

PERCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS/AS DAS CONSULTAS DE PLANEAMENTO FAMILIAR E SAÚDE MATERNA SOBRE AS DIFERENÇAS DE GÉNERO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Paula Cristina Nogueira * & Teresa Vilaça**

*ACES do Cávado III – Barcelos/Esposende, **Universidade do Minho

* barbosanogueira@gmail.com, ** tvilaca@iep.uminho.pt

Resumo

O Plano Nacional de Saúde Português atribui especial importância aos profissionais de saúde na educação permanente dos/as utentes, e destaca orientações estratégicas para garantir que será dada continuidade ao reforço das garantias em saúde sexual e reprodutiva (SSR) e asseguradas as condições de exercício da autodeterminação sexual de mulheres e homens, assente num processo educativo integrado e na progressiva adequação dos serviços de saúde. O programa de SSR destinado aos/as profissionais de saúde, também reforça a importância da educação no âmbito da consulta de planeamento familiar (PF) e saúde materna (SM).

Neste sentido, esta investigação analisou as diferenças de género: na percepção dos/as enfermeiros/as das consultas de PF e SM sobre a sensibilidade ao género na sua formação e prática profissional e nas atitudes, valores e comportamentos dos/as utentes face ao PF, à vida em família e às práticas dos/as utentes e enfermeiros/as nas consultas de PF e SM. Com essa intenção, aplicou-se uma entrevista semi-estruturada a uma amostra propositada de enfermeiros/as (n=6), de um Centro de Saúde. Para a maior parte dos/as entrevistados/as a SSR, principalmente a masculina, foi pouco trabalhada no Curso de Enfermagem e uma parte deles/as sente-se melhor preparado para trabalhar na SSR da mulher. Os/as enfermeiros/as, também tinham a percepção que para os/as utentes não é indiferente o sexo do/da enfermeiro/a nas consultas de PF e SM.

Destes resultados, emerge a necessidade de incluir a perspectiva de género nas consultas de PF e SM, bem como, nos conteúdos do Curso de Enfermagem e na formação em serviço.

1. Introdução

Planeamento familiar no feminino e no masculino

Muitos têm sido os estudos de investigação que se têm desenvolvido com base nos significados sociais e culturais inerentes ao conceito de género na saúde. Os resultados destas investigações têm, assim, dado visibilidade ao impacto deste tema, mostrando de que forma os “efeitos do sexo/género do utente podem traduzir um espectro diferenciador ao nível das estratégias clínicas adoptadas pelos profissionais” (Laranjeira *et al.*, 2008, p. 49).

Segundo Laranjeira *et al.* (2007), dentro deste modelo constata-se a impossibilidade de encarar homens e mulheres do mesmo modo, uma vez que, cada um destes grupos tem, forçosamente, necessidades específicas e vivências diferentes. Desta feita, torna-se pois mandatário, criar estratégias no sentido de minimizar as iniquidades de género e obter uma melhoria dos indicadores de saúde sem, no entanto, procurar uma total igualização entre homens e mulheres.

Sexo e género não podem ser interpretados como variáveis ou condicionantes da saúde independentes uma da outra. Estes conceitos interagem, já que homens e mulheres coabitam na mesma esfera social e familiar e, no âmbito da saúde sexual, a proximidade e intimidade que as suas relações imprimem, influenciam a saúde dos/as parceiros/as sexuais.

Na página do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN, s.d. a, p.2) afirma-se que “a tolerância da sociedade perante as indiscrições sexuais dos homens e a multiplicidade das suas parceiras sexuais, aumenta o risco das doenças sexualmente transmissíveis”. Esta afirmação é complementada com o facto de as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) terem, aparentemente, uma incidência maior nos homens, especialmente no grupo etário dos 25 aos 44 anos (Direcção Geral de Saúde, 2004c, p. 38). Outro problema da saúde sexual dos homens que está na ordem das preocupações apontadas pelo ICN (s.d. a) é o aumento da infertilidade, seja por factores do meio ambiente, ou pelo uso de substâncias químicas, que se encontram na base do aumento das doenças testiculares, afectando a produção de esperma. Outro foco de atenção no âmbito da saúde dos homens é a doença da próstata e dos testículos, que aumentam com o envelhecimento da população. Contudo, os indicadores e metas do *Plano Nacional de Saúde 2004-2010* (Direcção Geral de Saúde, 2004b, p. 58) apenas versam as seguintes doenças neoplásicas: cancro da mama feminina, cancro do colo do útero e cancro do cólon e do recto, sendo que este último é, em Portugal, o cancro mais frequente nos homens, embora, neste mesmo grupo, seja a quarta causa de morte oncológica. No entanto, nas mulheres o cancro do cólon e do recto é o segundo tipo de cancro, bem como a segunda causa de morte oncológica (Ministério da Saúde, 2005). Ainda assim, o tumor da próstata é um dos mais frequentes no homem, representando uma importante causa de morte, segundo afirma esta fonte e, no entanto, não figura entre os indicadores supra citados.

Neste contexto, justifica-se, na perspectiva do ICN (s.d. a), o crescente interesse pela saúde sexual masculina a par da saúde sexual e reprodutiva da mulher, com a necessidade de englobar na sua abordagem as consequências dos múltiplos factores determinantes da saúde (biológicos, sociais, psicológicos, individuais, sexuais e comportamentais). Contrariamente ao que se possa imaginar, os homens não procuram características muito difíceis de operacionalizar nos serviços de saúde. Apenas gostariam de aproximar-se de serviços de saúde que lhes oferecessem as características às quais as mulheres têm acesso: “acessibilidade, pessoas com quem possam identificar-se e que estejam abertas às suas necessidades, privacidade, confidencialidade, possibilidade de colocar questões, pouco tempo de espera, qualidade no serviço e gratuidade” (Prazeres, 2003, p. 33). Assim sendo, considera-se fundamental incidir sobre as representações que os/as profissionais mobilizam sobre o impacto dos significados de género no plano das

práticas clínicas, da formação e das próprias relações e opções profissionais.

Na opinião de Marcolino e Galastro (2001), existem poucos estudos sobre o envolvimento dos homens no controlo da reprodução. Na sua opinião, este facto deve-se a restrições próprias da biologia humana, já que a mulher é quem engravida e a sua fecundidade é mais fácil de ser controlada que a do homem. Neste sentido, é às mulheres a quem ainda compete a responsabilidade da contraceção, muitas vezes, sem colaboração dos parceiros. Os investigadores também defendem que, segundo estudos efectuados em várias partes do mundo, as atitudes do homem podem influenciar muito na duração e continuidade do uso de algum método contraceptivo por parte das mulheres. Também a IPPF/The Population Council (2001) revela a existência de estudos que demonstram que o uso de contraceptivos provoca preocupações frequentes nos casais e alguma resistência, apesar da maioria dos homens afirmar a sua aprovação face ao planeamento familiar no sentido lato. As preocupações expressas pelos homens incluem o medo de perder o seu papel como chefe de família, que as suas parceiras se tornem promíscuas ou adúlteras, e que eles sejam ridicularizados pelos outros membros da comunidade.

Apesar de actualmente se verificar um crescente interesse por parte dos homens em participar nas questões que dizem respeito à saúde reprodutiva, segundo a IPPF/ The Population Council (2001), existem ainda barreiras que se levantam a partir das normas socialmente estipuladas sobre os papéis que se entendem como apropriados para cada género. Pode dar-se o caso de outros homens reagirem negativamente face ao seu comportamento de saúde, e pode dar-se também o caso de serem os próprios serviços de saúde a fazerem-nos sentir incómodos. Este documento também admite a possibilidade de, algumas vezes, se poder verificar a falta de preparação das instalações, em termos de espaço físico, para que os homens possam acompanhar e esperar pela sua companheira. Também pode acontecer que os/as profissionais de saúde prefiram que o acompanhante masculino, parceiro sexual, aguarde fora do espaço da consulta ou, por exemplo, da sala de parto. A IPPF/ The Population Council (2001), ainda afirma que “em alguns estudos, os homens afirmaram que foram tratados de modo grosseiro, ou que os fizeram sentir que não tinham uma razão válida para permanecer ali” (p. 4).

Participação feminina e masculina durante a gravidez e puerpério

A paternidade e a maternidade são construções culturais, que não estão determinadas apenas biologicamente. O papel atribuído ao pai, as suas funções, o desejo e a responsabilidade de o ser, bem como as vivências que acompanham o seu exercício, variam consoante as oscilações no campo sociocultural. O que quer dizer que, na mesma sociedade, todo o quadro poderia variar em função do sector social, da idade, da classe, da religião, etc. (Bonino, 2003). Neste

sentido, “embora a participação do homem na reprodução seja limitada, o significado psicológico da paternidade para ele é muito importante, mas manifesta-se talvez de formas diferentes e pode variar de acordo com os diversos padrões culturais e grupos sociais de uma mesma sociedade” (Marcolino & Galastro, 2001, p. 81).

Alden (2008) também defende a influência significativa das crenças e práticas culturais sobre os métodos de alimentação infantil. Segundo esta autora, o apoio do companheiro e da família constitui um factor de extrema importância na decisão de amamentar e na sua capacidade de fazê-lo com sucesso. Desta forma, preconiza-se a inclusão do pai do/a bebé na preparação pré-natal, proporcionando-lhe informação sobre os benefícios do aleitamento materno e sobre a forma como ele pode participar nos cuidados ao/a bebé e na alimentação, de forma a garantir condições propícias à tomada de decisão consciente.

Passando à fase do nascimento e puerpério, Galastro e Fonseca (2007) defendem que acompanhar a criança nestes momentos, além de ser um direito reprodutivo que assiste ao pai, é também um dos momentos mais importantes para o estabelecimento de vínculos precoces entre ele e a criança, sendo considerado como forma preventiva de violência doméstica à criança, ao abandono da família e à delinquência juvenil. Segundo os investigadores, a implicação da figura paterna no ideário do *casal grávido* torna-se muito oportuna, na medida em que se incita ao despertar do conceito de *pai cuidador*.

Embora haja unanimidade nos/as autores/as ao referirem que o vínculo da criança com a mãe é mais precoce do que com o pai, uma vez que a criança desenvolve com ela uma relação mais intensa, devido à proximidade física durante a gravidez e aleitamento, também é facto que, ao proporcionar ao pai esta experiência de proximidade nos cuidados, se está a possibilitar “a obtenção da compreensão mais profunda de si mesmo, especialmente ao nível das emoções, contribuindo para as transformações das relações pessoais, da sexualidade e da vida doméstica” (Galastro & Fonseca, 2007, p. 457).

No mundo ocidental moderno, o marido ainda ocupa um papel mínimo na vivência da gravidez e da parentalidade, actuando na maioria das vezes, como mero espectador do nascimento do filho. Actualmente, começam a surgir novos ideais de paternidade, muito fundamentados nos novos modelos de exercício da maternidade, no ideal social da igualdade de direitos e deveres entre mulheres e homens, bem como na hierarquização da autonomia individual. Gradualmente, assiste-se a uma exigência social de crescente participação dos homens (pais) nos cuidados a dispensar aos/às seus/suas filhos/as, com benefícios para as mães, para os/as filhos/as e para os próprios pais. Segundo Galastro e Fonseca (2007), “não se trata apenas de mera troca de lugar,

mas a construção de um outro lugar e de outros sentidos” (p. 458). Deste modo, é atribuída vital importância à interacção precoce e frequente entre pais e filhos/as, ao longo do seu crescimento. É esta vinculação que preenche a figura paternal actual e remete para a reformulação do seu conceito. Para Bonino (2003), já não se trata apenas do resultado do efeito do “sangue”, da linhagem, da carga genética do espermatozóide que fecundou o óvulo ou, tão-somente, do apelido. Apesar de tudo, a maioria dos novos pais não são ainda igualitários, mas apenas, participantes/ajudantes. Para este investigador, são pais que, ainda assim, ocupam três vezes menos tempo que as suas companheiras a tratar dos filhos/as e fazem-no com a intenção de ajudar e não por sentirem que é da sua responsabilidade.

Desta forma e, apesar de todos os desenvolvimentos levados a cabo na matéria, pode-se concluir que ainda persiste enraizada a ideia de que o envolvimento masculino nos domínios da saúde infantil, planeamento familiar e saúde materna, surge em segundo plano, na sombra das representações que tendem a ser associadas às mulheres. Isto quer dizer que os homens apenas integram estas representações no âmbito da colaboração e participação, sendo que a principal responsabilidade é imputada às mulheres (Laranjeira *et al.*, 2007).

Assim, a investigação que a seguir se apresenta teve como principais objectivos, entre outros: i) analisar se a formação em saúde sexual e reprodutiva (SSR) dos/as enfermeiros/as foi sensível às questões de género; ii) analisar a prática dos/as enfermeiros/as em SSR; e iii) averiguar a sensibilidade aos aspectos relacionados com o sexo e género nas consultas de planeamento familiar e saúde materna.

2. Metodologia

Descrição do estudo

Desenvolveu-se um estudo sobre as experiências subjectivas dos/as participantes, numa perspectiva descritiva, dando especial ênfase à percepção dos/as mesmos/as acerca da experiência vivida e do significado que atribuem à essência dessa experiência (Ribeiro, 2007; Streubert & Carpenter, 2002). A escolha do Centro de Saúde está relacionada com a proximidade da investigadora ao local, com o conhecimento da sua realidade e com a sua participação em actividades de educação para a saúde, nomeadamente em educação sexual.

Depois de se ter seleccionado a entrevista semi-estruturada como instrumento de recolha de dados, foi construído e validado um guião de entrevista para ser aplicado aos/às enfermeiros/as da amostra em estudo. Estas entrevistas foram realizadas anonimamente no Centro de Saúde em estudo, gravadas em áudio e transcritas na totalidade para posterior análise e definição das categorias emergentes. As categorias serão apresentadas recorrendo-se à análise de frequências

e serão clarificadas através de pequenos excertos das entrevistas realizadas.

Sujeitos do estudo

Dado que o estudo visa compreender a percepção de enfermeiros/as acerca das diferenças de género em saúde sexual e reprodutiva e das necessidades educativas dos/as utentes e enfermeiros/as nessas áreas, nas consultas de saúde materna (SM) e de planeamento familiar (PF), num Centro de Saúde do Distrito de Braga, foram seleccionados/as seis enfermeiros/as, dado que, na equipa de enfermagem do Centro de Saúde em estudo, apenas existiam três elementos masculinos. No que diz respeito aos/às enfermeiros/as que fazem parte do grupo da amostra (tabela 1), a sua idade varia entre os 24 e os 43 anos.

Tabela 1: Caracterização da amostra de enfermeiros/as (n=6)

	ENFERMEIROS/AS ENTREVISTADOS/AS						
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	Total
IDADE	31	24	27	28	40	43	
SEXO	M	F	F	M	M	F	
TEMPO DE SERVIÇO (anos)	8	3	7	3	10	23	
TEMPO DE SERVIÇO NESTE CS (anos)	7,5	3	<1	3	10	21	
EXPERIÊNCIA DE CONSULTAS EM CS:							
Planeamento Familiar		√	√			√	3
Saúde Materna	√*	√	√	√*	√*	√	6
Saúde Infantil	√	√	√	√	√	√	6
Diabetes Mellitus	√	√	√	√	√	√	6
Hipertensão Arterial	√	√	√	√	√	√	6
OUTRAS EXPERIÊNCIAS:							
Tratamentos	√	√	√	√	√	√	6
Vacinas	√	√	√	√	√	√	6
Visitas Domiciliárias		√		√	√		3
SAC		√		√	√		3
HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:							
Licenciatura	√	√	√	√	√	√	6
Pós-graduação	√						1
Especialidade			√				1

NOTA: CS – Centro de Saúde; SAC – Serviço de Atendimento Complementar; * – Só se não houver enfermeira disponível

O tempo de serviço destes/as enfermeiros/as vai desde os 3 aos 23 anos. Em termos de experiência profissional, verifica-se que os homens (E1, E4 e E5) não desenvolvem consultas de PF e as de SM também só as desenvolvem em casos pontuais, quando não houver

disponibilidade de mais nenhuma enfermeira. As restantes actividades são desenvolvidas por todos/as os/as enfermeiros/as entrevistados/as, à excepção das visitas domiciliárias e do Serviço de Atendimento Complementar (SAC), que estão a cargo de equipas definidas.

3. Apresentação e discussão dos resultados

Todos/as os/as enfermeiros/as da amostra seleccionada para este estudo, referiram ter abordado temas relacionados com a SSR ao longo do seu curso de Enfermagem (tabela 2).

Tabela 2: Temas de SSR abordados durante o curso de Bacharelato/ Licenciatura em Enfermagem

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Anatomia e Fisiologia do sistema reprodutor	√		√	√	√		4
IST's e outras doenças	√		√			√	3
Abordagem psicológica da sexualidade ao longo do ciclo de vida			√	√			2
Procedimentos na consulta de SM e de PF	√	√					2
Educação para a saúde na consulta de SM e de PF		√				√	2
Métodos contraceptivos	√						1
Terapia familiar				√			1

A forma como esta abordagem foi feita variou entre os/as enfermeiros/as entrevistados/as, verificando-se que, por vezes, até houve quem não se recordasse num primeiro instante desta abordagem, acabando apenas por admiti-la mais tarde. O enfermeiro E4 não se recordava sequer de ter abordado temas relacionados com a ES ao longo do seu Curso de Licenciatura em Enfermagem:

Em enfermagem... no meu curso... Assim, de repente, que me lembre... foi muito pouco, se é que se falou... [silêncio] Não me recordo... [...] A nível de consultas, do que se fazia nas consultas especificamente desses temas... não. Não falamos. Falamos no geral, no sistema reprodutor da mulher, quais as alterações ao longo das várias fases da sua vida... alterações fisiológicas, mas directamente do PF e saúde materna... falou-se... não se falou... não me recordo. (Ent. E4)

Este enfermeiro é um dos mais jovens em termos de currículo profissional (com três anos de serviço), tal como a enfermeira E2. Como esta enfermeira referiu vários temas de SSR, provavelmente para E4 este assunto não terá despertado a sua atenção, talvez pela forma como foi abordado ou pela sua própria motivação. Verificando-se que a SSR não mereceu especial atenção por parte de alguns/mas enfermeiros/as, poder-se-á supor que o reconhecimento da diversidade das necessidades em SSR de homens e mulheres também será dúbio.

Em primeiro lugar, foi referido o tema da anatomia e fisiologia do sistema reprodutor por cinco elementos. De uma forma geral, os/as participantes consideraram esta abordagem pouco aprofundada: “diria que o meu Bacharel foi muito pobre nessa área, falámos essencialmente em Biologia, pronto, a anatomia, a fisiologia do próprio sistema reprodutivo, um pouco de saúde materna” (Ent. E1). A enfermeira E6 considerou até, que a verdadeira escola onde desenvolveu conhecimentos sobre a sua prestação nas consultas de SM e de PF, foi a prática diária:

... e já vai há tanto ano... [risos]... [silêncio]... Especificamente não te sei dizer que temas. Aquilo que sei hoje foi mais pela prática que fui adquirindo, pelo que fui observando e fui vendo. No meu curso especificamente... consultas de planeamento e não sei quê, não se dava muito até porque o curso estava muito mais virado para os cuidados diferenciados do que para os primários; se calhar, agora não continua assim... se calhar, os estágios eram muito mais hospitalares do que no centro de saúde. (Ent. E6)

Note-se, no entanto, que esta enfermeira tem 23 anos de serviço e que, desde então, o currículo académico do curso de Enfermagem sofreu diversas alterações.

As infeções sexualmente transmissíveis e outras doenças, ocuparam o segundo lugar dos temas mais falados no âmbito da SSR, nos cursos de enfermagem:

Era assim, nós tínhamos um médico a dar a parte médica e a seguir... e ao mesmo tempo, noutra aula tínhamos a enfermeira que dava a disciplina de enfermagem relativamente àquela área, os cuidados a prestar aos utentes e era assim que era dado [...] Falava-se nas doenças sexualmente transmissíveis, mas assim em concreto... já lá vão 23 anos e é um bocado complicado estar a dizer se dei. (Ent. E6)

A abordagem psicológica da sexualidade ao longo do ciclo de vida, os procedimentos na consulta de SM e de PF e a educação para a saúde nestas consultas tiveram duas referências cada. Os temas menos referidos são os métodos contraceptivos e a terapia familiar, referidos apenas por um/a enfermeiro/a cada um deles. À excepção do enfermeiro E1, todos/as os/as outros/as enfermeiros/as referiram mais do que um tema desenvolvido ao longo do seu percurso académico, no âmbito da SSR. Na generalidade, não se notam grandes diferenças entre as respostas de mulheres e homens.

A qualidade da formação recebida pelos/as enfermeiros/as nos conteúdos programáticos do seu curso revela-se de grande importância quando se assume que estes/as profissionais adoptam o papel de educadores/as para a saúde, por inerência das funções que lhe são designadas na sua carreira e conteúdo funcional (Decreto-Lei n.º 437/91, parcialmente alterado pelos Decreto-Lei n.º 412/98 e 411/99), adquirindo particular relevância nesta matéria, dentro do grupo de profissionais da saúde. Nesta matéria são também importantes os Cuidados de Saúde Primários,

como o sector dos serviços de saúde mais apropriado para desempenhar a função de educar para a saúde, dada a proximidade da sua actuação junto dos indivíduos, famílias e comunidades (Rodrigues *et al.*, 2005).

Depois de saber os temas que foram abordados nos diversos percursos académicos dos/as entrevistados/as, procurou-se saber concretamente, quais os que foram abordados com maior ênfase no âmbito da SSR da mulher e do homem. Apesar da maior parte dos/as participantes ter considerado que o papel do homem foi menosprezado na abordagem feita à SSR ao longo do curso de Enfermagem, apenas E3 se queixou de não ter abordado o papel do homem no PF e SM em momento algum ao longo do Curso de Bacharelato/Licenciatura em Enfermagem. Esta enfermeira apenas recordou a abordagem do papel do homem no acompanhamento da mulher na consulta de SM e no parto, bem como a intervenção a nível familiar, no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CPLEESMO). A enfermeira concluiu o seu Curso de Bacharelato em Enfermagem há sete anos, o que faz dela uma profissional recente na carreira de enfermagem; se bem que o CPLEESMO seja uma realidade ainda mais recente e desejada e, por isso, poderá ter deixado memórias mais ricas:

Sim, no âmbito do curso de especialidade já foi falada a participação do homem no acompanhamento da mulher na SM e no parto, onde foi dada bastante importância a isso, e nós tínhamos mesmo... o nosso principal objectivo era mesmo intervir, não só no homem, mas também na família (...), mas dar principal relevância ao homem, claro. (Ent. E3)

A maior parte dos/as enfermeiros/as entrevistados/as (quatro em seis) afirmou não se recordar de ter falado sobre a SSR do homem ao longo do curso, ter falado pouco ou não ter sequer falado: “Penso... Penso que era mais dirigido para a mulher. Falava-se no homem, mas era de uma maneira... menos desenvolvida” (Ent. E6). Desses/as quatro enfermeiros (duas mulheres e dois homens), dois referiram não ter focado o assunto: “Distinção, sim [houve]. Foi quase só mulher... [risos]. O homem não foi falado em particular. Foi tudo virado para a doença da mulher, doenças sexuais, as doenças da mulher... o homem não foi falado” (Ent. E5).

A enfermeira E2 foi a que referiu ter tido a abordagem mais completa, pelo número de temas referidos, ainda assim, considerou que a abordagem da SSR do homem foi escassa. Referiu-se apenas a uma abordagem com pouco realce da anatomia e fisiologia do sistema reprodutor, ao planeamento do nascimento dos filhos e à prevenção de IST's. A anatomia e fisiologia também foram abordadas na SSR das mulheres, assim como a saúde materna e o planeamento familiar, onde se enquadra a abordagem dos métodos contraceptivos e a prevenção das IST's:

O homem é muito pouco realçado nas consultas. Mesmo durante o curso, foi muito pouco realçado. A consulta foi dada como muito vocacionada para a mulher. Em relação ao homem, foi dado ênfase à parte do PF em si, que deve ser feito pelo casal, como o planejar o nascimento dos filhos e em relação à prevenção de ISTs. (Ent. E2)

O enfermeiro E1 também partilhou da opinião que a SSR do homem foi pouco levada em conta e, na mulher, o que mais se desenvolveu foi a anatomia e a fisiologia do sistema reprodutor, o planeamento familiar (onde se destacam os métodos contraceptivos) e a sexualidade:

Falou-se muito mais e direccionou-se muito mais a saúde sexual e reprodutiva para a mulher do que para o homem (...). O pai deve estar presente, deve ser incluído, mas na prática não se falava como incluí-lo, de como...enfim não se falava. (Ent. E1)

Através das respostas dos/as entrevistados/as, pode-se concluir que a abordagem em SSR não foi muito rica, principalmente, no que diz respeito à SSR dos homens, o que não abona a favor da importância atribuída pela Lei Portuguesa à educação sexual nos cuidados de saúde primários (CSP). Desta forma, verifica-se uma preparação deficitária destes/as profissionais para intervir nas diferentes vertentes da saúde comunitária, em prejuízo do papel da educação como veículo de política pública intencional e filosofia social, contrariamente ao defendido por Persell *et al.* (1999). Por esta razão, constituiu uma preocupação deste estudo investigar também a experiência profissional dos/as participantes em relação às consultas de SM e de PF.

Verificou-se, assim, que todas as mulheres realizam actualmente consultas de SM e PF, embora esta actividade seja de intervenção prioritária da enfermeira especialista em SM (E3) e, como tal, os outros enfermeiros só desenvolvem estas actividades na sua ausência ou impossibilidade e, no caso dos homens, só quando não houver uma enfermeira disponível. Os enfermeiros E1 e E5 já realizaram este tipo de consultas mas, neste momento, não realizam e o enfermeiro E4 nunca teve esta experiência depois dos estágios relativos ao Curso de Enfermagem:

As únicas vezes em que fiz [consultas de SM e de PF] foi durante os estágios em Centros de Saúde, mas foi uma coisa muito breve, muito ao de leve e, desde que iniciei a minha actividade profissional, nunca fiz, daí o facto talvez de não me lembrar de ter dado no curso. (Ent. E4)

Duas das três enfermeiras que admitiram realizar consultas de SM e de PF, fazem-no por considerarem que se trata de uma consulta importante, além de fazer parte das suas competências como enfermeiras que prestam cuidados de saúde primários, como defende E2:

Fiz [consultas de SM e PF] porque, para além de fazer parte da minha prática diária, uma vez que trabalho num Centro de Saúde, é minha prática diária fazer consultas. Acho que são importantíssimas no desenvolvimento da saúde da mulher e do homem, no caso do PF. (Ent. E2)

A enfermeira E6 desenvolve estas consultas quando está escalada no plano de actividades, bem como sempre que surge uma oportunidade de intervenção, no sentido da promoção da saúde. A enfermeira E3 admite esta actividade como inerente aos atributos conferidos pelo curso de especialidade que detém. Os enfermeiros que não realizam consultas de SM e de PF, foram questionados sobre os motivos pelos quais não o faziam e verificou-se que existem vários motivos a concorrer para este facto. Dois enfermeiros que não realizam consultas de SM e PF, atribuem este facto à não-aceitação das utentes. Com a mesma frequência, a decisão superior, a nível institucional também foi referida como causa para este facto:

Quando vim para aqui trabalhar, puseram-me, a trabalhar no planeamento familiar com o Dr. X. Fiz algumas consultas de integração e, a verdade, é que eu notava que as senhoras não se sentiam muito à vontade. Elas não verbalizavam, mas reparava na própria expressão e às vezes na dificuldade em abordar assuntos e estarem presentes com dois homens na sala, que era o médico (Dr. X) e era eu. E por elas não se sentirem à vontade, também eu começava a não sentir-me à vontade. Foi-me dito que não fazia mais, tanto que, eventualmente, nenhum dos enfermeiros que cá trabalha faz consultas de planeamento familiar, só mesmo as enfermeiras. (Ent. E1)

O enfermeiro E4, como nunca teve esta experiência profissional, apenas sabe que a instituição não lhe proporciona esta oportunidade, tendo referido que já pediu esclarecimentos a nível superior e obteve a resposta respectiva:

Trabalho aqui, em [no Centro de Saúde em estudo] e, desde que entrei, nunca ninguém sequer pôs a hipótese de eu fazer PF. Não sei se é a nível directivo, ou se são as utentes que não... que não desejam que esteja lá um homem enfermeiro... não sei... [...]. Em tom de brincadeira uma pessoa questiona, mas não houve resposta nenhuma, porque está instituído... A única coisa que disseram é que está instituído que são as enfermeiras que fazem. Nunca vi nenhum homem a fazer. (Ent. E4)

Além das respostas anteriores, o enfermeiro E5 acrescentou que esta actividade deve ser atribuída à enfermeira especialista e, na sua ausência, dá sempre preferência às outras enfermeiras que se encontrem disponíveis, como já se referiu anteriormente. Este enfermeiro considerou ainda que existem algumas reservas por parte das utentes em serem atendidas por homens, nestas consultas, no entanto, acha que esta posição das utentes se verifica mais no meio onde se insere esta unidade de saúde, comparativamente com outros meios que conhece:

Não, não é por mim... É provavelmente mais pela aceitação, por estar no [Centro de Saúde em estudo], porque isto não acontece fora deste Centro de Saúde. Acho que [no Centro de Saúde em estudo] é mais problemático do que as extensões fora do centro da cidade, por assim dizer. (...) Isto

está mais enraizado do que nas unidades, porque nas unidades, mesmo médicos fazem consultas e não têm qualquer problema. Só aqui é mais... o médico tem que ter uma enfermeira... Habitualmente, no planeamento só vão enfermeiras. Isso nas extensões já não se passa. Eu, em [unidade do Centro de Saúde em estudo], estava com outro enfermeiro e uma médica, que é que fazia [os exames ginecológicos]... nunca houve problemas. (Ent. E5)

Independentemente de realizarem ou não consultas de SM e PF, também foi intenção deste estudo conhecer a opinião dos/as enfermeiros/as sobre a preparação que consideram ter para o efeito (tabela 3).

Tabela 3: Opinião dos/as enfermeiros/as sobre a sua preparação para trabalhar em SSR dos homens ou das mulheres

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Sente-se preparado/a para trabalhar com homens e mulheres	√			√			2
Sente-se mais preparado/a para trabalhar com mulheres		√	√				2
Não sabe/Nunca teve essa experiência					√		1
Sente necessidade de actualização em todos os campos						√	1

Uma formação em EPS adequada às necessidades das práticas profissionais é o factor mais importante para obter boas práticas educativas, devendo os/as profissionais de saúde adquirir “conhecimento apropriado, atitudes e competências para proteger e promover a saúde” (OMS, 2004, p. 198). O quadro de formação em EPS dos/as enfermeiros/as deve ser construído não somente a partir das directrizes nacionais e internacionais da EPS, mas também deve ter em conta as necessidades sentidas de formação em EPS dos/as mesmos/as. O reforço na sensibilização e preparação técnica dos/as profissionais de saúde deverá encontrar visibilidade na estimulação de curricula académicos e profissionais com conteúdos, linguagens e processos desenvolvidos numa abordagem sensível às questões de género, com linguagem inclusiva para ambos os sexos, onde homens e mulheres se encontrem igualmente representados/as, e não apenas numa vertente limitada à esfera reprodutiva. Desta forma, as práticas educativas dos/as enfermeiros dos CSP seriam capazes de proporcionar serviços promotores de saúde, preventivos, curativos e de reabilitação de boa qualidade.

Desta feita, pode-se depreender a existência de lacunas no quadro formativo dos/as

enfermeiros/as, em concordância com o anteriormente disposto, ao verificar que apenas dois dos enfermeiros entrevistados se sentem preparados para trabalhar tanto com homens como com mulheres em SSR, embora ambos admitam ainda ser mais fácil trabalhar com mulheres:

Sinto-me preparado para trabalhar com os dois, agora na realidade eu acho que é muito mais fácil trabalhar com mulheres na saúde sexual e reprodutiva do que trabalhar com homens, eles têm mais dificuldade em abordar e falar sobre esses assuntos com o profissional do que uma mulher... uma mulher sente-se muito mais à-vontade (Ent. E1). Sinto-me igualmente preparada para trabalhar com os homens e as mulheres. Se bem que, em termos de experiência, a experiência é maior em trabalhar com as mulheres, porque os homens recorrem muito pouco às consultas. (Ent. E2)

As enfermeiras E3 e E6 sentem que estão mais preparadas para trabalhar temas da SSR com mulheres, sendo que E3 apontou como razões para este facto sentir-se mais à-vontade, o desenvolvimento mais aprofundado deste tema no curso de enfermagem e a escassa afluência dos homens a estas actividades. A enfermeira E6 acrescentou que isso faz com que tenham mais experiência nesta área. O extracto seguinte ilustra o que disseram:

Eu... apesar de ter tido formação, no âmbito do curso de especialidade para trabalhar a sexualidade no homem e na mulher, sinto-me mais preparada, mais à-vontade, se calhar, para tratar a sexualidade da mulher... “Por algum motivo especial?” Não, porque se calhar, também nunca fui tão abordada até agora pelo... pelo... pelo homem adulto em si [...] Nós falamos de sexualidade no homem, mas precisava de ser mais desenvolvido na especialidade. (Ent. E3)

O enfermeiro E4 considerou que, devido à sua falta de experiência nas actividades relacionadas com a SSR, não se sente em condições de emitir opinião a este nível, embora não tenha conhecimento que se desenvolvam estas práticas dirigidas à população masculina:

É difícil de dizer... Como nunca fiz... Não posso exprimir as minhas dificuldades [...] Talvez com os homens... Talvez com os homens, embora daquilo que eu vejo, quem faz PF são as mulheres. Acho que nunca vi nenhum homem sequer a acompanhá-las. (Ent. E4)

Na opinião do enfermeiro E5 seria necessária uma actualização geral de conhecimentos no âmbito da SSR para poder prestar estes cuidados à população, uma vez que sente que, devido ao facto de não o fazer há muito tempo, está desactualizado: “Neste momento, tinha que fazer actualizações a todo o nível... são oito anos sem praticamente o fazer, fica uma área completamente ultrapassada. O não usar, não recorrer a esses conhecimentos, também ficam na gaveta” (Ent. E5).

Verifica-se, assim, que a maior parte das mulheres se sente mais preparada para trabalhar com mulheres, no âmbito da SSR e que a maior parte dos homens, devido à sua inexperiência, ou não tem noção das suas potencialidades, ou admite que necessita de actualização e

conhecimentos para poder prestar um atendimento de qualidade aos/às utentes.

Os/as enfermeiros/as foram questionados, também, relativamente à importância que o sexo dos/as utentes tem na condução da consulta. A grande maioria (quatro em seis) considerou que a abordagem que se faz aos homens e às mulheres em termos de SSR deve ser diferente:

Claro que há problemas que são específicos para os homens e problemas que são específicos para as mulheres e, nesse caso, acho que se deve direccionar a consulta, quando há necessidade disso, para um tema específico; falar direccionada para um ou para outro (Ent. E1). Sem dúvida. [Hum...] A forma de reagir de uma mulher e de um homem é completamente diferente. O que uma mulher e um homem normalmente procuram numa consulta é diferente, daí que a nossa forma de agir e de actuar deva ser, também, diferente. Sinto essa necessidade. (Ent. E2)

Dois enfermeiros homens que não realizam este tipo de consulta na sua prática diária, não se expressaram sobre o assunto (E4 e E5).

Uma vez que a maior parte dos/as entrevistados/as admitiu existirem diferenças na abordagem dos homens e das mulheres no âmbito da SSR, foram questionados/as sobre as diferenças percebidas no atendimento dos/as utentes (homens e mulheres). Duas das enfermeiras consideraram que as mulheres demonstram mais interesse pela temática, o que poderá facilitar a maior proximidade de relação que outros dois dos participantes consideraram que elas estabelecem:

Se for mulher... como eu disse é muito mais fácil abordar os temas. Elas têm uma maior facilidade em falar dos problemas. O homem não; o homem parece que dá a sua parte fraca se estiver a admitir que tem determinado problema, pronto... o macho latino e tal; e se disser que tem, é porque se diminui em relação aos seus pares, por isso, tem mais dificuldade em falar acerca desses assuntos, o que não quer dizer que não fale. Alguns têm mais dificuldade de falar, se calhar, do que outros, mas quando o problema é muito sério, eles falam. (Ent. E1)

Tal como se pode perceber na transcrição supra mencionada de E1, para a ideia de que o homem tem preconceitos em abordar o tema da SSR, correspondendo a uma das opiniões recolhidas. Este facto poderá relacionar-se com a reduzida frequência de procura destes serviços, por parte dos homens, como defende E3. O enfermeiro E4 foi de opinião, daquilo que conhece dos homens e não da sua experiência como enfermeiro, que os homens se sentem mais à-vontade com os enfermeiros homens:

Acho que os homens, acho que os homens, na teoria, são mais fáceis... estando com um homem... estando a ser entrevistado... estando a fazer a consulta com um homem, sente-se mais à-vontade... É capaz de se conseguir uma boa... melhor relação... enfermeiro com sexo

masculino nessas consultas do que com as mulheres. Talvez pelo facto de serem de sexos diferentes... (Ent. E4)

Pode-se perceber, assim, que os/as enfermeiros/as têm alguns conceitos ou preconceitos sobre a postura dos/as utentes face à abordagem do tema da SSR por elementos do sexo oposto. Segundo Laranjeira *et al.* (2007), é impossível encarar homens e mulheres do mesmo modo, uma vez que, cada um destes grupos tem, forçosamente, necessidades específicas e vivências diferentes. Os/as participantes estão de acordo com esta afirmação.

4. Conclusões e implicações para o futuro

Dos temas abordados durante o curso de Bacharelato/Licenciatura em Enfermagem, que os/as enfermeiros/as entrevistados/as mais citaram, contam-se, sem diferença de opinião entre homens e mulheres, a anatomia e fisiologia do sistema reprodutor e IST's e outras doenças, entendendo-se que o primeiro foi aquele ao qual foi dado mais ênfase, tanto no que diz respeito à SSR do homem como da mulher. Na SSR da mulher, também se deu igual importância ao planeamento familiar. Alguns/algumas destes/as enfermeiros/as referiram que não se lembravam, falaram pouco ou não falaram sequer da SSR do homem, revelando assim, fraquezas na formação recebida nos conteúdos programáticos do seu curso, que são de grande importância quando se assume o papel que os/as enfermeiros/as adoptam como educadores/as para a saúde, no âmbito das funções que o seu conteúdo funcional lhe acomete.

Independentemente da formação que os/as enfermeiros/as referem ter tido, todas as enfermeiras entrevistadas realizam actualmente consultas de PF e SM e fazem-no, essencialmente, por considerarem que são consultas importantes. Os enfermeiros admitiram que não realizam este tipo de consultas, argumentando este facto principalmente com a não-aceitação das utentes e por decisão superior na instituição onde exercem funções. Os/as participantes, relativamente à preparação para trabalhar com homens e mulheres no âmbito da SSR, dividem a sua opinião em dois grupos. Assim, há os/as que, independentemente do seu sexo, revelam sentir-se igualmente preparados para ambas as situações e as que se sentem mais preparados para trabalhar com mulheres (estes, do sexo feminino).

Na opinião maioritária dos/as entrevistados/as, essencialmente das mulheres, os/as utentes homens e mulheres devem ser abordados/as de formas diferentes no campo da SSR. A valorização da presença do casal pelos/as enfermeiros/as nas suas consultas de PF incentiva, tanto na perspectiva dos enfermeiros, como das enfermeiras, à participação do homem na consulta e, ao mesmo tempo, valoriza o papel do homem.

Face a estes resultados, torna-se prioritário que no futuro a formação inicial e continua dos

enfermeiros/as na área da prestação de cuidados de SSR deva, entre outros aspectos: i) desenvolver conhecimentos e habilidades, no âmbito dos currícula académicos, na área da prestação de cuidados de SSR, em cuidados de saúde primários; ii) investir na formação profissional sobre temas de SSR, com vista à actualização de conhecimentos, de modo a manter-se capaz para o exercício das suas funções em CSP; e iii) sensibilizar para a necessidade de uma abordagem da SSR sensível às questões de género.

Bibliografia

LARANJEIRA, Ana Rita; MARQUES, António M.; SOARES, Célia & PRAZERES, Vasco (coord.) (2008). *Saúde, Sexo e Género: Factos, representações e desafios*. Lisboa: DGS.

OMS (2004). *OMS 21 – Saúde para todos no século XXI*. Loures: Lusodidacta.

PERSELL, Caroline Hodges; JAMES, Carrie; KANG, Trivina & SNYDER, Karrie (1999). *Handbook of the Sociology of Gender*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, pp. 407-440.

RODRIGUES, Manuel; PEREIRA, Anabela & BARROSO, Teresa (2005). *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.

STREUBERT, Helen J, & CARPENTER, Dona R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem* (Trad. Ana Paula Sousa Santos). Loures: Lusociência.

RIBEIRO, José Luís Pais (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Livpsic.

GALASTRO, Elizabeth Perez & FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da (2007). A participação do homem na saúde reprodutiva: o que pensam os profissionais de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem de São Paulo*. 41 (3), pp. 454-459.

BONINO, Luis (2004). Obstáculos y resistencias masculinas al comportamiento igualitario: una mirada provisória a lo intra e intersubjetivo. *Actes Séminaire international Les hommes en changements: les résistances masculines aux changements dans une perspective d'égalité*. Toulouse-France: Univ. Toulouse le Mirail, pp. 177-180.

ALDEN, Kathryn Rhodes (2008). Nutrição e Alimentação no Recém-Nascido. *Enfermagem na Maternidade* (7ª edição). In Deitra Leonard Lowdermilk & Shanon Perry. (Trad. Isabel Albermaz, Maria Cândida Durão, Maria Teresa Leal e Ana Paula Espada). Loures: Lusodidacta, pp. 648-652.

MARCOLINO, Clarice & GALASTRO, Elizabeth Perez (2001). As visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planeamento familiar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9 (3), pp. 77-82.

IPPF / The Population Council (2001). *El poder en las relaciones sexuales: Inicio de un diálogo entre profesionistas en salud reproductiva* (Tradução e publicação da versão em Espanhol: Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO) com apoio parcial da Fundación Ford). Nova Iorque.

PRAZERES, Vasco (2003). *Saúde Juvenil no Masculino: género e saúde sexual e reprodutiva*. Lisboa: DGS.

ICN (s.d.a). *El CIE y la salud del hombre*. Consultado a 22/3/2008 em http://www.icn.ch/matters_menshealthsp.htm

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2005). *O cancro do cólon e do recto é, em Portugal, o cancro mais frequente nos homens*. Consultado a 15/12/2008 em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/cancro/cancro+colon.htm>

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2004a). Carta dos direitos e deveres dos doentes. Lisboa: DGS.

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2004b). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. (Vol. I). Lisboa: DGS.