contextos políticos e socioeconômicos. No momento histórico em que o país adotou o modelo de produção capitalista, houve a necessidade de reinserção no mercado de trabalho dos trabalhadores acidentados e lesionados. Assim a fisioterapia era uma ferramenta para manutenção da mão de obra trabalhista por meio da reabilitação, num contexto em que a saúde era compreendida apenas como instrumento de sustentação econômica (BISPO JÚNIOR, 2009).

Segundo a Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO), para a formação em fisioterapia, os saberes para o cuidado, desenvolvimento das habilidades e competências precisam estar relacionados com o processo saúde-doença individual e coletivo. Destacam-se quatro grandes áreas na formação em fisioterapia: ciências biológicas e da saúde; ciências sociais, políticas e humanas; conhecimentos biotecnológicos; conhecimentos fisioterapêuticos: fundamentos de fisioterapia, assistência em fisioterapia, gestão em fisioterapia e ensino em fisioterapia (ROCHA *et al.*, 2010).

Assim, o profissional da fisioterapia é habilitado a estar em todos os níveis de atenção da saúde, atuando na saúde da mulher, do homem, da criança, do adolescente e idoso, nas áreas da pediatria, geriatria, urologia, ginecologia, obstetrícia, neurologia, traumatologia, ortopedia, reumatologia, saúde do trabalhador e coletiva, prevenindo, promovendo e tratando o movimento humano. Além de atuar na gestão de serviços de saúde, na docência do ensino superior e secundário, pesquisa e extensão (BRASIL, 1969; ROCHA *et al.*, 2010).

Dessa forma, a fisioterapia enquanto profissão da saúde com importância e função social, atuante em todos os níveis de atenção, se enquadra na necessidade de profissionais diferenciados e capazes de atender as demandas trazidas pela diversidade sexual na saúde. Para Bispo Júnior (2009), não basta que o SUS, como mediador coletivo, proporcione a aproximação entre a fisioterapia e as necessidades da população; a fisioterapia deve adequar-se e preparar-se para atuar de acordo com a nova

lógica de organização dos modelos de atenção e o atual perfil epidemiológico da população (ROCON, 2012).

Por conseguinte, nota-se que a baixa busca por fisioterapeutas do sexo masculino em se especializarem em Fisioterapia na Saúde da Mulher se dá pelo preconceito movido pela própria sociedade e principalmente pela sociedade feminina que em sua maioria se omite perante uma consulta ginecológica só pelo fato de o profissional ser do sexo masculino, o que entra em contra partida com a citação da filósofa francesa, Simone de Beauvoir (1972, apud Kergoat, 1996, p. 26) ) que diz

[...] não acredito que existam qualidades, valores, modo de vida especificamente femininos: seria admitir a existência de uma natureza feminina, quer dizer, aderir a um mito inventado pelos homens para prender as mulheres na sua condição de oprimidas. Não se trata de se afirmar como mulher, mas de tornarem-se seres humanos na sua integridade. O opressor não seria tão forte se não tivesse cúmplices entre os próprios oprimidos.

E, tendo em vista essa afirmação na qual se mostra que há atribuições mais masculinas e outras mais femininas que se difunde à ideia de que mulheres devem ir a ginecologistas do sexo feminino, defendendo a tese de apropriação, sendo que não há compreensão melhor para discussão de tais fatos que a adquirida pelo estudo e busca pelo profissionalismo paramédico (BANDEIRA, 2014).

Sem dúvida, há um peso social indispensável na construção de ideias, como a de exclusivismo machista ou ações hostis por parte do público feminino, por parte da saúde da mulher e seus adeptos masculinos. Todavia, foram os movimentos sociais, que promoveram e promovem uma atuação múltipla e fundamental em relação ao combate à violência de gênero: por um lado, visibilizou a violência da qual as mulheres eram as “vítimas preferenciais”. Ao mesmo tempo, retirou-o da esfera da vida privada e familiar, legitimando-o como problema político e de saúde pública, envolvendo os direitos humanos das mulheres (BANDEIRA, 2014).

Por outro lado, o questionamento presente no movimento feminista era o ordenamento patriarcal ainda estruturador da ordem familiar e normatizador da sexualidade e dos corpos. Voltou-se contra o controle mantido pela ordem patriarcal sobre as relações íntimas, evidenciando aí não apenas as desigualdades de poder, mas a ameaça que ela significava a integridade física, moral e psicológica das mulheres (BANDEIRA, 2014).

Devido a tais atos sociais, a partir de 1984, com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado pelo Ministério da Saúde, foi a primeira vez que se teve uma ação voltada exclusivamente para as mulheres na saúde pública. Contudo, as questões de gênero nesse campo equivalem à especificidade da ginecologia e obstetrícia. O conservadorismo com que a saúde da mulher vem sendo abordada está em consonância com as representações sociais patriarcais, já que novas práticas e desdobramentos políticos, desvinculados dos determinismos biológicos,

aí pouco avançam, na medida em que são atrelados a esfera da reprodução social (BANDEIRA; ALMEIDA, 2008).

Sua implantação, no que diz respeito à violência, só se efetivou por volta de 1996. Isso se deveu ao fato de a área técnica da Saúde da Mulher – com a participação do movimento feminista, das organizações de mulheres e de especialistas – ter redefinido diretrizes estratégicas para orientar suas ações para mulheres em situação de violência.

Os Programas de Atenção à Violência (PAV) fazem parte desse conjunto de serviços de saúde pública e são uma das principais portas de entrada no sistema de saúde, para o atendimento de casos de violência, em especial aqueles ocorridos no âmbito doméstico e intrafamiliar. A formação das equipes e sua manutenção têm sido um dos grandes desafios. Para Silveira (2006), a principal barreira nessa questão é o despreparo de profissionais para lidar com as usuárias, mas também o impacto subjetivo nelas provocado pelo trabalho com o cotidiano da violência.

Por exemplo, a violência sexual no âmbito do casamento e os atos violentos contra a integridade sexual das mulheres, como o aborto forçado, o impedimento do uso de contraceptivos ou da camisinha, nem sempre são assim qualificados pelo olhar da saúde. Esses sinais são importantes, na medida em que são considerados hoje como atos violentos e, por isto, o/a profissional de saúde deve estar atento/a e notificar as autoridades policiais (BANDEIRA, 2014).

Em 24 de novembro de 2003, o presidente da República estabeleceu, por meio da Lei nº 10.778, a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher que fosse atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Recentemente, em 26 de janeiro de 2011, foi publicada a Portaria nº 104, do Ministério da Saúde, que estabelece a nova Lista de Notificação Compulsória, incluindo os casos de estupro e agressão física contra as mulheres. Contudo, tanto nas instituições de saúde como nas policiais, com destaque para as Deam, o atendimento ainda é realizado a partir de uma ideologia de gênero patriarcal.

Isso precisa ser mudado, uma vez que é possível romper com tal fenômeno com a atuação eficaz e consciente de profissionais da saúde e estes precisam incorporar às suas ações o conceito de Saúde da Mulher, assegurando ações promovidas em aspectos biopsicossociais, estabelecendo metas e inserindo em suas propostas o profissional fisioterapeuta, objetivando restabelecer a integridade e corrigir malefícios que possam ter sido causados pela violência (LIMA *et al.*, 2014).

A participação do profissional de saúde na Rede de Enfrentamento a Violência contra as Mulheres se dará de forma quantitativa, por meio da notificação compulsória que gerará agenda de políticas públicas para as mulheres em situação de violência, conforme previsto na Lei 10.778/2003 3; e qualitativa exigindo capacitação de profissionais na realização do aborto legal, conforme Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravantes Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes elaboradas pelo Ministério Público; solicitando que os locais que atuem estejam de acordo com as Normas Técnicas de Padronização; participando das Conferências Municipais, Estaduais e Federais; promovendo ações educativas sobre o tema dentro da comunidade, garantindo a prevenção e o combate da violência doméstica e familiar (GARBIN, 2015).

A violência física e sexual por sua alta complexidade e alto grau de lesividade, tanto para a vítima quanto para a sociedade, demanda a interação multidisciplinar e interdisciplinar para o atendimento qualificado. Esta interação se deu a partir da mudança no conceito e atuação dos profissionais de saúde no processo saúde-doença, deixando de somente reabilitador e curativo para promotor e preventivo, ou seja, os profissionais de saúde reúnem seus saberes para buscar realizar os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), universalidade, integralidade e equidade, inicializada pela Constituição Federal Brasileira de 1988 (SILVA; ROS, 2007).

O fisioterapeuta pode atuar, elaborando laudos periciais das disfunções cinéticas funcionais junto à perícia, para solicitação dos benefícios previdenciários da mulher vítima de violência física e sexual, pois ainda hoje as lesões são classificadas por meio da Classificação Internacional de Doenças (CID) e não pela Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), e o benefício denominado pelo Instituto Nacional de Serviço Social (INSS) como "auxílio doença". Os/As profissionais de saúde são cada vez mais requisitados/as para fundamentar as decisões jurídicas (SAMPAIO, 2005).

Os fisioterapeutas têm obtido destaque essencial com pareceres trabalhistas, por meio de avaliação como: prova de função muscular, avaliação arco de movimento, funções pulmonares, funções cardiovasculares, funções neurológicas, avaliação postural, análise funcional do movimento humano e interpretação de exames clínicos; analisar os locais de trabalho (ergonomia e acessibilidade); mensurar, quantificar e estabelecer a capacidade cinesiológica funcional das atividades de vida diárias e atividades laborais do (a) periciado (a) (ALMEIDA, 2012).

Como dito outrora, o fisioterapeuta pode, também, auxiliar as vítimas de violência física e sexual como profissional habilitado (a) a atuar na Saúde Coletiva e na Saúde da Mulher, pois além do conhecimento adquirido no Bacharelado, existem essas Especializações que o/a capacita tanto para a identificação da violência como para o tratamento as sequelas resultantes das agressões (RODRIGUES, 2014).

O Fisioterapeuta possui uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos, e culturais do indivíduo e da coletividade (Cartilha de Apresentação da Atuação do Fisioterapeuta no Sistema Único de Saúde, 2005, p. 9). Vendo que vivemos em um tempo de contradições, entre o desenvolvimento notável da técnica e uma profunda crise ética.

Essa crise é facilmente demonstrável pela competição (não cooperação) e pela quantidade (não qualidade) que têm sido a regra nos meios de produção intelectual (FERRARA, 2003). Para muitos, ter valor científico é considerar essencialmente a precisão, o teste e a comprovação. Sem dúvida, essa visão fragmentável e controlável deu certo em muitos campos da ciência; porém, explicar fatos humanos é totalmente ineficaz, uma vez que estes contam com uma forte interação de variáveis (BLOIS, 2001), tais como as emoções, as percepções singulares, estilo de vida etc.

Ser fisioterapeuta, portanto, num contexto de complexidade crescente, não é somente dominar técnicas para melhorar patologias, é, sobretudo, contribuir com soluções para os problemas sociais, de uma forma que configure sua identidade na

sociedade. O fisioterapeuta deve lembrar que seu paciente não possui somente um determinado distúrbio, mas sim um fenômeno complexo, com múltiplos níveis, inclusive não patológicos, e, como fenômeno, o evento deve ser tratado em toda a sua extensão, de forma humana.

Bem como, desenvolver sensibilidade suficiente para atuar em áreas que vão desde o mais confortável assunto, ao mais vulnerável dos assuntos, assim como dito anteriormente em citação direta de Polden & Mantle (1997), a ginecologia e a obstetrícia exigem do fisioterapeuta atributos amadurecida que, quando preciso, permita à paciente revelar a confiança alguns detalhes mais íntimos e pessoais de sua vida.

Com base nesse fundamento teórico, buscamos elaborar um questionário para mensurar as opiniões preconceituosas aderidas pelos próprios estudantes da saúde. Para esta pesquisa, buscamos estudantes de fisioterapia com uma média de idade de 19 a 25 anos, do segundo ao oitavo período do colegiado da Universidade Tiradentes em Aracaju, Sergipe. Foram 91 mulheres entrevistadas, delas, 3,3% cursavam o segundo período, 20,9% cursavam o terceiro período, 27,5% cursavam o quarto período, 34% cursavam o quinto período, 6,6% cursavam o sexto período, 2,2% cursavam o sétimo, 2,2% também cursavam o oitavo período e 3,3% não marcaram o período que cursavam.

No questionário de pesquisa havia os seguintes questionamentos: 1. Você já foi a algum atendimento ginecológico? 2. O ginecologista era do gênero (sexo) masculino ou feminino? 3. Você prefere ginecologista do gênero (sexo) masculino ou feminino? 4. Caso você vá a uma clínica e lá só tinha ginecologista do gênero (sexo) masculino, você procura outra, ou vai para o atendimento com ele mesmo? 5. Você já fez fisioterapia ginecológica? 6. Caso responda sim, o fisioterapeuta era do gênero (sexo) masculino ou feminino? 7. Você iria a um atendimento fisioterapêutico com um fisioterapeuta do gênero (sexo) masculino? 8. Em um breve comentário, cite porque você prefere atendimento somente com ginecologista ou fisioterapeuta ginecológico do gênero (sexo) feminino.

Como resultados, observamos que 79,1% das mulheres entrevistadas já haviam ido ao ginecologista e somente 20,9% nunca foram a uma consulta com o ginecologista, o que é um dado ainda expressivo. Todavia, das 91, 25,3% disseram ter ido a um ginecologista do gênero (sexo) masculino, quase metade da porcentagem que disseram ir para a ginecologista do gênero (sexo) feminino, que apresentou 50,5% das escolhas, 24,2% foram para as duas categorias ou não marcaram uma das opções.

Quanto ao exposto, imaginamos ser força do quantitativo, já que imaginamos que há mais profissionais do gênero (sexo) feminino especializados em ginecologia, não obstante, observamos que vai além da demanda de profissionais, é algo construído pelas pessoas que preferem ir ao profissional feminino, o que confere 77% das mulheres entrevistadas, em comparação aos que prefeririam ir ao profissional masculino que computou apenas 23% de todas entrevistadas.

A certo ponto decidimos radicalizar um pouco e perguntamos se caso a entrevistada fosse a uma clínica e lá só tivesse ginecologista do gênero (sexo) masculino, se ela procuraria outra ou se ela iria para o atendimento com ele mesmo. Quase 30% responderam que procurariam outra clínica, o que foi muito expressivo nas respostas

das mulheres dos primeiros períodos, com uma faixa etária de 18 a 20 anos; as que disseram ir ao atendimento com o próprio ginecologista do gênero (sexo) masculino na clínica somaram 71,4%.

Os resultados mais expressivos foram em relação a classe fisioterapêutica, que mostrou que apenas 2,2% das entrevistas já fizeram alguma sessão de fisioterapia ginecológica ou uroginecológica e 97,8% nunca foram para alguma sessão de fisioterapia ginecológica ou uroginecológica. O resultado mais impressionante que diferiu dos resultados anteriores foi que das 2,2% mulheres que já foram a uma sessão de fisioterapia ginecológica ou uroginecológica, todas foram atendidas por um fisioterapeuta do gênero (sexo) masculino.

Já quando perguntamos se as mulheres iriam a uma sessão com um fisioterapeuta ginecológico ou uroginecológico do gênero (sexo) masculino 75,8% disseram que iriam ao atendimento e apenas 24,2% disseram que não iriam, mostrando, portanto, que há uma disparidade considerável entre a preferência do atendimento médico e do atendimento fisioterapêutico de acordo com o gênero dos profissionais.

Tais resultados preponderam com o que dizem Wanderley & Sobral (2017), que somente 2% das mulheres preferem ser atendidas por ginecologistas do sexo masculino. Wanderley & Sobral (2017) dizem, ainda, que uma revisão sistemática de 23 estudos de diferentes países do mundo mostra que ao escolher um médico obstetra/ginecologista 8,3% das pacientes preferiam um médico do sexo masculino, 50,2% relataram preferência por uma médica e 41,3% indicaram que não havia nenhum tipo de preferência de gênero.

Por conseguinte, observamos que ainda há um grande tabu ao que se refere atendimento uroginecológico e obstetrício quando se trata de fisioterapeutas do sexo masculino realizarem-no por ambas as partes, tanto pelo homem que executa, quanto pela mulher que recebe o tratamento. Sabe-se que tal condição se dá por fatores histórico-sociais e de reclusão social por intermédio de poderes e ascensões deles.

Não obstante, vê-se que há um crescimento considerável, devido ao ganho adquirido pelos movimentos sociais – principalmente os femininos, assim como o combate à violência de gênero, retirando-a da esfera da vida privada e familiar, legitimando-a como problema político e de saúde pública, a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que já demonstram resultados visíveis no âmbito social, o que implica tanto na política, na cultura, no balanceamento econômico, mas principalmente no rumo da saúde pública, privada e seu ensino de forma que venha a ser mais ético e consciente.

E apesar de haver preferência pelo atendimento em ginecologia e obstetrícia por mulheres enquanto profissionais, pelas mulheres pacientes, como visto nos comentários deixados no último item do questionário aplicada, que dizia: “Em um breve comentário, cite porque você prefere atendimento somente com ginecologista ou fisioterapeuta ginecológico do gênero (sexo) feminino”, que diziam:

“Pelo atendimento e troca vivencial sobre os assuntos, já que procuro estar sempre entre mulheres para fazer trocas, não só sobre questões técnicas, mas sobre sensações e percepções do corpo”; “Porque tem mais intimidade em conversar por

ser feminino, sobre alguma situação que estiver passando”; “Por motivos de privacidade, não me sentiria confortável com a situação”; “Porque é um pouco vergonhoso ver um homem admirando meu órgão sexual”; “Por causa da intimidade, geralmente o machismo ainda existe (infelizmente)”.

Ainda, há um avanço notável nas ações comunitárias que puderam ser observadas nos seguintes comentários em resposta ao mesmo questionamento, como: “Eu particularmente não tenho preferência e nem escolho profissional (seja lá de qualquer área) por gênero (sexo), eu escolho por profissionalismo e uma boa qualificação. Sei que existem vários tabus implantados na sociedade relacionado a isso, porém tem que ser quebrados, urgentemente”, também comentários que mostram que realmente o profissionalismo conta muito mais que simplesmente uma definição de gênero que é meramente um fator biológico e que não se deve levar em consideração quando se refere ao atendimento na área da saúde, principalmente.

Em alguns comentários, observou-se que a falta de profissionalismo por parte de mulheres deu a classe um descrédito e que os acertos por parte dos homens promoveram uma corrente de confiança e crédito, atendendo os requisitos pré-estabelecidos pelos pensadores Polden & Mantle. Nota-se isso nos comentários como: “Do gênero feminino foi super grossa”; “Eu prefiro masculino, pois eles são mais cuidadosos e carinhosos”; “Eu prefiro masculino, porque acho mais cuidadoso e atencioso em todos os procedimentos”.

Algumas desconstruções também são notadas, quando em comentários vê-se que não há preferência pelo gênero (sexo), mas sim pelo profissionalismo, como em “Não tenho preferência em relação ao sexo do profissional”; “Ficaria mais à vontade, porém não teria nenhum problema se fosse do sexo masculino”; “Não tenho preferência, desde que perceba uma postura ética e profissional, independente do sexo”.

### 3 CONCLUSÃO

Entretanto, há muito a se conquistar no que se refere à diversidade de gêneros nos atendimentos em ginecologia e obstetrícia, isso só será possível se a desconstrução desse tabu iniciar pelas instituições de ensino em fisioterapia, proliferado pelos profissionais egressos dos cursos, os mais experientes, passando para seus pacientes, familiares amigos etc., ou seja, é necessária a conscientização por parte de todos.

Porém, o principal meio de quebrar esse paradigma é não somente desconstruir esses pensamentos, mas construir uma rede de serviços prestados em boa conduta e acima de tudo ter ética para realizar o seu trabalho com responsabilidade, mostrando ao paciente que ele não precisa responder “Por se sentir mais à vontade e segura” quando perguntarem porque prefere atendimento somente com ginecologista ou fisioterapeuta ginecológico do gênero (sexo) feminino.

E isso só vai acontecer quando, os homens, agirem em consonância com o pensamento do filósofo e poeta alemão, Georg Philipp Friedrich von Hardenberg (apud JOHNSON, 2015. p. 52), um dos mais importantes representantes do primei-

ro romantismo alemão de finais do século XVIII, que há tanto tempo citou que “ao homem é lícito desejar as coisas sensíveis de maneira racional, enquanto à mulher é lícito desejar as coisas racionais de maneira sensível” e que se aplica ao contexto contemporâneo, na qual é necessário maior sensibilidade no atendimento por parte dos homens e o respeito e valorização dessas ações por parte das mulheres.

Dessa forma, promovendo um atendimento fisioterapêutico mais diverso, em que todos os gêneros são aceitos em todas as áreas alcançadas pelo mesmo e a desconstrução de ideias, tabus e paradigmas que demonstram um discurso arcaico e retrogrado demonstrado principalmente na Saúde da Mulher (ginecologia e obstetrícia), assim como seu alcance nas instituições de ensino, clínicas, ambulatórios, hospitais etc., por intermédio das práticas de extensão e comunicação em fisioterapia.

## REFERÊNCIAS

- ABRAMS, P. H. *et al.* The standardization of terminology of lower urinary tract function. **Stand Sub Commitee Int Cont.**, v. 61, p. 37-49, 2003.
- ABREU, A. R. B. R. *et al.* **Fisioterapia: a importância na estratégia saúde da família.** Guarujá, São Paulo, 2008.
- ALMEIDA, M. A. B. *et al.* **Qualidade de vida: definição, conceito e interfaces com outras áreas de pesquisas.** São Paulo, 2012.
- AMIR, H. *et al.* Unpredicted gender preference of obstetricians and gynecologists by Muslim Israeli- Arab women. **Patient Educ Couns**, v. 86, n. 2, p. 259-263, 2012.
- ANTUNES, C. S. L. *et al.* **Atuação do fisioterapeuta especialista na saúde da mulher em contexto de centro de saúde.** Lisboa, outubro, 2014.
- ARAÚJO, M. F. S. *et al.* Perfil epidemiológico e clínico de homens com incontinência urinária atendidos no setor de uroginecologia da FCT/Unesp. **Colloquium Vitae**, v. 7, n. especial, jul.-dez. 2015.
- BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Soc. estado**, v. 29, n. 2, Brasília, maio/agosto 2014.
- BANDEIRA, Lourdes; ALMEIDA, Tânia M. C. Desafios das políticas e ações em saúde diante da violência contra as mulheres. **SER social**, v. 10, n. 22, 2008, p. 183-212.
- BERGHMANS, L. C. M. *et al.* Conservative treatment of urge urinary incontinence in woman: a systematic review of randomized clinical trials. **J Brazil Urol**, 2000.

- BIM, R. C.; PEREGO, A. L.; PIRES JUNIOR, H. Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetria. **Iniciação Científica Cesumar**, UniCesumar, Maringá, PR, v. 4, n. 1, p. 57-61, 2002.
- BISPO JÚNIOR, J. P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 655-668, jul.-set. 2009.
- BLOIS, C. R. **Reconstruindo o ensino de fisioterapia no contexto de transição da ciência**. Bagé, 2001, 101p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, setembro de 2001.
- BORGES, A. P. A.; COIMBRA, A. M. C. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Manguinhos, Rio de Janeiro, 2010.
- BRASIL. **Decreto-lei nº 938**, de 13 de outubro de 1969. Dispõe sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Disponível em: [http://coffito.org.br/conteudo/con\\_view.asp?secao=33](http://coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=33). Acesso em: 11 ago. 2018.
- CALVALCANTE, C.C. L. *et al.* Evolução científica da fisioterapia em 40 anos de profissão. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 24, n. 3, p. 513-522, jul.-set. 2011.
- CASTELO, S. C. **A ética revolucionária: utopia e desgraça em terra em transe (1967)**. Fortaleza: Biblioteca de Ciências Humanas – UFC, 2010.
- COELHO, A. C.; PONS, A. C. C.; GALLO, A. P.; VOLKMER, C.; BRAZ, M. A fisioterapia no centro obstétrico. **Revista Reabilitar**, v. 13, p. 36-43, 2001.
- COSTA, L. R. *et al.* Distribuição de fisioterapeutas entre estabelecimentos públicos e privados nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v. 16, n. 5, p. 422-30, set./out. 2012.
- DEBERT, Guita Grin. Conflitos éticos nas delegacias de defesa da mulher. In: DEBERT, Guita Grin *et al* (Org.). **Gênero e distribuição da justiça: as delegacias de defesa da mulher e a construção das diferenças**. Campinas: Pagu; Unicamp, 2006.
- DE FISIOTERAPIA, Conselho Regional. 5ª Região-RS (CREFITO 5 RS). Fisioterapeuta e terapeuta ocupacional: o que estes profissionais podem fazer por você. **Cartilha de apresentação da atuação do fisioterapeuta e terapeuta ocupacional no Sistema Único de Saúde**. Porto Alegre, p. 17-20, 2005.
- DMOCHOWSKY, R. R. *et al.* Duloxetine versus placebo for the treatment of North American women with stress urinary incontinence. **Urology**, 2003.

EWINGS, P., SPENCER, S., MARSH, H., O'SULIVAN, M. Obstetric risk factors for urinary incontinence and preventative pelvic floor exercises: cohort study and nested randomized controlled trial. **Journal Obstet Gynaecol.**, v. 25, n. 6, p. 558-564, 2005.

FELICÍSSIMO, M. F. *et al.* Fatores limitadores à reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em pacientes com incontinência urinária de esforço. **Acta Fisiátrica**, v. 14, n. 4, n. 233-236, 2007.

FERRARA, Nelson Fiedler. Físico Teórico do Instituto de Física da USP. **Ciência, ética e Solidariedade**. Mesa Redonda realizada em 6 de maio de 1998, pela Associação Palas Atenas, no Teatro da Universidade Católica de São Paulo, 2003.

FERREIRA, C. H. J.; NAKANO, A.M.S. O uso da eletroestimulação nervosa transcutânea como recurso de alívio de dor no trabalho de parto em um contexto de humanização da assistência obstétrica. **Fisioterapia Brasil**, v. 5, n. 4, p. 307-311, 2004.

GARBIN, C. A. S.; ANA, P. C. G. S. A violência negligenciada. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, Paraná, v. 14, n. 168, maio 2015.

GLISOI, S. F. N.; GIRELLI, P. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. **Rev. Bras. Clin. Med.**, São Paulo, v. 9, n. 6, p. 408-413, nov.-dez. 2011.

JANSSEN, S. M. LAGRO, A. L. Physician's gender, communication style, patient preferences and patient satisfaction in gynecology and obstetrics: a systematic review. **Patient Educ Couns**, v. 89, n. 2, p. 221-226, 2012.

JOHNSON, Laurie Ruth. The art of recollection in Jena romanticism: memory, history, fiction, and fragmentation in texts by Friedrich Schlegel and Novalis. **Walter de Gruyter GmbH & Co KG**, 2015.

KERGOAT, D., Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: Gênero e Saúde (M. J. Lopes, D. Meyer & V. Waldow, org.), pp. 14-27, Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

LATORRE, G. F. S. Fisioterapia na saúde da Mulher. **CREFITO-10**, edição geral do Portal Perineo.net, Santa Catarina, 2010.

LIMA, C. T. S. *et al.* Enfrentamento de repercussões físicas e psicossociais em mulheres vítimas de violência através da consciência corporal: Experiência da fisioterapia. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 16, n. 2, p. 84-92, abr.-jun. 2014.

MAKAM, A. *et al.* Do women seeking care from obstetrician-gynaecologists prefer to see a female or a male doctor? **Arch Gynecol Obstet.**, v. 281, n. 3, 443-447, 2010.

MAVIS, B. *et al.* Medical students' involvement in outpatient clinical encounters: a survey of patients and their obstetricians-gynecologists. **Acad Med.**, v. 81, n. 3, p. 290-296, 2006.

MORENO, A. L. Fisioterapia em Uroginecologia. In: MOURA, R. V. Z.; COSTA, T. P. B. **Avaliação do grau de força do assoalho pélvico em mulheres com anorgasmia secundária.** 2006. Monografia (Graduação) – Universidade da Amazônia, Belém, 2006. p. 32-40.

OLIVEIRA, C. F. P. I. A incidência de dores musculoesqueléticas na gestação. **Revista Científica do Unisalesiano**, Lins, SP, ano 1, n. 2, jul.-dez. 2010.

ORANGE, F. A.; AMORIM, M. M. R.; LIMA, L. Uso da eletroestimulação transcutânea para alívio da dor durante o trabalho de parto em uma maternidade-escola: ensaio clínico controlado. **RBGO**, v. 25, n. 1, p. 45-52, 2003.

POLDEN, M.; MANTLE, J. **Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia.** 2. ed. São Paulo: Macule, 1997.

RETT, M. T. *et al.* **Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia.** Campinas, São Paulo, 2007.

ROCHA, V. M. *et al.* Referenciais curriculares nacionais do curso de bacharelado em fisioterapia (ABENFISIO). **Fisioterapia Brasil**, v. 11, n. 5, p. 9-11, set.-out 2010.

ROCON, P.C. **Fisioterapia e diversidade sexual: uma formação a ser rediscutida.** Espírito Santo, 2012.

RODRIGUES, F. W.; SAMPAIO, S. S. Ética e sigilo profissional. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 117, p. 84-93, jan.-mar. 2014.

SAMPAIO, A. V. C. F. **Arquitetura hospitalar: projetos ambientalmente sustentáveis, conforto e qualidade. Proposta de um instrumento de avaliação.** São Paulo, 2005.

SIGNORELLI, M. C. *et al.* Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1230-1240, jun. 2013.

SILVA, D. J.; ROS, M. A. **Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação.** Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1673-1681, 2007.

SILVA, G. G.; OLIVEIRA, S. J.; PASSOS, X. S. **A Importância da fisioterapia como medida preventiva na incontinência urinária durante a gestação.** São Paulo, 2014.

SOARES, Anna Paula, G.; SPINASSÉ, Priscila, P.; RIZZO, Eloisa, P. **Avaliação da atuação fisioterapêutica em obstetrícia sob a ótica de médicos e fisioterapeutas nos hospitais do município de Vila Velha – ES.** Faculdade Novo Milênio, Espírito Santo, 2008.

SOUZA, E. L. B. L. **Aspectos de ginecologia e neonatologia. Fisioterapia Aplicada a Obstetrícia.** 3rd ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002

TOBLER, K. J. *et al.* Gender preference of the obstetrician-gynecologist provider: a systematic review and meta-analysis. **Obstet. Gynecol.**, v. 127, p. 43S, 2016.

WANDERLEY, M. S.; SOBRAL, D. T. Ob-Gyn Gender Preferences of Gynecology Ambulatory Patients and Students' Choice of the Specialty. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 39, p. 645-646, 2017.

WOLDRINGH, C. *et al.* **Pelvic floor muscle training is not effective in women with UI in pregnancy:** a randomised controlled trial. 2007.

---

**Data do recebimento:** 3 de agosto de 2019

**Data da avaliação:** 12 de dezembro de 2019

**Data de aceite:** 16 de janeiro de 2020

---

---

1 Acadêmico em Fisioterapia pela Universidade Tiradentes – UNIT. E-mail: davi.santana.sousa@hotmail.com

2 Professor do curso de Fisioterapia e Estética e Cosmética da Universidade Tiradentes – UNIT; Membro do grupo de pesquisa Estudos Interdisciplinares em Neurociências e Biotecnologia – EINB/UNIT.

E-mail: licia2s@hotmail.com