

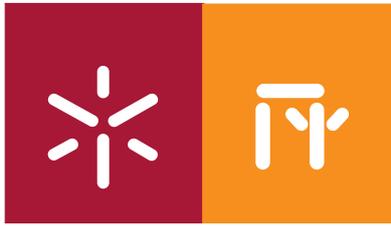


Universidade do Minho

Instituto de Educação e Psicologia

Paula Cristina Freitas Barbosa Nogueira

**Diferenças de género na promoção da
educação para a saúde sexual e reprodutiva:
um estudo com utentes e enfermeiros/as
das consultas de planeamento familiar e
saúde materna**



Universidade do Minho

Instituto de Educação e Psicologia

Paula Cristina Freitas Barbosa Nogueira

**Diferenças de género na promoção da
educação para a saúde sexual e reprodutiva:
um estudo com utentes e enfermeiros/as
das consultas de planeamento familiar e
saúde materna**

Dissertação de Mestrado em Educação,
Área de Especialização em Educação para a Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da
Doutora Maria Teresa Machado Vilaça

Fevereiro de 2009

DECLARAÇÃO

Nome: Paula Cristina Freitas Barbosa Nogueira

Endereço electrónico: barbosanogueira@gmail.com

Telemóvel: +351 964 106 410

Número do Bilhete de Identidade: 11 391 262

Título da dissertação: DIFERENÇAS DE GÉNERO NA PROMOÇÃO DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: Um estudo com utentes e enfermeiros/as das consultas de planeamento familiar e saúde materna

Orientadora: Doutora Maria Teresa Machado Vilaça

Ano de conclusão: 2009

Designação do Mestrado: Mestrado em Educação, Área de Especialização em Educação para a Saúde

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO, APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, 25 de Fevereiro de 2009

(Paula Cristina Freitas Barbosa Nogueira)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de manifestar o meu agradecimento profundo a todas essas pessoas que em diferentes momentos, e das mais variadas maneiras, fizeram parte desta etapa do meu percurso acadêmico. Assim, começo por agradecer a Deus por tudo e aos meus pais, pelo dom da vida que me deram.

Agradeço à Doutora Teresa Vilaça, pela orientação científica e por me ter permitido desenvolver as minhas próprias visões e as discutir comigo de uma forma tão sábia e estimulante; agradeço-lhe também pela sua total disponibilidade e pela relação de ajuda e de amparo que ultrapassou a mera relação orientadora/orientanda.

Gostaria de deixar também uma palavra de profundo apreço à Doutora Laura Santos, pelo grande incentivo e suporte, que me impulsionou na concepção e desenvolvimento deste estudo.

Agradeço também às especialistas que corrigiram e validaram os instrumentos aplicados nesta investigação, pelas suas sugestões e pelo incentivo que deram para a sua implementação.

Agradeço à Direcção do Centro de Saúde onde os dados deste estudo foram colhidos, pela oportunidade que me deu de poder montar lá o palco da minha investigação. Deixo também uma palavra de profundo agradecimento a todos/as os/as utentes e colegas de profissão que colaboraram com o seu testemunho e a sua experiência pessoal e profissional, participando de forma solícita no fornecimento de dados, através das entrevistas realizadas. Deixo também um agradecimento especial às Médicas e Enfermeira que me ajudaram na selecção dos utentes a entrevistar, bem como às amigas e familiares que colaboraram na transcrição das entrevistas.

Agracio com muito carinho os/as colegas de trabalho e, em especial as amigas que reconheci no apoio e incentivo que me prestaram nas horas de maior fraqueza, e que foram muito úteis durante este longo percurso de investigação. Agradeço, também às minhas chefes, pela compreensão demonstrada face ao meu cansaço em determinados momentos e aos pedidos concedidos de flexibilização de horários em função da compatibilidade com o desenvolvimento deste estudo de investigação.

Também agradeço aos/às meus/minhas familiares, que sempre compreenderam os períodos em que não lhes pude dar mais atenção e que foram deixando palavras amigas e de incentivo. Em especial, deixo uma palavra de profundo apreço à minha mãe, pela ajuda indispensável que me deu diariamente, por cada uma das mãos que me estendeu, e à minha madrinha.

Ao Victor, por todo o amor e pelo encorajamento inigualável, apesar dos prejuízos eventuais que a nossa relação possa ter sofrido em consequência da minha indisponibilidade.

DIFERENÇAS DE GÉNERO NA PROMOÇÃO DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: Um estudo com utentes e enfermeiros/as das consultas de planeamento familiar e saúde materna

RESUMO

Os homens e as mulheres apresentam particularidades de carácter biológico que incluem diferenças dos pontos de vista genético, físico, hormonal e reprodutivo, supostamente invariáveis nas diferentes sociedades e culturas. Contudo, as diferenças de género incluem uma grande variabilidade de características em função dos padrões culturais, que condicionam os valores, as normas e os comportamentos atribuídos a homens e mulheres, nomeadamente na saúde sexual e reprodutiva.

Neste sentido, este estudo analisa as implicações do género nas necessidades em educação para a saúde sexual e reprodutiva (SSR) de utentes e enfermeiros/as das consultas de Planeamento Familiar (PF) e Saúde Materna (SM). Com essa intenção, realizou-se um estudo de natureza qualitativa onde se aplicaram entrevistas semi-estruturadas a duas amostras propositadas de utentes (n=12) e enfermeiros/as (n=6) das consultas de PF e de SM, de um Centro de Saúde do Distrito de Braga. A primeira entrevista, centrou-se nas fontes de informação sobre SSR; nos conhecimentos, atitudes, valores e comportamentos sobre o PF e vida em família e na equidade de género nas consultas de PF e SM. A segunda, focada nos/as enfermeiros/as, investigou a percepção sobre a sensibilidade ao género na sua formação e prática, bem como, nos aspectos estudados nos/as utentes.

Verificou-se que havia mais homens a usar como fontes de informação a televisão, a Internet e as revistas e mais mulheres a recorrerem às amigas, livros e família. Para a maior parte dos/as enfermeiros/as, a SSR, principalmente a masculina, foi pouco trabalhada no Curso de Enfermagem. A maior parte dos/as utentes, pensou prevenir a gravidez quando iniciou a actividade sexual, sem consulta médica prévia, embora os/as enfermeiros/as tivessem considerado essa consulta importante para educar o casal. Nos/as utentes, contrariamente aos/às enfermeiros/as, não havia diferenças de género nos assuntos relacionados com a vida sexual que tratam em casal. Face à dificuldade em engravidar, a maior parte dos/as utentes preferia a adopção, e os/as enfermeiros/as pensavam que preferiam uma consulta médica. Na vida em casal, o apoio do homem foi o aspecto mais valorizado pelos dois sexos. Contrariamente à maior parte dos/as utentes, os/as enfermeiros/as consideraram que os homens associam a consulta de PF às mulheres. A maior parte dos/as utentes, considerou indiferente a importância do sexo do/a enfermeiro/a nas consultas de PF e SM, mas, na opinião dos/as enfermeiros/as, as mulheres preferem ser atendidas por mulheres.

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.

**GENDER DIFFERENCES IN SEX AND REPRODUCTIVE HEALTH EDUCATION: A study
with patients and nurses of family planning and maternal health consultations**

ABSTRACT

Men and women present biological particularities which include genetic, physical, hormonal and reproductive differences, considered invariable in different societies and cultures. However, gender differences involve a great variety of characteristics in function of cultural patterns which condition values, norms and behaviour attributed to men and women, namely in sex and reproductive health. In this sense, this research aims to analyse the gender differences regarding the educational necessities of patients and nurses in Family Planning (FP) and Maternal Health (MH) consultations, in order to promote equity in sex and the reproductive health (SRH) of patients. Therefore, a qualitative study, applying semi-structured interviews in two proposed samples of patients (n=12) and nurses (n=6) of FP and MH consultations of a health centre in the Braga District, was developed. This study aimed to investigate the gender differences in patients in their resources of information regarding SRH; knowledge, attitudes, values and behaviour regarding FP and family life, and perceptions regarding gender equity in FP and MH consultations. In relationship to the nurses, their perceptions regarding gender sensibility in their training and practice, and the aspects studied in patients were investigated.

It was verified that more men used television, Internet and magazines as information resources than women who resorted to friends, family and books with the same objective. For the majority of nurses SRH, principally masculine SRH, was only developed on a small scale during their nursing course. The majority of patients interviewed considered preventing pregnancy when initiating their sexual activity but without any previous medical consultation, which was considered very important in the education of couples by nurses. In patients, contrary to the perceptions of the nurses, there were no gender differences in sexual life matters treated by couples. Regarding the difficulty in getting pregnant, the majority of patients, contrary to the perceptions of the nurses, preferred adoption to requesting medical help. In the couple's life, the support of the husband was the most valorised aspect of the two genders. Women, as well as nurses, attributed special importance to the participation of husbands in MH consultations. In contrary to the majority of patients, nurses considered that men associate FP consultations for women only. The majority of patients considered the gender factor of the nurse in FP and MH consultation indifferent, but for the majority of nurses, women preferred to be attended by a woman.

From these results, the necessity to include gender perspectives in FP and MH consultations, as well as, in the nursing courses and in in-service nurse training has emerged.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	III
RESUMO	V
ABSTRACT.....	VII
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	XIII
LISTA DE QUADROS.....	XV
LISTA DE TABELAS	XVII
CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Introdução	1
1.2. Contextualização geral da investigação	1
1.2.1. Evolução do enquadramento internacional da sensibilidade às questões de género na saúde sexual e reprodutiva	2
1.2.2. Saúde sexual e reprodutiva e educação no sistema de saúde em Portugal	10
1.3. Questões de investigação e objectivos do estudo.....	18
1.4. Importância do estudo.....	22
1.5. Limitações da investigação.....	22
1.6. Plano geral da dissertação.....	23
CAPÍTULO II: REVISÃO DE LITERATURA.....	25
2.1. Introdução	25
2.2. Género, sexo e promoção da saúde sexual e reprodutiva nos Cuidados de Saúde Primários	25
2.2.1. Género, sexo e saúde	25
2.2.2. Igualdade e equidade versus discriminação de género.....	34
2.3. Particularidades de género na procura e atendimento dos/as utentes nos serviços de saúde.....	40
2.3.1. Planeamento familiar no feminino e no masculino	40
2.3.2. Participação feminina e masculina durante a gravidez e puerpério.....	49

2.4. Prestação de cuidados e educação nas Consultas de Planeamento Familiar e de Saúde Materna em Portugal	55
2.4.1. Prestação de cuidados de saúde primários	55
2.4.2. Educação para a saúde sexual e reprodutiva nas Consultas de Planeamento Familiar e Saúde Materna.....	60
CAPÍTULO III: METODOLOGIA	72
3.1. Introdução.....	72
3.2. Descrição do estudo.....	72
3.3. Selecção e caracterização da população e amostra.....	73
3.4. Selecção da técnica de investigação	77
3.5. Instrumento de recolha de dados	78
3.6. Recolha de dados.....	81
3.7. Tratamento de dados.....	82
CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	84
4.1. Introdução.....	84
4.2. Conhecimentos, atitudes e valores dos/as utentes das consultas de PF e SM sobre a equidade de género na promoção da SSR	85
4.2.1. Fontes de informação em SSR dos/as utentes das consultas de PF e SM	85
4.2.2. Planeamento familiar e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis nos/as utentes das consultas de PF e SM	89
4.2.3. Vida em família dos/as utentes das Consultas de PF e SM.....	103
4.2.4. Equidade de género nas atitudes, valores e práticas dos/as utentes e enfermeiros/as nas consultas de PF e SM.....	118
4.3. Conhecimentos, atitudes e valores dos/as enfermeiros/as sobre a equidade de género na promoção da SSR.....	123
4.3.1. Sensibilidade às questões de género da formação em SSR e prática profissional dos/as enfermeiros/as	123
4.3.2 Percepções dos/as enfermeiros/as sobre os comportamentos, atitudes e valores dos/as utentes em relação ao planeamento familiar.....	138
4.3.3. Percepções dos/as enfermeiros/as sobre a vida em família dos/as utentes ...	158

4.3.4. Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a equidade de género nas atitudes, valores e práticas dos/as utentes e enfermeiros/as nas consultas de PF e SM.....	173
CAPÍTULO V: CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES.....	183
5.1. Introdução	183
5.2. Conclusões da investigação.....	183
5.3. Implicações dos resultados da investigação	198
5.4. Sugestões para futuras investigações.....	199
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	203
ANEXO 1 - PROTOCOLO DA ENTREVISTA A UTENTES	215
ANEXO 2 - PROTOCOLO DA ENTREVISTA A ENFERMEIROS/AS	219

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- APF – Associação para o Planeamento da Família
- AVSC International – Association for Voluntary Surgical Contraception
- BSG – Boletim de Saúde da Grávida
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CHO – Contraceção Hormonal Oral
- COE – Contraceptivo Oral de Emergência
- CS – Centro de Saúde
- CSP – Cuidados de Saúde Primários
- DGS – Direcção-Geral de Saúde
- DR – Diário da República
- DTS – Doenças de Transmissão Sexual
- ECOSOC – Conselho Económico e Social das Nações Unidas
- ES – Educação Sexual
- ESR – Educação Sexual e Reprodutiva
- EPS – Educação para a Saúde
- EPSSR – Educação para a Saúde Sexual e Reprodutiva
- EuroNGO's - Organizações Não Governamentais Europeias
- EUROSTAT – Organismo Estatístico Europeu
- ICN – International Council of Nurses
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
- IPPF – International Planned Parenthood Federation
- IPPF / RHO – International Planned Parenthood Federation / Região do Hemisfério Ocidental
- IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
- NGO's – Organizações Não Governamentais
- NUTS – Nomenclatura Comum das Unidades Territoriais Estatísticas
- OIT – Organização Internacional de Trabalho
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- ONU – Organização das Nações Unidas

OPS – Organização Panamericana de Saúde
PF – Planeamento Familiar
PNS – Plano Nacional de Saúde
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PEPT – Programa de Educação Para Todos
PPES – Projecto de Promoção e Educação para a Saúde
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SM – Saúde Materna
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SSR – Saúde Sexual e Reprodutiva
UN – United Nations
VIH – Vírus de Imunodeficiência Humana
WHO – World Health Organization

LISTA DE QUADROS

CAPÍTULO III

1: Estrutura do protocolo de entrevista para utentes das consultas de Planeamento Familiar e Saúde Materna do Centro de Saúde	79
2: Estrutura do protocolo de entrevista a enfermeiros/as do Centro de Saúde	80

LISTA DE TABELAS

CAPÍTULO III

1: Caracterização da amostra de utentes das consultas de Saúde Materna e de Planeamento Familiar	75
2: Caracterização da amostra de enfermeiros/as	76

CAPÍTULO IV

1: Educação Sexual do/a utente durante a escolaridade	85
2: Temas tratados na ES durante a escolaridade do/a utente	86
3: Fontes de informação sobre sexualidade e reprodução utilizadas pelo/a utente	86
4: Identificação pelo/a utente do Centro de Saúde como fonte de informação sobre SSR ...	88
5: Fontes de informação que contribuíram mais para a aprendizagem do/a utente sobre sexo e relações interpessoais	88
6: Atitudes do/a utente face à prevenção da gravidez quando começou a ter relações sexuais	90
7: Razões pelas quais o/a utente não pensou em prevenir a gravidez quando começou a ter relações sexuais	90
8: O que pensou o/a utente fazer para prevenir a gravidez	90
9: Atitude face à prevenção de IST's quando começou a ter relações sexuais	91
10: O que o/a utente pensou fazer para prevenir as IST's quando começou a ter relações sexuais	92
11: Assuntos relacionados com a vida sexual que os/as utentes tratam em casal	93
12: Quem toma a iniciativa quando há discussão dos assuntos relacionados com a vida sexual no casal	95
13: O que pensa o/a utente que deve fazer quando não consegue engravidar	95
14: Formas que o/a utente conhece para resolver o problema da dificuldade em engravidar	96
15: Conhecimento dos/as utentes sobre os exames complementares de diagnóstico	97
16: Opinião dos/as utentes sobre a fertilização <i>in vitro</i>	97
17: Opinião dos/as utentes sobre a adopção de crianças	98
18: Preferência dos/as utentes pela fertilização <i>in vitro</i> ou pela adopção	98

19: Opinião dos/as utentes sobre o impacto da infertilidade no casal	99
20: Conhecimento dos/as utentes sobre a lei Portuguesa relativa à IVG	100
21: Opinião dos/as utentes sobre a IVG em caso de malformação congénita	101
22: Opinião dos/as utentes sobre a IVG em caso de risco de vida da mãe	102
23: Opinião dos/as utentes sobre a IVG em caso de violação	102
24: Opinião dos/as utentes sobre a IVG em caso de gravidez não desejada	103
25: Papéis desempenhados pelos utentes homens na vida doméstica	103
26: Papel que o homem desempenha no PF	104
27: Papel que o homem desempenha durante a gravidez da mulher	104
28: Papel que o homem deve ter no PF	105
29: Papel que o homem deve ter durante a gravidez	106
30: Papel que o homem deve ter durante as Consultas de SM	108
31: Estilo de vida da utente grávida	109
32: Repercussão da gravidez no estilo de vida do marido/companheiro.....	111
33: Estilo de vida ideal para a grávida	111
34: Estilo de vida ideal para o marido/companheiro da grávida	112
35: Opinião dos/as utentes sobre o aleitamento materno	113
36: Influência do homem na decisão da mulher amamentar	114
37: Papel do homem durante a gravidez, puerpério e os primeiros anos de vida do/a bebé	116
38: Papel que o homem devia ter durante a gravidez, o puerpério e os primeiros anos de vida do/a bebé	117
39: Preferência dos/as utentes pelo sexo dos/as enfermeiros/as nas consultas de PF e SM	118
40: Participação do homem e da mulher nas consultas de PF	119
41: Papel atribuído pelos/as enfermeiros/as ao homem e à mulher nas consultas de PF e SM	120
42: Estratégias que os/as utentes consideram que devem existir no Centro de Saúde para promover a equidade de género na SSR	121
43: Temas de SSR abordados durante o curso de Bacharelato/ Licenciatura em Enferma- gem	123
44: Temas de SSR abordados com maior ênfase durante o curso de Bacharelato/ Licen-	

ciatura em Enfermagem	126
45: Realização de consultas de enfermagem em SM e PF durante o seu percurso profissional	127
46: Motivo pelo qual realiza consultas de enfermagem em SM e PF	128
47: Motivo pelo qual não realiza consultas de enfermagem em SM e PF	128
48: Opinião dos/as enfermeiros/as sobre a sua preparação para trabalhar na promoção da SSR dos homens ou das mulheres	131
49: Opinião dos/as enfermeiros/as sobre a importância que tem o sexo do utente na condução da consulta	132
50: Diferenças percepcionadas pelos/as enfermeiros/as no atendimento de homens e mulheres, no âmbito da promoção da SSR	132
51: Diferenças percepcionadas pelos/as enfermeiros/as nos critérios de definição de diagnósticos de enfermagem em homens e mulheres	133
52: Diferenças percepcionadas pelos/as enfermeiros/as na prescrição de intervenções de enfermagem a homens e a mulheres	134
53: Valorização da presença do casal pelos/as enfermeiros/as nas suas consultas de PF ..	135
54: Influência do sexo dos/as enfermeiros/as na escolha de cursos de pós-licenciatura de especialização	136
55: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a diferenciação por sexo na escolha dos cursos de pós-licenciatura de especialização	137
56: Temas a desenvolver na consulta de PF com uma rapariga/ mulher que inicia a actividade sexual	138
57: Importância da participação do companheiro na primeira consulta de PF	139
58: Motivos que impulsionam o rapaz/homem a recorrer ao Centro de Saúde	141
59: Motivos prováveis pelos quais o rapaz/ homem não recorre ao Centro de Saúde	141
60: Papel dos companheiros na consulta de PF	142
61: Utentes que recorreram ao Centro de Saúde para pedir o COE	143
62: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre as razões que levam os/as utentes a recorrer a diferentes locais à procura do COE	144
63: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre o processo de tomada de decisão para recorrer ao COE	145

64: Opinião dos/as enfermeiros/as sobre a abordagem da vida sexual entre os casais	146
65: Opinião dos/as enfermeiros/as sobre os assuntos da vida sexual que os/as utentes costumam abordar em casal	147
66: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a atitude que os/as utentes pensam que devem tomar perante a dificuldade de engravidar	149
67: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a informação dos/as utentes a respeito das consultas e tratamentos de infertilidade	150
68: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre o impacto das análises e exames de infertilidade nos/as utentes	151
69: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a opinião dos/as utentes acerca da fertilização <i>in vitro</i> com espermatozoides de dador	152
70: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre o conhecimento dos/as utentes acerca da legislação sobre o aborto em Portugal	153
71: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a opinião dos/as utentes acerca do aborto em caso de mal formação fetal	154
72: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a opinião dos/as utentes acerca do aborto em caso de risco de vida da mãe	156
73: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a opinião dos/as utentes acerca do aborto em caso de violação	156
74: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a opinião dos/as utentes acerca do aborto em caso de gravidez indesejada	157
75: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a distribuição das tarefas domésticas entre o casal	159
76: Opinião dos/as enfermeiros/as sobre o papel que o homem tem no PF	160
77: Opinião dos/as enfermeiros/as sobre o papel que o homem devia ter no PF	161
78: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a opinião dos/as utentes acerca da participação de ambos os elementos do casal na consulta de PF	162
79: Opinião dos/as enfermeiros/as sobre o papel que o homem tem durante a gravidez ...	163
80: Opinião dos/as enfermeiros/as sobre o papel que o homem devia ter durante a gravidez	164
81: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre o papel que o homem pensa que deve ter na	

consulta de SM	165
82: Opinião dos/as enfermeiros/as sobre o papel que o homem deve ter na consulta de SM	166
83: Opinião dos/as enfermeiros/as sobre a participação de ambos os elementos do casal na consulta de SM	166
84: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre as alterações sofridas na alimentação e hábitos de vida da mulher durante a gravidez	167
85: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre alterações sofridas na alimentação e hábitos de vida do homem durante a gravidez da companheira	168
86: Opinião dos/as enfermeiros/as sobre a alimentação que, idealmente, a mulher e o homem devem fazer durante a gravidez	169
87: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a opinião das utentes mulheres acerca do aleitamento materno	169
88: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a opinião dos utentes homens acerca do aleitamento materno	170
89: Opinião dos/as enfermeiros/as sobre a influência da opinião do parceiro sobre a decisão da mulher de amamentar	171
90: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre o comportamento do homem, enquanto marido/companheiro, durante os primeiros meses e anos de vida do/a bebé	172
91: Opinião dos/as enfermeiros/as sobre o comportamento que o homem deve ter, enquanto marido/companheiro, durante os primeiros meses e anos de vida do/a bebé	172
92: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a preferência dos/as utentes em serem atendidos nas consultas de PF e SM por enfermeiros/as do mesmo sexo	174
93: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a importância que os/as utentes pensam que os/as enfermeiros/as dão ao homem e à mulher nas consultas de PF e SM	175
94: Opinião dos/as enfermeiros/as sobre a importância que se dá ao homem e à mulher nas consultas de PF e SM	176
95: Sugestões dos/as enfermeiros/as para mudar as consultas de PF e de SM	178
96: Estratégias que os/as enfermeiros/as consideram que devem existir no Centro de Saúde para promover a equidade de género nos cuidados de SSR	180

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1.1. Introdução

Este capítulo apresenta a contextualização da investigação desenvolvida. Na primeira secção (1.2) faz-se uma apresentação inicial do problema que é objecto de investigação enquadrando-o, sumariamente, nas diversas orientações que regem as práticas dos cuidados de saúde neste âmbito, designadamente, no que diz respeito à evolução do conceito de género na saúde sexual e reprodutiva e da sensibilidade demonstrada pelos/as profissionais de saúde ao género. Em seguida, são definidas as questões e os objectivos de investigação que orientam este trabalho (1.3). Posteriormente, realça-se a importância deste estudo (1.4), indicam-se as principais limitações da investigação realizada (1.5) e descreve-se o plano geral da dissertação (1.6).

1.2. Contextualização geral da investigação

Certas formas de desigualdade em saúde são, em grande parte, socialmente geradas, mantidas ou agravadas e, por isso, merecedoras de respostas adequadas numa sociedade verdadeiramente democrática (Laranjeira, Marques, Soares & Prazeres, 2008). Ao longo desta investigação pretende-se evidenciar essas formas de desigualdade na saúde sexual e reprodutiva das mulheres, concretamente, a nível das iniquidades verificadas na partilha de responsabilidades no planeamento familiar, na saúde materna, na vida em família e nas práticas dos/as enfermeiros/as, mais especificamente nos/as que prestam cuidados de saúde primários, na área do Planeamento Familiar (PF) e da Saúde Materna (SM).

Assim, nesta secção é abordada, em primeiro lugar, a evolução do enquadramento internacional da sensibilidade às questões de género na saúde sexual e reprodutiva (SSR) (1.2.1.), destacando-se as principais directrizes internacionais que reforçam o papel emergente do homem como co-

responsável da mulher no planeamento familiar, saúde materna e vida em família, evidente, nomeadamente, nas actuais leis de protecção à maternidade e paternidade internacionais e nacionais. Depois, aborda-se a saúde sexual e reprodutiva e a educação para a SSR no sistema de saúde em Portugal (1.2.2.), onde se integra um aparte pessoal que descreve uma visão inicial da investigadora, como enfermeira, sobre as diferenças de género nas consultas de Enfermagem de Planeamento Familiar e de Saúde Materna no Centro De Saúde do Distrito de Braga objecto desta investigação.

1.2.1. Evolução do enquadramento internacional da sensibilidade às questões de género na saúde sexual e reprodutiva

A Organização Mundial de Saúde (1975) caracteriza a saúde sexual como a integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser humano sexuado, na medida em que esses aspectos permitem um desenvolvimento adequado da personalidade, da comunicação e do amor e são enriquecedores da qualidade de vida. A sexualidade é experienciada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações (OPS/OMS, 2000).

As conferências internacionais da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre os direitos humanos, aliadas ao desenvolvimento científico que permitiu o controlo da reprodução, têm levado a mulher a reivindicar o direito de decidir sobre o próprio corpo e a participar mais activamente no comportamento sexual do casal, exigindo, em simultâneo, maior participação do homem no planeamento familiar do casal e no apoio aos/às filhos/as. A evolução das políticas internacionais e nacionais, nesta área, têm-se vindo a fazer sentir, principalmente a dois níveis: no âmbito da regulamentação da protecção à maternidade e no âmbito do acesso ao planeamento familiar e à educação sexual.

A protecção à maternidade tem sido regulamentada, fundamentalmente, pelos Serviços de Saúde e pela Organização Internacional de Trabalho (OIT), agência ligada à ONU especializada nas questões de trabalho. Esta Organização adoptou, em 1919, a primeira convenção de protecção à maternidade (convenção n.º 3), que impôs limites ao trabalho das mulheres grávidas. Em 1952, foi seguida pela convenção n.º 103, que acabou por ser ratificada por trinta e sete países. Em 2000, após uma revisão, esta convenção originou a Convenção n.º 183, *Convenção de Protecção à Maternidade*, a partir da qual cabe aos Estados Membros decidir ratificá-la ou não e, se o fizerem, comprometerem-se a adaptar as suas legislações à Convenção e implementar novas leis. As principais medidas legislati-

vas que os países aderentes devem tomar, estão relacionadas com a protecção da saúde e bem-estar da mulher que trabalha durante a gravidez, o nascimento e a amamentação, no sentido de assegurar que o seu emprego é protegido e não são sujeitas a discriminação (OIT, 2002). Estas medidas foram operacionalizadas na Convenção nº 183, fundamentalmente com base nos seguintes princípios: (i) a Convenção refere-se a todas as mulheres empregadas, incluindo aquelas que estão empregadas em formas atípicas de trabalho dependente (artigo 2.1); (ii) devem ter o direito a um período de licença de maternidade de não menos de 14 semanas (artigo 4.1); (iii) a licença de maternidade deve incluir um período de seis semanas compulsórias pós-parto (artigo 4.4); (iv) onde, sob lei ou execução nacional, os benefícios pagos relativos à licença são baseados nos ganhos anteriores, e a quantia de tais benefícios não deve ser menos do que dois terços do salário anterior (artigo 6.3); (v) à mulher é garantido o direito de retornar à mesma posição ou a uma posição equivalente, de mesmo salário, no final da sua licença de maternidade (artigo 8.2); (vi) deve ser dado o direito às mulheres de uma ou mais pausas diárias ou redução de tempo de trabalho para amamentar (artigo 10.1); e (vii) essas pausas ou reduções no tempo de trabalho diário devem ser contadas e pagas como tempo de trabalho (artigo 10.2).

A Organização Internacional de Trabalho tem um banco de dados para cada país que ratificou a Convenção, com a legislação dividida nas quatro áreas maiores de protecção que respeitam a *Convenção de Protecção à Maternidade* (OIT, 2007): fornecimento de licença de maternidade e outros tipos de licença relacionados, incluindo a paternidade, a adopção e a licença parental, indicando como é que os/as trabalhadores/as estão cobertos/as, as condições de elegibilidade e a duração de cada período de licença; os benefícios em dinheiro disponíveis durante os vários tipos de licença e a fonte do capital; medidas de protecção da saúde, tais como, arranjos no tempo de trabalho, evitar trabalho não saudável ou perigoso e medidas para a amamentação; e medidas visando a protecção da mulher contra a discriminação, na altura da maternidade e proporcionar emprego e segurança.

Na Dinamarca, Noruega, Venezuela e Cuba, o período de licença de maternidade é de 18 semanas, mas em alguns países é variável, como por exemplo no Canadá (17 a 18 semanas), na Inglaterra (14 a 18 semanas) e em França (16 a 26 semanas). A Suécia foi o primeiro país a ter a licença de maternidade para ambos os pais (480 dias). Neste país, até ao terceiro mês, a licença é para o pai e para a mãe, mas a partir dessa data, só um pode ficar de licença, mesmo que a mãe ainda esteja a amamentar. Esse período pode ser alternado para o pai e para a mãe (OIT, 2007).

Em Portugal, a Lei de Protecção da Maternidade e da Paternidade (Lei nº 4/84, de 5 de Abril)

foi alterada pelo Decreto-Lei n.º 70/2000, de 4 de Maio e complementada com a respectiva regulamentação para o sector privado (Decreto-Lei n.º 230/2000, de 23 de Setembro) e público (Decreto-Lei n.º 194/1996, de 16 de Outubro).

Recentemente surgiu o conceito de licença de parentalidade partilhada, com a Lei n.º 7/2009 de 12 de Fevereiro, que confere ao casal a possibilidade de optar por uma licença inicial de 120 ou 150 dias, que podem ser acrescidos de 30 dias, “no caso de cada um dos progenitores gozar, em exclusivo, um período de 30 dias consecutivos, ou dois períodos de 15 dias consecutivos, após o período de gozo obrigatório pela mãe (...)” (Art. 40.º, alínea 2). Este período refere-se às seis semanas que se sucedem ao parto, que têm que ser gozadas obrigatoriamente pela mãe, podendo ser o restante período de licença de maternidade gozada pelo pai por decisão conjunta. O pai tem ainda direito a dez dias de licença, dos quais, cinco terão de ser gozados imediatamente a seguir ao nascimento da criança e os restantes cinco no primeiro mês de vida.

Na Lei Portuguesa, também de acordo com a Convenção n.º 183 (OIT, 2008), a licença de maternidade é contada como prestação efectiva de serviço e o seu gozo confere direito a um subsídio pago pela Segurança Social. Durante a amamentação, a mãe tem uma dispensa de duas horas em cada dia de trabalho para o efeito, divididas em dois períodos de uma hora cada, sem perda de remuneração e de quaisquer regalias (Lei n.º 7/2009, Art. 47.º). De acordo com esta lei, no caso de não haver amamentação, a mãe ou, por decisão conjunta dos pais, o pai, tem o direito a dispensa para aleitação até o filho completar um ano de idade. Esta dispensa não implica perda de remuneração nem de quaisquer outras regalias. Na gravidez e após o parto, as mulheres têm o direito a dispensa de trabalho nocturno e, também é proibido ou condicionado o desempenho de tarefas ou actividades susceptíveis de prejudicar a saúde da grávida ou da criança.

Esta evolução da protecção à maternidade é uma das componentes de uma evolução multifacetada de apoio à saúde sexual e reprodutiva do homem e da mulher ao longo da vida. Segundo as Organizações Não Governamentais (NGO's) (EuroNGO's, 2003), as políticas de acesso ao planeamento familiar, à protecção à maternidade e à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, disponibilizados de forma universal a todas as mulheres, homens e adolescentes foram submetidas, nos últimos anos, a um salto radical, associado aos programas demográficos; “hoje em dia, a força motriz é, portanto, a saúde e os direitos humanos, respeitando a escolha e a liberdade individuais” (EuroNGO's, 2003, p. 4).

O primeiro marco da declaração do direito humano dos pais ao planeamento familiar data de 1968, da *Conferência Internacional dos Direitos Humanos*, realizada no Teerão. Pode ler-se no ponto 16 da *Proclamação do Teerão* que: “A protecção da família e da criança continua a ser a preocupação da comunidade internacional. Os pais têm um direito humano básico de determinar livre e responsavelmente o número e o espaçamento dos seus filhos.” Esta terminologia “pais” utilizada, sofreu uma mudança significativa na *Conferência Mundial sobre População* (1974), que decorreu em Bucareste, ao ser substituída por “pessoas”, com o intuito de abranger também pares e indivíduos (Alves, 2001). Um ano mais tarde, na Primeira Conferência Mundial sobre Mulheres, que decorreu na Cidade do México, em 1975, foi introduzida uma nova dimensão do direito ao planeamento familiar, ao estabelecer que esse direito ao planeamento familiar era essencial para alcançar a igualdade de género. Desta forma, o conhecimento sobre os objectivos e actividades de planeamento familiar, bem como o acesso a elas, tiveram um grande aumento desde 1984. Essa evolução foi reconhecida dez anos depois na Conferência Internacional sobre População, realizada na mesma cidade (EuroNGO's, 2003). Nesta conferência, o papel dos homens emergiu também como um factor crítico:

Com o fim de preparar mulheres com liberdade para participar inteiramente na vida da sociedade, é igualmente necessário que os homens partilhem inteiramente as responsabilidades das mulheres nas áreas de planeamento familiar, do cuidado às crianças e de todos os aspectos restantes da vida familiar (EuroNGO's, 2003, p. 7).

Através desta medida, pretendia-se tornar o acesso de homens e mulheres a serviços de planeamento familiar, o mais rápido possível, tanto em meio rural como em meio urbano. Desta feita, constituíram-se como avanços significativos o reconhecimento do papel dos homens, as necessidades dos/as adolescentes e o uso das NGO's na redução do desconhecimento das necessidades de planeamento familiar.

Estes avanços no âmbito do planeamento familiar motivaram a criação de um novo conceito de saúde sexual, que se estabeleceu no Cairo, na *Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento*, em 1994:

A saúde reprodutiva é um estado do completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias que se relacionam com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, conseqüentemente, que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e que tenham a capacidade de se reproduzir e decidir se, quando e com que frequência o fazem. Implícito nesta última condição estão os direitos de homens e mulheres serem informados e terem acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha, que sejam seguros,

eficazes e aceitáveis, também como, o acesso a serviços de saúde adequados, que permitam às mulheres terem uma gravidez e um parto em segurança e ofereçam aos casais as melhores oportunidades de terem crianças saudáveis. De acordo com esta definição de saúde reprodutiva, os cuidados de saúde reprodutiva são definidos como o conjunto de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde reprodutiva e o bem estar através da prevenção e da resolução de problemas de saúde reprodutiva. Isto também inclui a saúde sexual, cujo objectivo é promover a vida e as relações pessoais e não meramente fazer aconselhamento e prestar cuidados relacionados com a reprodução e as doenças sexualmente transmissíveis (United Nations, 1995, ponto 7.2).

Este Programa de Acção estabeleceu quinze princípios, dentro dos quais três estão especificamente relacionados: a igualdade e equidade de género, o direito a atingir o mais alto standard de saúde física e mental e a família como base unitária da sociedade. O primeiro princípio referido (princípio 4), preconiza que promover a igualdade e equidade de género e a capacitação da mulher, a eliminação de todos os tipos de violência contra a mulher e assegurar a habilidade da mulher para controlar a sua própria fertilidade, são as pedras basilares dos programas relacionados com o desenvolvimento das populações. Também assegura, que são objectivos prioritários da comunidade internacional a plena e igual participação da mulher na vida cívica, cultural, económica, política e social, a níveis regional e internacional, e a erradicação de todas as formas de discriminação relacionada com o género.

A saúde foi definida com um direito (princípio 8) e, por isso, o Estado deverá tomar as medidas apropriadas para o possibilitar, na base de uma igualdade homem e mulher, criando condições para o acesso universal aos cuidados de saúde, incluindo os que estão relacionados com os cuidados de saúde reprodutiva, que englobam o planeamento familiar e a saúde sexual. Neste sentido, é defendido que todos os casais e indivíduos têm o direito básico de decidir, livre e responsabilmente, o número e a altura para ter filhos e, para isso, ter a informação e a educação como um meio para o fazer. A família é defendida como a unidade básica da sociedade (princípio 9) e, como tal, deverá ser fortalecida, embora seja reforçado que existem várias formas de família em diferentes sistemas culturais, políticos e sociais.

Estes princípios foram desenvolvidos no capítulo IV do *Programa de Acção* do Cairo, através da proposta de uma base para a acção assente em dois pressupostos: a capacitação e o status da mulher (pontos 4.1 a 4.14) e as responsabilidades e participação do homem (pontos 4.24 a 4.29). O que se pretende, fundamentalmente, com esta acção na mulher, é que adquira uma igualdade e equidade, baseada numa relação harmoniosa entre o homem e a mulher, e fique capacitada para

realizar plenamente o seu potencial. Também se pretende que a todas as mulheres, tal como aos homens, lhes seja proporcionada a educação necessária para que sejam capazes de satisfazer as suas necessidades humanas básicas e o seu exercício dos direitos humanos. Para isso, foi estabelecido como objectivo, assegurar o aumento dos contributos da mulher para o desenvolvimento sustentável, através do seu envolvimento completo nos processos políticos e de tomada de decisão, e promover a sua participação em todos os aspectos da produção, emprego, educação, saúde, ciência e tecnologia, desportos, cultura e actividades relacionadas com a população e outras áreas em que, como pessoas que tomam activamente decisões, participam e são beneficiárias.

Em relação ao homem, é fundamentalmente defendida a igual participação entre o homem e a mulher em todas as áreas da família e das responsabilidades em casa, incluindo o planeamento familiar, cuidar das crianças e participar com igualdade no trabalho doméstico, promovendo um equilíbrio entre as responsabilidades domésticas e públicas. Reforça-se que deverão ser feitos esforços especiais que enfatizem uma responsabilidade partilhada do homem e promovam o seu activo envolvimento na paternidade e no comportamento sexual e reprodutivo, incluindo: o planeamento familiar e os cuidados pré-natais da mãe e da criança; a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, a prevenção de gravidezes não desejadas e de alto risco; a partilha do controlo e a contribuição para o rendimento económico da família; a educação das crianças, saúde e nutrição; e o reconhecimento e promoção de valores iguais às crianças dos dois sexos. O objectivo é promover a igualdade de género em todas as esferas da vida do homem, incluindo a família e a vida na comunidade, e encorajando e capacitando o homem para assumir a responsabilidade pelo seu comportamento sexual e reprodutivo e pelos seus papéis sociais e familiares.

Posteriormente, na Declaração de Beijing, resultante da *Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres*, das Nações Unidas (UN, 1995), defende-se que é essencial para o bem-estar do homem e da mulher, das suas famílias e também para a consolidação da democracia, terem iguais direitos, oportunidades, acesso a recursos, igual partilha de responsabilidades na família e uma parceria harmoniosa entre eles (ponto 15). Também é reafirmado o reconhecimento explícito do direito de todas as mulheres a controlarem todos os aspectos da sua saúde, em particular da sua própria fertilidade, como básico para a sua capacitação (ponto 17). Neste sentido, esta declaração determina que se devem tomar todas as medidas necessárias para eliminar todas as formas de discriminação contra a mulher e as raparigas, e remover todos os obstáculos para a igualdade de género e o progresso de capacitação da mulher (ponto 24); encorajar o homem a participar completamente em todas as

acções para a igualdade e assegurar igual acesso para um igual tratamento da mulher e do homem na educação e nos cuidados de saúde, bem como melhorar a saúde sexual e reprodutiva e a educação da mulher (ponto 30).

A *Plataforma para a Acção* que resultou dessa declaração define vários objectivos estratégicos e acções a serem desenvolvidas em vários âmbitos, nomeadamente a nível da saúde sexual e reprodutiva. Esta Plataforma acrescenta alguns aspectos em relação à Conferência anterior, acima descrita, nomeadamente, que os direitos reprodutivos também incluem o direito da mulher tomar decisões em relação à sua reprodução livre de discriminação, coerção e violência, como expresso nos documentos dos direitos humanos e, nesse sentido, a promoção do exercício responsável desses direitos para todas as pessoas deverá ser uma base fundamental para as políticas e programas de apoio na área da saúde reprodutiva, incluindo o planeamento familiar. Como parte deste comprometimento, deverá ser dada uma atenção plena à promoção do respeito mútuo e igualdade das relações de género (ponto 59). O VIH/SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis também são referidas neste documento, por resultarem muitas vezes da falta de poder da mulher para insistir em práticas sexuais responsáveis e seguras e por terem acesso restrito a informação e serviços para prevenção e tratamento dessas doenças:

As consequências do VIH/SIDA ultrapassam a saúde das mulheres e afectam os seus papéis como mães e cuidadoras e a sua contribuição no suporte económico das famílias. As consequências sociais, de desenvolvimento e na saúde do VIH/SIDA e outras doenças de transmissão sexual devem ser abordadas numa perspectiva de género (UN, 1995, ponto 98).

Neste sentido, a Plataforma de Acção estabelece como acções a serem realizadas: (i) tornar mais acessíveis os cuidados de saúde sexual e reprodutiva, que incluem informação e serviços sobre o planeamento familiar, e dar particular atenção aos cuidados obstétricos de saúde materna (ponto 106e); (ii) redesenhar a informação em saúde, os serviços e a formação para os profissionais de saúde, para que sejam sensíveis às questões de género e evidenciem essas perspectivas nas suas competências interpessoais e de comunicação e no respeito ao direito à privacidade e à confidencialidade (ponto 106f); fortalecer e reorientar os serviços de saúde, particularmente os cuidados de saúde primários para reduzir a morbilidade materna para, pelo menos 50% dos níveis de 1990 em 2000, e voltar a reduzir para metade até ao ano 2015; assegurar que estão disponíveis e acessíveis a todos os indivíduos, logo que possível e o mais tardar até ao ano 2015, os serviços que prestam cuidados de saúde reprodutiva, através do sistema dos cuidados de saúde primários (ponto 106i); reconhecer e

lidar com o impacto na saúde do aborto não seguro, como a maior preocupação de saúde pública (ponto 106j); reduzir o recurso ao aborto, assegurar que em nenhum caso o aborto será promovido como um método de planeamento familiar, fazer todas as tentativas para eliminar a necessidade de aborto, assegurar o aconselhamento pós-aborto (de acordo com a legislação do país), ou considerar a revisão das leis punitivas contra a mulher que realizou um aborto ilegal, prevenir as gravidezes não desejadas e assegurar que as mulheres que têm gravidezes não desejadas, têm a informação e o aconselhamento adequado através do alargamento e melhoria dos serviços de planeamento familiar (ponto 106K); promover a informação pública sobre os benefícios do aleitamento materno (ponto 106r); dar prioridade a programas educativos formais e informais que apoiem e capacitem a mulher a desenvolver a sua auto-estima, a adquirirem conhecimento, a tomarem decisões e a serem responsáveis com a sua própria saúde, a adquirirem respeito mútuo na sexualidade e fertilidade e a educarem o homem sobre a importância da saúde e bem estar da mulher (ponto 107a); encorajar o homem a partilhar com igualdade os trabalhos de casa e o cuidar das crianças e partilhar o apoio financeiro da família, mesmo quando não vivem com ela (ponto 107c); encorajar o homem e a mulher a serem responsáveis pelo seu comportamento sexual e reprodutivo (ponto 107d); desenvolver programas e estratégias multisectoriais sensíveis às questões de género para educar e capacitar o homem a assumir a sua responsabilidade na prevenção do VIH/SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis (ponto 107e); e dar a todas as mulheres e profissionais de saúde toda a informação relevante e educação sobre as doenças sexualmente transmissíveis incluindo o VIH/SIDA na gravidez e as implicações para o/a bebé, incluindo a amamentação (ponto 107i).

A Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa (2005) organizou um debate para promover a *Quinta Conferência Mundial sobre a Mulher*. Foi realçado que só com a *Quarta Conferência* é que a igualdade de género se tornou um assunto de grande perfil para as Nações Unidas, tendo a *Declaração* e a *Plataforma de Acção* lá produzidas marcado a transição para o conceito de promoção da mulher, que inclui a promoção da igualdade entre os sexos, o que exige, por vezes, a participação do homem, e da mulher e da sociedade como um todo. Após análise dos resultados obtidos com os processos de revisão “Beijing+5”, realizado em 2000, e de “Beijing+10”, realizado em 2005, ambos em Nova Iorque, terem deixado claro que não só houve falta de implementação, como também falta de vontade política para mudar, foi agendada a Quinta Conferência Mundial para nunca depois de 2010. No entanto, a Assembleia encorajou os seus membros a tomarem as acções apropriadas nos parlamentos nacionais para apoiar a realização da Conferência Mundial.

Em síntese, a evolução das políticas mundiais sobre a saúde sexual e reprodutiva da mulher e as directrizes daí emanadas com que vários países se comprometeram, nomeadamente Portugal, tornam clara a pertinência actual da valorização da promoção da acção e investigação nos serviços que prestam cuidados de saúde sexual e reprodutiva primária à mulher, e na formação dos/as profissionais de saúde a trabalhar nessa área, para que sejam sensíveis às questões de género. Neste sentido, serão abordadas a seguir as políticas Portuguesas sobre este assunto.

1.2.2. Saúde sexual e reprodutiva e educação no sistema de saúde em Portugal

Em Portugal, a Direcção-Geral de Saúde, abreviadamente designada por DGS, é um serviço central do Ministério da Saúde, integrado na administração directa do Estado, dotado de autonomia administrativa. A missão deste organismo, definida pelo Decreto Regulamentar n.º 66/2007, de 29 de Maio, consiste em regulamentar, orientar e coordenar as actividades de promoção da saúde, prevenção da doença e definição das condições em que elas ocorrem. No âmbito das suas funções, a DGS desenvolveu orientações para a actuação dos/as enfermeiros/as e médicos/as no atendimento em cuidados de saúde primários a famílias gestantes, parturientes e casais sexualmente activos que constam no documento *Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar* (DGS, 2008, p.5):

As actividades de Planeamento Familiar são, nesse contexto, uma componente fundamental da prestação integrada de cuidados de saúde reprodutiva e nessa perspectiva, a consulta de Planeamento Familiar deve assegurar, também, outras actividades de promoção da saúde, tais como informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das IST, do cancro do colo do útero e da mama, prestação de cuidados pré-concepcionais e no puerpério, prevenção do tabagismo e do uso de drogas ilícitas.

Estas orientações têm um carácter muito amplo quanto aos conteúdos abordados e são de carácter universal. Seguindo a mesma linha orientadora, o *Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010* (DGS, 2004b), focaliza-se na necessidade de mudança centrada no cidadão, ao afirmar que “sensibilizar os profissionais de saúde para promover comportamentos saudáveis junto dos utentes com quem estabelecem contacto, é uma medida com um potencial elevado de ganhos em saúde” (DGS, 2004b, p. 66).

Ao mesmo tempo, o PNS atribui especial importância aos/às profissionais de saúde na educação permanente dos utentes que lhes são confiados, e destaca orientações estratégicas e intervenções necessárias para que isso aconteça, ao estabelecer que “dar-se-á continuidade ao reforço das

garantias em Saúde Sexual e Reprodutiva” e “assegurar-se-ão condições de exercício da autodeterminação sexual de mulheres e homens, assente num processo educativo integrado e na progressiva adequação dos serviços prestadores de cuidados” (DGS, 2004b, p.8).

O Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva, destinado aos/às profissionais de saúde, também reforça a importância da Educação Para a Saúde Sexual e Reprodutiva (EPSSR), no âmbito da prestação de cuidados de saúde primários relacionados com a consulta de Planeamento Familiar (PF), ao determinar que:

[...] pretende assegurar a prestação de um conjunto de cuidados que contribuam [...] para que homens e mulheres possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e a capacidade de se reproduzirem, bem como a liberdade de decidir se, quando e com que frequência o fazem [...] (DGS, 2005, p. 37).

As decisões da DGS, acima referidas, foram alicerçadas em várias directrizes legais que visam a promoção da saúde sexual e reprodutiva a partir dos hospitais e centros de saúde. A primeira linha orientadora surgiu em 1976, através do artigo 67º da *Constituição da República Portuguesa*, hoje ratificado pela VII Revisão Constitucional (2005), que instituiu o direito à paternidade consciente, atribuindo ao Estado o dever de divulgar o planeamento familiar e organizar as estruturas jurídicas e técnicas que permitam a paternidade consciente:

Garantir, no respeito da liberdade individual, o direito ao planeamento familiar, promovendo a informação e o acesso aos métodos e aos meios que o assegurem, e organizar as estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma maternidade e paternidade conscientes (alínea d).

A Constituição da República Portuguesa defende ainda, no artigo 68º, os direitos da maternidade e paternidade como “valores sociais eminentes”. Perante esta evidência, foi emitido o Despacho n.º 16/3 de 24 de Março de 1976, que determina a criação das consultas de PF nos serviços de ginecologia/obstetrícia existentes nas instituições de saúde, ao definir que:

O art.º 67º da Constituição da República Portuguesa, institui o Direito à Paternidade Consciente, atribuindo ao Estado o dever de divulgar o planeamento familiar e organizar as estruturas jurídicas e técnicas que permitam a paternidade consciente.

Neste documento, depreende-se que o sentido atribuído ao conceito de paternidade se estende ao conceito de parentalidade, na medida em que pretende ser extensivo aos conceitos de maternidade e paternidade numa perspectiva familiar, enraizada culturalmente, como elemento fundamental da sociedade. Desta forma, e com base neste artigo da Constituição da República, é atribuído ao Estado o dever de proteger a sociedade e efectivar todas as condições que permitam a realização pessoal dos

seus membros.

Posteriormente, na Lei n.º 3/84, de 24 de Março, sobre Educação Sexual (ES) e Planeamento Familiar (PF), “o Estado garante o direito à educação sexual, como componente do direito fundamental à educação”, do qual todos os cidadãos devem usufruir. Há, nesta lei, uma preocupação visível no sentido de organizar as estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma maternidade e paternidade conscientes, com vista a proporcionar aos indivíduos e aos casais informações, conhecimentos e meios que lhes permitam uma decisão livre e responsável em matéria de PF. A figura indissociável do casal é protagonista ao longo deste documento, como podemos constatar, também, no art.º 3º, ao verificar que “o planeamento familiar postula acções de aconselhamento genético e conjugal”, sendo “do foro pessoal e conjugal as opções sobre meios e métodos contraceptivos.”

De igual forma, parece-nos digno de realce o artigo 5º da mesma Lei, onde “é assegurado a todos, sem discriminações, o livre acesso às consultas e outros meios de planeamento familiar”, em que o livre acesso se traduz em gratuidade, tanto das referidas consultas, como também dos métodos contraceptivos (art.º 6º). O artigo subsequente reforça a universalidade destes deveres estatais, ao acrescentar:

É dever do Estado e demais entidades públicas, designadamente as autarquias e as empresas públicas de comunicação social, promover e praticar periodicamente, com sentido pedagógico, informação eficaz sobre a existência e as vantagens dos métodos e meios de planeamento familiar, bem como sobre os locais, os horários e o regime de funcionamento dos respectivos centros de consulta (artigo 7º).

Este dever carece, ainda assim, da obrigatoriedade de respeitar os princípios estabelecidos nos artigos 2º a 6º, ou seja, de se direccionar a todos os indivíduos e casais, sem discriminação e de forma gratuita.

Em 1984, voltou-se a atribuir um grande valor social à maternidade e paternidade, com a Lei n.º 4/84, de 5 de Abril, através da atribuição de direitos, em condições de igualdade, à realização profissional e à participação na vida cívica do País. No artigo 2º pode ler-se: “os pais são iguais em direitos e deveres quanto à manutenção e educação dos filhos”. Desta forma, procura-se “conscienzializar e responsabilizar os progenitores, sem distinção, pelos cuidados e pela educação dos filhos, em ordem à defesa da saúde e à criação de condições favoráveis ao pleno desenvolvimento da criança.”

Nesse mesmo ano, foi tornada legal a exclusão de ilicitude em alguns casos de interrupção voluntária da gravidez (Lei nº 6/84). Com esta lei, o aborto deixou de ser punível se:

a) constituir o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida; b) se mostre indicado para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida, e seja realizado nas primeiras 12 semanas de gravidez; c) haja seguros motivos para prever que o nascituro venha a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação, e seja realizado nas primeiras 16 semanas de gravidez; d) haja sérios indícios de que a gravidez resultou de violação da mulher, e seja realizado nas primeiras 12 semanas de gravidez” (Artigo 140º, ponto1).

Em síntese, até 1984 a legislação criada em Portugal sobre saúde sexual e reprodutiva determina: (i) o desenvolvimento das Consultas de Planeamento Familiar; (ii) o acesso dos/as jovens a estas consultas; (iii) a criação de Centros de Atendimento para Jovens; (iv) a obrigatoriedade da educação sexual na comunidade escolar e a formação de professores/as de todos os grupos disciplinares nessa área; (v) a melhoria das condições de protecção à maternidade; (vi) a legalização da esterilidade voluntária; (vii) a legalidade da interrupção voluntária da gravidez nos casos de perigo para a saúde física ou psíquica da mãe, grave deformação no feto e violação; e (viii) o incentivo de associações privadas visando a difusão do planeamento familiar.

A Portaria n.º 52/85 de 26 de Janeiro, que regulamenta as consultas de Planeamento Familiar e Centros de Atendimento de Adolescentes, sublinha o interesse em “organizar as estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma maternidade e paternidade conscientes”. Os sujeitos visados são, de um modo geral, identificados no sentido lato, pelo conceito de utente e ser humano, confirmando-se assim, a abrangência da sua aplicação a um ser bio-psico-social, com toda a complexidade que esta concepção implica. O artigo 2º define, assim, a abrangência da consulta de planeamento familiar, dirigida aos indivíduos e casais, tendo em conta as vantagens para a saúde da mulher, da criança e da família.

Nessa altura, a Associação para o Planeamento da Família (APF) e os membros portugueses da International Planned Parenthood Federation (IPPF) organizaram o seu primeiro seminário e fizeram a sua primeira proposta para colocar em prática a educação sexual, organizando o primeiro curso para professores/as e outros/as profissionais. Apesar de tudo, as novidades nem sempre são bem aceites pela população e, em 1985, insurgem-se o *Movimento de Defesa da Vida*, a *Caritas* e o Secretariado Nacional das Associações de Pais, manifestando-se contra as Leis nº 3/84 e 6/84 e a Portaria n.º 52/85, negando a aplicabilidade destes documentos (IPPF, 2006).

Em 1986, a Lei de Bases do Sistema Educativo Português (Lei nº 46/86) tenta avançar mais

um passo nesta matéria, introduzindo-se, pela primeira vez, no plano curricular do ensino básico português, a disciplina de *Desenvolvimento Pessoal e Social* (artigo 47º), que tem como uma das componentes a educação sexual.

A APF, o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde desenvolveram, entre 1995 e 1998, um projecto experimental de educação sexual em cinco escolas. Como consequência, foi elaborado o *Relatório Inter-Ministerial para a Elaboração do Plano de Acção sobre Educação Sexual e Planeamento Familiar* (PPES) (APF, Ministério da Educação & Ministério da Saúde, 1998), que definiu como objectivos para o Ministério da Educação: (1) constituir com o Ministério da Saúde, no ano lectivo 1998/1999, equipas locais de apoio às escolas do pré-escolar e dos 1º, 2º e 3º ciclos; (2) garantir até 2000/01, formação específica a todos os elementos das equipas locais de apoio às escolas; e (3) garantir durante 2000/2003, o acesso à informação e formação na educação sexual a 90% das escolas.

Em 30 de Junho de 1997, os prazos da Lei nº 6/84 foram alterados na alínea c) para 24 semanas de gravidez e na alínea d) para 16 semanas de gravidez (Lei nº 90/97). No ano seguinte, a saúde reprodutiva volta a constituir, no Despacho n.º 106/98, uma das áreas de cuidados de saúde consideradas prioritárias no quadro da Estratégia de Saúde aprovada para o período de 1998 a 2002. Desta forma, denota-se a necessidade de um reforço das actividades no âmbito do planeamento familiar e da saúde materna, assim como as actividades de educação, dirigidas a adolescentes e às mulheres jovens, nas áreas da sexualidade e reprodução, baseadas nas escolas e nos serviços de saúde. Esta problemática atinge um especial relevo relacionado com o referendo sobre a despenalização da interrupção voluntária da gravidez realizado a 28 de Junho de 1998, evidenciando-se, assim, a necessidade de intervenções válidas, com cariz antecipatório, numa tentativa de promoção da saúde e da qualidade dos serviços prestados.

Esta intenção é posta em prática pela Lei nº 120/99 de 11 de Agosto, que reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva, ao afirmar que “nos estabelecimentos de ensino básico e secundário será implementado um programa para a promoção da saúde e da sexualidade humana” (art.º 2º), com o objectivo de “promover condições para uma melhor saúde, particularmente pelo desenvolvimento de uma atitude individual responsável quanto à sexualidade e uma futura maternidade e paternidade conscientes” (art.º 1º). Também nesta orientação, vigora a preocupação de especificar explicitamente a situação da gravidez, encarada do ponto de vista de ambos os progenitores.

No ano seguinte, o Decreto-Lei 259/2000 de 17 de Outubro, salienta que o Estado vem assumindo, desde 1984, deveres objectivos e promovendo medidas concretas na efectivação dos direitos de saúde sexual e reprodutiva, reforçando a protecção à maternidade e à paternidade, introduzindo formação e informação sobre sexualidade humana nos currículos escolares, criando consultas de planeamento familiar nos serviços de saúde, fornecendo gratuitamente meios anticoncepcionais e desenvolvendo medidas de protecção contra infecções transmissíveis por via sexual e relativas à efectivação da interrupção voluntária da gravidez, nos casos em que esta é legalmente admissível. Este Decreto-Lei determina que a aplicação das medidas previstas na Lei n.º 120/99 é da competência dos estabelecimentos de ensino e de saúde, quer através de intervenções específicas, quer desenvolvendo acções conjuntas, em associação ou parceria. Neste sentido, o Decreto-Lei determina, no artigo 8.º, que em todos os centros de saúde deve existir uma equipa multiprofissional que polarize as motivações e as iniciativas no campo da saúde reprodutiva e que promova e garanta:

- a) o atendimento imediato nas situações em que haja um motivo expresso que o justifique;
- b) o encaminhamento adequado para uma consulta a realizar no prazo máximo de 15 dias, ponderado o grau de urgência;
- c) consulta de planeamento familiar a utentes que não disponham, à data, de resposta dos serviços, no âmbito da medicina geral e familiar, como recurso complementar e concertado desta actividade;
- d) a existência de contraceptivos para distribuição gratuita aos utentes.

Neste domínio, regulamentou-se também a contracepção de emergência, através da Lei n.º 12/2001, de 29 de Maio, com quatro objectivos essenciais:

- a) Garantir o recurso atempado à contracepção de emergência;
- b) Reforçar o direito à informação sobre o significado, a natureza e as condições de utilização da contracepção de emergência;
- c) Garantir o acesso às consultas de planeamento familiar subsequente;
- d) Visa ainda reforçar os meios de prevenção da gravidez não desejada, nomeadamente na adolescência.

Três anos mais tarde, a Resolução da Assembleia da República n.º 28/2004, sobre as medidas de prevenção no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, determina que na área de apoio à maternidade é necessário (ponto 2): criar condições especiais no acesso a creches e jardins-de-infância, para os/as filhos/as de jovens mães estudantes, com o objectivo de lhes permitir a manutenção no sistema de ensino; reforçar a fiscalização das empresas no que respeita ao cumprimento da lei sobre a protecção da maternidade e da paternidade; apoiar as instituições particulares de solidariedade social que prestam ajuda e aconselhamento a jovens mães, em situação de carência eco-

nómica ou de vulnerabilidade social; estimular a criação e o desenvolvimento dos centros de apoio à vida, com o objectivo de apoiar mães grávidas solteiras e mães com dificuldades económicas e sociais; flexibilizar os mecanismos de atribuição de licenças de maternidade, ajustando-os melhor ao objectivo da conciliação de responsabilidades familiares e profissionais; e acompanhar o cumprimento da Lei da Adopção, no sentido da sua plena aplicação e da sua premência, tendo em conta as alterações de procedimentos e práticas nos domínios da segurança social, da justiça e da saúde.

A mesma lei define que, na área do planeamento familiar, é necessário (ponto 3): garantir que todas as farmácias, de forma permanente, assegurem a dispensa de todos os meios e métodos contraceptivos previstos na legislação em vigor; promover a efectiva articulação entre os centros de atendimento a jovens, os centros de saúde e os hospitais da área de referência, bem como com as unidades móveis de saúde, com o objectivo de alargar a efectiva cobertura de consultas de planeamento familiar e de saúde materna a um grupo particularmente vulnerável como são os/as adolescentes e jovens; reforçar as condições de acesso aos meios e métodos contraceptivos, de forma a prevenir e evitar a gravidez indesejada e ou inesperada, especialmente em grupos particularmente vulneráveis, devido a exclusão social, carência económica ou dificuldades de acesso à rede de saúde pública e reduzir os tempos de espera das cirurgias de laqueação e de vasectomias.

Em 2005, voltaram a ser levados à Assembleia da República Projectos de Lei sobre a interrupção voluntária da gravidez (IVG), (Projecto de Lei N° 1/X(PCP), Projecto de Lei N° 6/X(PEV), Projecto de Lei N° 12/X(BE) e Projecto de Lei N° 19/X(PS)) e, dois anos mais tarde, após um grande debate público, foi levada a Referendo nacional a possibilidade da interrupção da gravidez por opção da mulher nas primeiras 10 semanas de gravidez, calculadas a partir da data da última menstruação. Na sequência do Referendo, a Lei n.º 16/2007 aprovada a 17 de Abril, na Assembleia da República, trouxe a possibilidade de acabar com o aborto clandestino e inseguro em Portugal, ao estipular que o artigo 142º do Código Penal, com a redacção que lhe foi introduzida pelo Decreto-Lei n° 48/95, de 15 de Março e pela Lei n° 90/97, de 30 de Julho, deveria passar a ter a seguinte redacção:

c) Houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo; [...] e) For realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.

O mesmo documento também estabelece que para efeitos de garantir, em tempo útil, o acesso efectivo à informação e, se for essa a vontade da mulher, ao acompanhamento facultativo referido nas

alíneas c) e d) do número anterior, os estabelecimentos de saúde, oficiais ou oficialmente reconhecidos, para além de consultas de ginecologia e obstetrícia, devem dispor de serviços de apoio psicológico e de assistência social dirigidos às mulheres grávidas. Além disso, os estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos, onde se pratique a interrupção voluntária da gravidez, garantem obrigatoriamente às mulheres grávidas que solicitem aquela interrupção, o encaminhamento para uma consulta de planeamento familiar.

Esta imposição implicou uma reorganização nos Serviços de Saúde, que foi definida na própria lei (artigo 3º):

- 1) O Serviço Nacional de Saúde deve organizar-se de modo a garantir a possibilidade de realização da interrupção voluntária da gravidez nas condições e nos prazos legalmente previstos;
- 2) Os estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos em que seja praticada a interrupção voluntária da gravidez organizar-se-ão de forma adequada para que a mesma se verifique nas condições e nos prazos legalmente previstos.

Em síntese, as actuais políticas nacionais sobre saúde sexual e reprodutiva nos/as adolescentes e adultos/as, tal como as políticas internacionais anteriormente referidas, enfatizam a relação directa da saúde reprodutiva com os direitos humanos, desenvolvimento social, saúde da população e equidade de género no acesso aos cuidados de saúde sexual e planeamento familiar. A saúde reprodutiva em Portugal “é uma das áreas de cuidados de saúde consideradas prioritárias no quadro das Estratégias de Saúde aprovadas pelos mais diversos governos do nosso país e que integra os cuidados pré-concepcionais, pré-natais e de planeamento familiar, bem como o direito à orientação sexual” (Martins, 2004, p. 1).

Neste sentido, os Serviços de Saúde, enquanto sector público organizado, disponibilizaram as consultas de Planeamento Familiar (PF) e de Saúde Materna (SM) para implementar as políticas nacionais relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva.

Visão inicial sobre as diferenças de género no Centro de Saúde do Distrito de Braga objecto desta investigação

As prioridades em matéria de saúde sexual e reprodutiva da Organização Mundial de Saúde já referidas, as prioridades em saúde nas políticas nacionais, o *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*, editado pela Direcção-Geral de Saúde (DGS, 2004a) e as motivações pessoais alicerçadas na experiência diária como enfermeira, a exercer funções em consultas de PF e SM, tornam pertinente uma

investigação sobre as diferenças de género existentes nas várias dimensões relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva dos/as utentes que frequentam a consulta de enfermagem de PF e SM.

A minha experiência profissional tem-me permitido observar uma tendência diária para relacionar as responsabilidades do foro da saúde sexual e reprodutiva do casal às próprias mulheres. Assim, podemos analisar a escassa procura e adesão às consultas de PF por parte dos utentes do sexo masculino, da qual tenho experiência a nível profissional. Apesar destas consultas terem um carácter universal quanto ao público ao qual se destinam, ainda vigora a concepção da população de que são consultas para mulheres, assim se entendendo também as de SM, em que raros são os homens que acompanham as suas companheiras na vigilância da gravidez de um filho que é de ambos. As crianças, por sua vez, são maioritariamente acompanhadas aos cuidados de saúde pelas mães.

Apesar dos apoios legais e profissionais que promovem a envolvimento dos homens no ciclo grávidico-puerperal, bem como no acompanhamento dos/as filhos/as às consultas de vigilância de saúde infantil, tem-se observado que a participação do grupo masculino na preparação para a parentalidade (ciclo pré-concepção/ gravidez/ puerpério) é muito reduzida.

Parece que os/as próprios/as profissionais de saúde, e falo com particular realce dos/as Enfermeiros/as por ser o grupo no qual me insiro e, como tal, conheço melhor, têm as suas próprias concepções de saúde em relação a este assunto, que se enquadram nas tendências gerais. A título de exemplo, podemos constatar que (quase) ninguém repara que os impressos e aplicativos informáticos existentes nos Centros de Saúde para proceder aos registos das consultas de PF estão centrados exclusivamente na mulher e em dados relevantes da sua saúde sexual e reprodutiva. Da mesma forma, parece que ninguém se questiona porque nunca atendeu um indivíduo do sexo masculino na consulta de PF.

Desta forma se fundamenta a pertinência de investigar e reflectir sobre estes aspectos quotidianos da prestação de cuidados de saúde sexual e reprodutiva, assim como sobre a sensibilidade de utentes e enfermeiros/as para os mesmos, discutindo-os à luz do quadro teórico referenciado.

1.3. Questões de investigação e objectivos do estudo

Assume-se em toda a evolução internacional e nacional revista sobre a saúde sexual e reprodutiva, que promover a equidade de género contribui para a obtenção de mais ganhos em saúde sexual e reprodutiva da mulher e na saúde da população em geral.

Os homens e as mulheres têm papéis e responsabilidades diferentes, bem como distintas realidades sociais, e este facto não se prende apenas com as diferenças biológicas, mas também com as normas de género socialmente determinadas (OMS, 2001). Neste sentido, o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN, s.d. c) salienta que os homens e as mulheres têm necessidades e experiências diferentes, assim como conhecimentos e valores, igualmente importantes. Por isso, defende que é necessário que cada utente participe na identificação das suas necessidades e prioridades para que os Serviços de Saúde possam respeitar as características associadas ao seu género, enquanto promovem a equidade em saúde. Também defende que é fundamental incidir sobre as representações que os/as profissionais mobilizam sobre o impacto dos significados de género no plano das práticas clínicas, da sua formação e das próprias relações e opções profissionais.

Entendendo-se este problema da promoção da equidade de género na promoção da saúde sexual e reprodutiva da mulher como um problema de saúde da comunidade, pela abrangência que comporta, este estudo será desenvolvido na vertente dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Esta valência faz parte integrante do sistema de saúde, constituindo-se como o seu âmago e contribuindo, desta maneira, para o desenvolvimento social e económico da comunidade. Por essas razões, como o estudo se relaciona com a saúde sexual e reprodutiva, foram seleccionados como pontos de intervenção as consultas de Planeamento Familiar e de Saúde Materna praticadas no Centro de Saúde.

Neste sentido, o que se pretendeu com este estudo foi analisar quais eram as necessidades educativas de homens e mulheres, utentes e enfermeiros/as das consultas de Planeamento Familiar e Saúde Materna, para promover a equidade de género na saúde sexual e reprodutiva (SSR) dos/as utentes. Com essa intenção, formularam-se questões de investigação complementares para os estudos centrados nos/as utentes e nos/as enfermeiros/as.

No primeiro estudo, “Conhecimentos, atitudes, valores e comportamentos dos/as utentes das Consultas de PF e SM sobre a equidade de género na promoção da SSR” formularam-se três questões de investigação:

- i. Os homens e as mulheres, utentes das consultas de PF e SM, tiveram as mesmas fontes de informação sobre saúde sexual e reprodutiva?;
- ii. Os homens e as mulheres, utentes das consultas de PF e SM, diferem nos seus conhecimentos, atitudes, valores e comportamentos face ao planeamento familiar e à vida em família?;

- iii. Os homens e as mulheres, utentes das consultas de PF e SM, têm a mesma percepção sobre a equidade de género nas atitudes, valores e práticas dos/as utentes e enfermeiros/as nessas consultas?

Alcançar a resposta para a primeira questão implicou: caracterizar as fontes de informação sobre sexualidade e reprodução dos/as utentes das Consultas de PF e SM e averiguar a sua percepção sobre as fontes de informação que mais contribuíram para a sua aprendizagem sobre sexo e relações interpessoais.

Com vista a obter uma resposta para a segunda questão foi necessário: analisar as atitudes, os valores e os comportamentos dos/as utentes face aos métodos de planeamento familiar e prevenção de IST's; caracterizar os conhecimentos, atitudes e valores dos/as utentes sobre a infertilidade; caracterizar os conhecimentos, atitudes e valores dos utentes sobre o aborto; analisar a percepção dos/as utentes sobre os papéis adoptados ou a adoptar pelo homem e pela mulher na família e averiguar as concepções dos homens e das mulheres sobre o tipo de participação masculina e feminina durante a gravidez e puerpério.

Por fim, alcançar a resposta à terceira questão implicou: comparar a percepção dos/as utentes sobre as atitudes, valores e práticas dos/as enfermeiros/as nas consultas de PF e SM com as que consideram que deveriam ter para aumentar a partilha de responsabilidades na SSR e averiguar as estratégias que os homens e as mulheres consideram que devem existir no Centro de Saúde para promover a equidade de género na SSR.

No segundo estudo, "Percepções dos/as enfermeiros/as sobre a equidade de género nas atitudes, valores e comportamentos dos/as utentes e nas práticas clínicas de SSR", centrado nos/as enfermeiros/as, formularam-se três questões de investigação, complementares das do primeiro estudo:

- i. Os enfermeiros e enfermeiras, nas consultas de Planeamento Familiar e Saúde Materna, têm a mesma percepção sobre a sensibilidade ao género na sua formação e prática profissional?
- ii. Os enfermeiros e enfermeiras, nas consultas de Planeamento Familiar e Saúde Materna, diferem na sua percepção sobre as atitudes, valores e comportamentos dos/as utentes face ao planeamento familiar e à vida em família?
- iii. As percepções dos enfermeiros e enfermeiras sobre a equidade de género nas atitudes, valores e práticas dos/as utentes e enfermeiros/as nas consultas de PF e SM são diferentes da

que consideram que deveriam ter?

Com vista a obter uma resposta para a primeira questão foi necessário: averiguar se a formação em SSR, durante a escolaridade dos/as enfermeiros/as, foi sensível às questões de género e caracterizar a genderização na escolha dos cursos de especialidade dos/as enfermeiros/as e nas suas práticas.

Com vista a obter uma resposta para a segunda questão foi necessário: analisar a percepção dos/as enfermeiros/as sobre as atitudes, os valores e os comportamentos dos/as utentes face aos métodos de planeamento familiar e prevenção de IST's; analisar a percepção dos/as enfermeiros/as sobre os assuntos relacionados com a vida sexual que os/as utentes tratam em casal; caracterizar a percepção dos/as enfermeiros/as sobre os conhecimentos, atitudes e valores dos/as utentes sobre infertilidade; caracterizar a percepção dos/as enfermeiros/as sobre os conhecimentos, atitudes e valores dos/as utentes sobre o aborto; analisar a percepção dos/as enfermeiros/as sobre o que os homens e as mulheres pensam sobre os papéis que desempenham nas tarefas domésticas; confrontar a percepção dos/as enfermeiros/as sobre o papel que o homem desempenha com o que deverá desempenhar no planeamento familiar e durante a gravidez; confrontar a percepção dos/as enfermeiros/as sobre o papel do homem durante a gravidez, o puerpério e os primeiros anos de vida do bebé com o que deverão ter; confrontar a percepção dos/as enfermeiros/as sobre os hábitos alimentares e o estilo de vida que os homens e as mulheres têm com o que deveriam ter durante a gravidez e analisar a percepção que os/as enfermeiros/as têm sobre as atitudes e valores dos homens e das mulheres em relação ao aleitamento materno.

Com vista a obter uma resposta para a terceira questão foi necessário: averiguar a percepção dos/as enfermeiros/as sobre a preferência, ou não, dos/as utentes serem atendidos por enfermeiros/as do mesmo sexo; confrontar a percepção dos/as enfermeiros/as sobre a participação que o homem e a mulher acham que deverão ter nas consultas de PF e SM com a que o/a enfermeiro/a considera que devem ter; confrontar a percepção dos/as enfermeiros/as sobre a opinião dos/as utentes em relação às atitudes e comportamentos dos/as enfermeiros/as com os homens e as mulheres nas consultas de PF e SM com a que o/a enfermeiro/a considera que têm na prática e averiguar as estratégias que os/as enfermeiros/as consideram que devem existir no Centro de Saúde para promover a equidade de género na SSR.

1.4. Importância do estudo

Face à contextualização geral deste estudo e tendo por base, por um lado, as mais variadas orientações dos organismos competentes a nível internacional e, por outro, o estado das políticas de saúde nacionais relativamente à educação sexual e reprodutiva, nomeadamente, no que diz respeito ao papel dos/as enfermeiros/as que prestam cuidados de saúde primários, esta investigação poderá constituir-se como um contributo válido na garantia da qualidade dos cuidados de saúde prestados à comunidade.

Assim sendo, pretende-se que este estudo se repercuta na formação e prática dos/as enfermeiros/as e utentes a vários níveis, ao contribuir para:

- a) a criação de uma base de conhecimento teórico e prático sobre a sensibilidade às questões de género das práticas da saúde sexual e reprodutiva nos Centros de Saúde;
- b) a reflexão crítica sobre a teoria e a prática da educação para a saúde sexual e reprodutiva dos/as utentes e enfermeiros/as sensível às questões de género;
- c) o desenvolvimento de programas, estratégias e técnicas de educação para a saúde sexual e reprodutiva, adaptadas às necessidades sentidas pela população;
- d) a formação futura de enfermeiros/as em SSR sensível às questões de género e, eventualmente, outras pessoas implicadas na educação para a saúde junto da população.

1.5. Limitações da investigação

Esta investigação tem limitações a três níveis: na amostra seleccionada, na área problemática da investigação e na técnica de recolha de dados aplicada. O tempo disponível para a investigação implicou sérias imposições ao tipo de amostra seleccionado e ao número de entrevistas realizadas, dado que é um método de recolha de dados moroso e cuja análise exige cuidados para evitar a subjectividade. No entanto, a opção por uma amostra propositada, com igual número de homens e mulheres, considera-se suficiente e torna a investigação realizada credível, uma vez que não se pretende generalizar os resultados a outros Centros de Saúde, mas compreender em profundidade o alcance do problema no local em estudo. Este tipo de amostra permitiu seleccionar só casos que tinham uma boa probabilidade de dar uma informação rica em relação aos objectivos em estudo, mas o limite de tempo para a realização da investigação não permitiu trabalhar com um número suficiente de sujeitos para diversificar mais a informação até saturar a amostra (Patton, 1990).

A área problemática de investigação é considerada uma área sensível, por fazer as pessoas pensarem na sua intimidade pessoal, mesmo quando as questões não são pessoais, podendo levar a uma certa reserva nos/as participantes. Esta reserva pode ser agravada por se ter feito o registo áudio da entrevista, o que pode ter sido um factor de ansiedade adicional e de possível tentativa de salvaguarda pessoal, impedindo uma mais completa caracterização dos conhecimentos, atitudes, valores e comportamentos dos/as entrevistados/as. No entanto, esta limitação parece ter sido parcialmente ultrapassada pelo facto da entrevistadora trabalhar no local em estudo, permitindo um maior à-vontade e intimidade com os/as entrevistados/as, uma melhor compreensão sobre a visão narrativa dos/as entrevistados/as e um maior acesso a dados sensíveis. Por outro lado, exige um maior esforço da investigadora para manter a sua isenção.

1.6. Plano geral da dissertação

Esta dissertação está organizada em cinco capítulos. O primeiro capítulo (introdução) faz uma contextualização geral da investigação (1.2), descreve os problemas e objectivos do estudo (1.3), a importância da investigação para a promoção da SSR e educação sensível às questões de género nesse âmbito (1.4), as limitações da mesma (1.5) e, por fim, a estrutura geral da dissertação (1.6).

O segundo capítulo (revisão de literatura), destina-se à apresentação de uma síntese da literatura existente acerca do tema em estudo. Neste capítulo, clarificam-se os conceitos de género, sexo e promoção da saúde sexual e reprodutiva nos cuidados de saúde primários (2.2), as particularidades de género na procura e atendimento dos/as utentes nos serviços de saúde (2.3) e a prestação de cuidados e educação nas consultas de Planeamento Familiar e Saúde Materna em Portugal (2.4).

O terceiro capítulo (metodologia), inicia-se com uma introdução (3.1) que visa clarificar como foi organizada a apresentação e fundamentação dos procedimentos usados durante a investigação e divide-se em seis secções: descrição do estudo (3.2), selecção e caracterização da população e amostra (3.3), selecção e justificação da técnica de recolha de dados (3.4), selecção e construção do instrumento usado na recolha de dados (3.5) e, para terminar, apresentação dos procedimentos usados na recolha e no tratamento dos dados de investigação (3.6).

O quarto capítulo (apresentação e discussão dos resultados), tem como objectivo apresentar e discutir os resultados obtidos para responder às questões de investigação formuladas. Depois da introdução em que se explica a forma como está estruturado este capítulo (4.1), organizam-se duas

secções: conhecimentos, atitudes e valores dos/as utentes das consultas de PF e SM sobre a equidade de género na promoção da SSR da mulher (4.2) e percepções dos/as enfermeiros/as sobre a equidade de género nas práticas promotoras da SSR (4.3).

O quinto capítulo (conclusões, implicações e sugestões), visa descrever as conclusões da investigação, decorrentes da análise dos resultados obtidos em resposta às questões de investigação (5.2), as implicações que os resultados desta investigação poderão ter para o futuro do papel do/a enfermeiro/a na saúde sexual e reprodutiva nas consultas de PF e SM (5.3) e, para terminar, a indicação de algumas sugestões para futuras investigações.

CAPÍTULO II

REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Introdução

Na sequência desta breve introdução (2.1), serão equacionados os conceitos de género e sexo em saúde (2.2.1) e de igualdade e equidade, em oposição ao de discriminação de género na prestação de cuidados de saúde (2.2.2). Posteriormente, será apresentada a contextualização da promoção da saúde sexual e reprodutiva nas consultas de Planeamento Familiar e Saúde Materna (2.3), onde se abordam as particularidades de género relativas ao atendimento dos/as utentes nos serviços de saúde, que incluem uma breve alusão à procura de serviços de saúde por parte de utentes do sexo feminino e masculino (2.3.1) e se descreve a participação feminina e masculina durante a gravidez e o puerpério (2.3.2). Para terminar, analisa-se a prestação de cuidados e educação nas consultas de Planeamento Familiar e de Saúde Materna em Portugal (2.4), a nível da prestação de cuidados de saúde primários (2.4.1) e de educação para a saúde sexual e reprodutiva (2.4.2).

2.2. Género, sexo e promoção da saúde sexual e reprodutiva nos Cuidados de Saúde Primários

2.2.1. Género, sexo e saúde

A categoria de género remonta a meados da década de 70, tendo sido pensada no sentido da substituição do determinismo biológico associado ao termo sexo, e é identificada actualmente como “uma construção social, um sistema de significados que se constrói, se organiza nas interações e que governa o acesso ao poder e aos recursos” (Nogueira, 2004, p. 249). Feminino e masculino significam, portanto, o conjunto das características anatómicas, psíquicas e sociais que, numa determinada cultura, são próprias ou mais marcantes na mulher ou no homem. Desta forma, a análise dos papéis sexuais vislumbra-se complexa, uma vez que não é possível uma definição de homem ou de

mulher que englobe a totalidade das características, mitos e hábitos que os enformam nas diversas culturas e épocas (Almeida, 1995).

Para Nogueira (2004), “ter ou fazer género são por isso duas possibilidades antagónicas que pressupõem posicionamentos epistemológicos distintos e, por isso, duas formas de compreender o mundo” (p. 249). Na sua opinião, o género não é um atributo individual, mas uma forma de dar sentido às transacções, porque não existe nas pessoas, mas sim nas relações sociais. Neste sentido, é importante questionar o porquê dessa distinção ter sido sempre tão importante, ao ponto de o conjunto das categorias da personalidade se basear nela, construindo as representações de ser homem e mulher sobre essa prescrição. Verifica-se, portanto, segundo a investigadora, que o género influencia o comportamento, pensamento e sentimentos dos indivíduos, afectando claramente as interacções sociais e ajudando na determinação da estrutura das instituições sociais.

O género de um indivíduo pode ser encarado sob quatro perspectivas diferentes, dependendo dos factores envolvidos. Assim, segundo Helman (1994), poderemos falar de “género” genético, se se tiver em conta o genótipo e as combinações dos cromossomas de ambos os sexos; de “género” somático, se for dada ênfase no fenótipo, nomeadamente à aparência física, e ao desenvolvimento de características sexuais secundárias (genitália externa, seios, voz, distribuição de gordura e pêlos no corpo); de género psicológico quando o que está em causa é a auto-percepção e os comportamentos próprios da pessoa; e de género social, que é definido consoante a forma como a sociedade percebe o indivíduo e a forma como deve ser a sua aparência, pensamentos, sentimentos, vestuário, acções e como deve perceber o mundo em que vive.

Nesta linha de pensamento, o género é, portanto, definido nas sociedades modernas, sobretudo pelo comportamento social e sexual e não somente por critérios biológicos (Helman, 1994). Entende-se, assim, que socialmente, “homens e mulheres partilhem uma representação de pessoa feminina que a situa numa posição específica do sistema social, ao contrário da pessoa masculina que é representada como universal” (Amâncio, 1992, p. 19). Segundo a autora, estes saberes comuns sobre os homens e as mulheres constituem representações sociais que se alimentam dos valores, crenças e ideologias dominantes e que adquirem sentido através da objectivação das diferenças entre sexos.

O género surge, assim, como um acordo que existe nas interacções sociais, isto é, o significado que concordamos imputar a determinada classe de transacções entre indivíduos e contextos ambientais. Deste modo, o género faz-se de uma forma compatível com a sua construção, num determinado

contexto social, na medida em que “a identificação com a compreensão socialmente construída de género guia o comportamento, conduzindo as pessoas a conformarem-se com as expectativas *genderizadas*” (Nogueira, 2004, p. 274).

As relações de género têm sofrido variações ao longo dos tempos, o que significa que as actuais não são necessariamente imutáveis, e que podem, por isso, ser modificadas mediante intervenções de variada ordem. Pode-se afirmar, então, que as relações de género têm uma componente pessoal e, ao mesmo tempo, política. A componente pessoal existe, porque os papéis de género que temos adoptado definem quem somos, o que fazemos e a imagem que temos de nós próprios. A componente política inclui as normas e os papéis de género que são mantidos e promovidos pelas instituições sociais (OMS, 2001).

O reconhecimento das diferenças naturais entre indivíduos implica, portanto, a aceitação da autonomia e carece de informação adequada que proporcione liberdade de escolha de atitudes e comportamentos responsáveis no relacionamento sexual. Implica ainda, o respeito pelo direito à diferença e pela pessoa do outro, nomeadamente os seus valores, a sua orientação sexual e as suas características físicas (Ministério da Saúde, 2007). Neste contexto, importa considerar a sexualidade como potencial fonte de vida, de prazer e de comunicação, ao mesmo tempo que constitui uma componente da realização pessoal e das relações interpessoais, independentemente das diferentes expressões da sexualidade ao longo do ciclo de vida.

Desta feita, o Ministério da Saúde (s.d.) define os seguintes aspectos como valores essenciais, em termos de política educativa e intervenção profissional na educação sexual nas escolas:

- A promoção da igualdade de direitos e oportunidades entre homens e mulheres;
- A promoção da saúde dos indivíduos e dos casais, nas esferas sexual e reprodutiva;
- O reconhecimento do direito à maternidade e à paternidade livres, conscientes e responsáveis;
- A recusa de expressões de sexualidade que envolvam violência ou coacção, ou relações pessoais de dominação e de exploração (s.p).

Estas políticas de saúde são recentes, tendo surgido a partir da década de 80, após a conceptualização da masculinidade, que acentuou a importância da construção social das categorias de género, uma vez que “as mudanças vitais que afectam o papel das mulheres e os padrões de família nas sociedades industrializadas, colocaram questões relativas à natureza da masculinidade e ao seu papel em mudança na sociedade” (Giddens, 2007, p. 120). Neste contexto, e a título de exemplo, pode-se sinalizar o facto da cidadania das mulheres ter-se iniciado por serem consideradas em função

do facto de serem esposas de cidadãos, o que representava dizer que a cidadania feminina estava, outrora, excluída de qualquer realidade política e reduzida apenas à esfera privada (Nogueira, 2001).

Laranjeira, Marques, Soares e Prazeres (2008) vieram mais tarde defender que:

o género adquire um carácter global, constituindo uma verdadeira ordem quase universal, posto que os pilares em que assenta têm estrutura constante: diferença entre homens e mulheres, constituindo o sexo masculino a norma e detendo, em termos globais, mais poder, simbólico e factual (p. 40).

A identidade de género define, assim, o nível em que a pessoa se identifica como masculina ou feminina, ou alguma combinação de ambos, constituindo-se como marco de referência interno, construído ao longo do tempo, que permite aos indivíduos organizar um auto-conceito e comportarem-se socialmente relativamente à percepção do seu próprio sexo e género; “a identidade de género determina a forma como as pessoas experimentam o seu género e contribui para o sentido de identidade pessoal, singularidade e pertença” (OMS/OPS, 2000, p. 7). Por outras palavras, é o género que determina a forma de ser e as condutas socialmente construídas para homens e mulheres, de acordo com os contextos históricos e culturais específicos. Assim, constata-se a importância de ter em linha de conta a diversidade quando se faz uma análise do ponto de vista do género. Este modelo reflecte-se então nas famílias, nas comunidades religiosas, na comunicação social, na organização do Estado e nos vários sectores de intervenção (Laranjeira *et al.*, 2008, p. 13).

Neste contexto, nasceu um novo conceito de família, encarado como uma nova unidade social, cultural e financeira, onde se distribuem papéis sexuais muito distintos aos elementos do sexo masculino e feminino, sendo que aos primeiros compete uma missão social e aos demais uma missão biológica. Este facto encontra-se presente, ainda hoje, na nossa cultura, quando se exige aos homens que sejam:

fortes, desportivos, lutadores, racionais, lógicos, criativos, que tenham com as mulheres uma relação ousada, dominadora e colorida de sexo, que tomem a iniciativa e que assumam as principais responsabilidades financeiras do lar onde executam também algumas tarefas, rejeitando totalmente outras (Almeida, 1995, p.18).

Por outro lado, às mulheres exige-se que, em vez da força, usem o artifício e a astúcia, que ajam com intuição e emotividade, que prefiram actividades menos violentas, que contribuam com uma parcela menor para o orçamento do lar onde executarão a maioria das tarefas, das quais algumas lhes estão exclusivamente reservadas (Almeida, 1995).

Até em termos de hábitos de vida, é socialmente bem aceite que o homem ingira com mais fre-

quência bebidas alcoólicas, como se pode, aliás, confirmar com dados recolhidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2008a), referentes ao período 2005/2006, onde se mostra a distribuição da população residente por local de residência, sexo, grupo etário e consumo de bebidas alcoólicas na semana anterior à entrevista. De facto, confirma-se neste estudo a expectativa social em torno deste hábito de vida, ao constatar que, em Portugal Continental, em todas as faixas etárias existem (muitos) mais homens a admitir que consumiram bebidas alcoólicas na semana anterior à entrevista. No total, 54,8% dos homens entrevistados referiram ter consumido, pelo menos, uma bebida alcoólica na semana anterior à entrevista, contra 27% das mulheres.

À semelhança dos hábitos de ingestão de álcool, verifica-se algo semelhante com o tabaco (INE, 2008b). Com base na mesma fonte, apurou-se que existem mais do dobro de fumadores homens que mulheres (28,7% dos homens e 11,2% das mulheres admitiram a condição de fumador perante a entrevista).

Relativamente aos hábitos alimentares, as diferenças entre os alimentos ingeridos nas principais refeições de homens e mulheres não são muito significativas, podendo apenas encontrar-se diferenças na ordem de aproximadamente 5%, no máximo entre os dois grupos (INE, 2008c). Assim, verifica-se que os homens referem uma dieta ligeiramente mais rica em pão (92,9% contra 90,6% das mulheres), carne (83,6% contra 77,9 das mulheres), batatas/arroz/massa (91,2% contra 88,6% das mulheres), feijão/grão (27,1% contra 24,0% das mulheres), quase semelhante em teor de bolos/chocolates/sobremesas doces (31% contra 30,8% das mulheres) e outros alimentos (21,8% contra 20,7% das mulheres). Pelo contrário, constata-se que a dieta dos homens é ligeiramente mais pobre que a das mulheres em leite/iogurte/queijo (83,2% contra 88,3%), sopa (65,3% contra 68,2%), peixe (48,7% contra 50,8%), salada/legumes cozidos (67,2% contra 71,1%) e fruta (78,2% contra 83,1%). O facto de as diferenças das dietas de homens e mulheres serem tão ténues, podem estar relacionadas com o facto de muitos dos homens se alimentarem às principais refeições com comida confeccionada por mulheres.

Estes dados referentes aos hábitos alimentares e de consumos de álcool e tabaco são muito relevantes na planificação da educação para a saúde a realizar no âmbito das consultas de planeamento familiar, pré-concepcional e de saúde materna, como se poderá ver desenvolvido mais adiante, com base nas orientações técnicas da Direcção-Geral da Saúde. Os hábitos de vida saudáveis, como se compreende, são o pilar do harmonioso funcionamento do organismo. Esta afirmação torna-se tanto mais verdadeira quando se pensa no desenvolvimento de uma gravidez em que, além da condi-

ção de saúde da gestante, se coloca em causa o normal desenvolvimento e crescimento do feto. A nutrição constitui, por isso, um dos vários factores que influenciam o resultado final da gravidez, sendo também ela afectada pelos inúmeros factores que influenciam a gravidez (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 1999, p. 182). Assim, segundo estas autoras (1999) “as mulheres com estado nutricional deficiente requerem cuidados especiais” (p.182), pelo que um dos cuidados essenciais a implementar, de forma individualizada, é o aconselhamento nutricional das mulheres em idade fértil, uma vez que a nutrição adequada durante toda a vida fértil da mulher, desde a adolescência até à menopausa, é fundamental para garantir que todas as mulheres, na altura da concepção, estejam de boa saúde.

Para estas autoras, durante a gravidez, o acréscimo das necessidades energéticas é determinado pelas alterações do metabolismo basal, relação peso-altura, actividade física e idade da mulher, e corresponde a um aumento diário de cerca de 300 kcal. A dieta da grávida deve incluir os vários alimentos representados na roda dos alimentos, de forma a tornar-se equilibrada e deve incluir alguns acréscimos em determinados grupos de nutrientes, como se aborda de seguida, a título de orientação.

Para garantir o fornecimento dos compostos azotados essenciais às necessidades provocadas pelo crescimento do tecido materno e fetal, é necessário um suplemento proteico durante a gravidez. Este suplemento deverá ser de elevado valor biológico, garantindo na sua constituição todos os aminoácidos essenciais, como os que são fornecidos, por exemplo, pela carne, peixe, aves, ovos, queijo e leite. É de cuidar, no entanto, que não se faça uma ingestão proteica excessiva, uma vez que se crê que podem provocar uma mais rápida maturação do feto, podendo provocar um parto antecipado. Assim, Bobak *et al.* (1999) recomendam que as gestantes adultas ingiram 1,3 gramas de proteínas por kg/peso antes da gravidez.

Os líquidos, embora não sejam considerados por muitos como um alimento, apesar da inclusão da água na nova roda dos alimentos, é um elemento de elevada importância durante a gravidez, pois:

Intervém no processo da digestão, dissolvendo os alimentos e ajudando no seu transporte. Para além de essencial nas trocas de nutrientes e produtos do catabolismo que se verificam nas membranas celulares, a água constitui a principal substância constituinte das células, sangue, linfa e outros líquidos vitais corporais. A água também ajuda na manutenção da temperatura corporal. A ingestão adequada de líquidos favorece o bom funcionamento intestinal que, muitas vezes, constitui um problema durante a gravidez (Bobak *et al.*, 1999, p. 193).

Por todos estes motivos, as grávidas devem ser aconselhadas a ingerir de 1500 a 2000 ml diá-

rios de líquidos, o equivalente a 6 a 8 copos de água, preferencialmente. Devem evitar-se as bebidas que contêm cafeína, sacarose, sacarina, aspartame, gás, corantes e conservantes.

Também, segundo Bobak *et al.* (1999), durante a gravidez verifica-se um acréscimo nas necessidades de vitaminas lipossolúveis (A, D, E e K). A vitamina A revela-se essencial para o desenvolvimento das células e, portanto, para o crescimento, formação dos dentes (desenvolvimento das células formadoras de esmalte no tecido da gengiva) e crescimento ósseo. Esta vitamina encontra-se presente nos vegetais de folha grande e verde, cenoura, abóbora, pimentos, fígado, manteiga e margarina enriquecidas. A vitamina D tem uma importante acção na absorção do cálcio e fósforo, melhora a mineralização e encontra-se no leite enriquecido, margarina enriquecida, gema de ovo, manteiga, fígado e mariscos. A vitamina E actua como antioxidante, protegendo as membranas celulares de lesões, e é especialmente importante na prevenção da hemólise dos glóbulos vermelhos. Encontra-se nos óleos vegetais de folha verde, cereal integral, fígado, nozes e sementes, queijo e peixe. A vitamina K é produzida pela flora intestinal e tem uma acção fundamental na coagulação sanguínea. As vitaminas hidrossolúveis, como a tiamina, riboflavina, piridoxina (B6) e cobalamina (B12) exercem a acção de coenzimas no metabolismo energético e encontram-se em alimentos como cereais integrais, vísceras de animais, carne de porco, produtos lácteos e legumes de folha verde. A vitamina C, encontra-se na fruta e sumo de citrinos e desempenha uma função importante na formação e integridade dos tecidos e aumenta a absorção de ferro, sobretudo o que não provenha de carne animal.

Segundo Bobak *et al.* (1999), o ferro é essencial ao crescimento do feto e da placenta e ao aumento do volume de hemácias da mãe. Uma parte do ferro necessário durante a gravidez destina-se também a perdas basais. Se não houver ferro disponível para as necessidades do feto e da placenta, as reservas da mãe sofrem uma diminuição acentuada e a massa de glóbulos vermelhos da mãe diminui, podendo condicionar uma menor oxigenação do feto e, conseqüentemente, um atraso do crescimento intra-uterino, aumento do trabalho cardíaco, bem como a ocorrência de complicações maternas durante o parto. O ferro é o único nutriente que não pode ser obtido em quantidades adequadas através de fontes alimentares, durante a gravidez, pelo que a gestante deverá fazer um suplemento sob a forma de sal ferroso, numa dose de 30 mg diários. O cálcio é essencial à formação do esqueleto e dentição fetal, bem como à manutenção da mineralização óssea e dentária da mãe. Este mineral pode encontrar-se no leite, queijo, iogurte, sardinhas ou outro peixe comido com espina, legumes verdes (excepto espinafres), *tofu* e feijões cozidos.

Para estas autoras, por ser de importância relevante, o estado nutricional materno deve ser

uma preocupação constante ao longo de todas as fases da vida reprodutiva. Contudo, se não tiver sido antes, é de aproveitar a motivação e a receptividade que a mulher, habitualmente, demonstra para adoptar medidas que visam também a saúde do seu futuro filho, e aconselhá-las quanto aos hábitos de vida que deve mudar/manter. Desta forma, pode-se também intervir nos hábitos de vida do marido/companheiro que, vivendo junto dela, terá oportunidade de aliar-se aos seus novos costumes.

Partindo do conhecimento científico que defende uma nutrição adequada na infância para promover um óptimo crescimento e desenvolvimento e, segundo as recomendações da OMS (Sguassero, 2008), os bebés devem ser alimentados exclusivamente com leite materno até aos seis meses de idade. Só a partir do sétimo mês de vida deverão ser introduzidos gradualmente outros alimentos complementares na dieta da criança (Alden, 2008).

Frequentemente, verifica-se que as mulheres escolhem o aleitamento materno em virtude dos benefícios que lhe reconhecem a favor da criança (Alden, 2008). Na realidade, o leite materno é o alimento de eleição para crianças (Bobak *et al.*, 1999), uma vez que oferece muitas vantagens nutricionais, imunológicas e psicológicas:

O leite humano é concebido especialmente para os bebés humanos e é nutricionalmente superior a qualquer alternativa. É bacteriologicamente seguro e está sempre fresco. Os nutrientes do leite materno estão equilibrados de forma ideal e a sua absorção é mais fácil do que a dos nutrientes das fórmulas lácteas. O leite materno sofre alterações ao longo do tempo para satisfazer as necessidades da criança à medida que ela vai crescendo. Contém factores de crescimento que promovem o desenvolvimento cerebral e do sistema gastrointestinal (GI). O leite materno fornece factores de imunização que combatem doenças e alérgenos provenientes do ambiente em que mãe e filho estão inseridos (Gartner *et al.*, 2005; Lawrence & Lawrence, 2005, cit. por Alden, 2008, p. 649).

Estes benefícios prolongam-se durante a infância e ao longo da vida, não se restringindo apenas ao período da amamentação. Da mesma forma, existe um conjunto de vantagens para as mães que amamentam, desde a promoção de uma relação mais próxima entre mãe-filho, que favorece o desenvolvimento do papel maternal; diminuição da hemorragia pós-parto e involução uterina mais rápida, facilitando o retorno mais rápido à sua condição não gravídica; recuperação mais rápida do peso pré-gestacional; diminuição do risco de cancro da mama, útero e ovário, bem como de osteoporose após a menopausa; e, em termos práticos, a dispensa dos cuidados com a lavagem e esterilização de biberões, preparação e conservação dos leites de fórmula (Bobak *et al.*, 1999; Alden, 2008), além de ser mais económico.

Apesar de todas as vantagens enumeradas, tem-se verificado que a amamentação é um procedimento que carece de alguma perícia. Por este motivo, segundo Bobak *et al.* (1999), “a mulher que não teve contacto com mães que tenham tido pouco ou nenhum contacto com recém-nascidos, pode ter necessidade de apoio para iniciar a amamentação com habilidade”(p. 435). Daí se compreende que, para discutir com os pais sobre os benefícios da amamentação, os/as enfermeiros/as tenham que compreender profundamente estes benefícios, do ponto de vista fisiológico e psicossocial (Alden, 2008).

Mais adiante, quando se falar da participação masculina durante a gravidez e puerpério, serão focados os aspectos que levam pais e mães a decidir acerca do tipo de alimentação a proporcionar ao/à seu/sua filho/a, constituindo esta decisão mais um dos processos marcados com o cunho das diferenças de género.

Em síntese, a vivência em conjunto, em união ou em comunidade está na base da diferença ontológica entre o “ser” homem e “ser” mulher, que se define assim, com base numa assimetria que atravessa todos os processos sócio-cognitivos (Amâncio, 1993), tal como refere também Bonino (2004). Os indicadores da situação social das mulheres e dos homens, nomeadamente a nível da saúde sexual e reprodutiva, podem ser apreciados a nível nacional, no sítio do Instituto Nacional de Estatística (www.ine.pt), nomeadamente, no que se refere ao Perfil Género, onde diversos dados são analisados, tendo em conta, entre outras variáveis, a do sexo. A nível da União Europeia, isso pode ser analisado através dos catorze Indicadores Estruturais do EUROSTAT, que visam “facilitar a apresentação, no Relatório da Primavera, das mensagens políticas e das posições dos Estados-Membros em relação aos principais objectivos de Lisboa, contribuindo assim para manter a dinâmica da estratégia então preconizada” (Comissão das Comunidades Europeias, 2003, p. 2). A nível mundial, pode ser analisado nos Relatórios de Desenvolvimento Humano, nomeadamente, o de 2002, “Aprofundar a democracia num mundo fragmentado” (PNUD, 1998), que celebra o crescimento da democracia no mundo ao longo das últimas décadas, alertando também para a necessidade de se evitar retrocessos em várias regiões. Estes recursos acabam por revelar, ao mesmo tempo, as assimetrias de género existentes.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), a luta contra a diferença de género implica um desafio a uma ideologia, uma vez que este tema é muito mais complexo do que uma luta de homens contra mulheres e vice-versa. Trata-se mais de uma ideologia alimentada por homens e mulheres, na qual os homens são considerados superiores às mulheres e dotados de um grande

poder. Estes valores são apoiados também por muitas instituições.

Neste âmbito, ao nível da saúde, o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN, s.d. c) vê-se na necessidade de se pronunciar relativamente a este assunto, reconhecendo os diferentes atributos dos géneros. Deste modo, importa relembrar que homens e mulheres têm necessidades e experiências diferentes, assim como conhecimentos e valores, igualmente importantes. É necessário, porém, que cada um/a participe na identificação das suas necessidades e prioridades, integrando-se a consciência e a competência do género no desenvolvimento humano.

Com base na declaração de Alma Ata (OMS, 1978), os cuidados de saúde primários devem incluir, entre outras actividades, a educação sobre os problemas de saúde predominantes e os meios de os prevenir e tratar, entendendo-se como parte integrante das suas funções, a educação para a saúde. Esta função é entendida, neste contexto, como um “processo que utiliza a comunicação pedagógica no sentido de facilitar a aprendizagem da saúde, ou seja, de capacitar as pessoas para a realização de escolhas saudáveis, de modo informado, consciente, responsável e autónomo” (Nunes, 2002, p. 212), numa perspectiva de promoção/ prevenção/ reabilitação. Os cuidados de saúde primários proporcionam o primeiro nível de contacto com o indivíduo, a família e a comunidade, permitindo a aproximação da assistência de saúde aos locais onde a população vive e trabalha e constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência de saúde sensível às questões de género.

2.2.2. Igualdade e equidade versus discriminação de género

Longe vai o tempo em que o género e a sexualidade se relacionavam directamente com a vertente física do indivíduo. Segundo Laranjeira *et al.* (2008), como já foi referido, o conceito de género remonta ao início do século XX. O conceito de género vem incitar ao questionamento sobre o significado de ser homem e de ser mulher, assim como a justificação das desigualdades sociais existentes entre os sexos. Foi desta forma que surgiram os estudos de género ou sobre género nas últimas décadas do século passado.

Os cuidados de saúde reprodutiva são, actualmente, definidos pela WHO (2006) no documento *Defining Sexual Health* como parte integrante da saúde sexual, “com a finalidade de conferir realce à vida e às relações pessoais, não se limitando, por isso, a aconselhar sobre reprodução e doenças sexualmente transmissíveis” (WHO, 2006, p. 4). Ser sexual ultrapassa, de longe, os conceitos da psi-

ciologia ou da relação sexual. A forma de nos sentirmos seres sexuados reflecte muito da nossa identidade, dos nossos sentimentos, valores, crenças e desejos. É desta forma que compreendemos e experimentamos o significado de ser homem ou mulher. A sexualidade inclui, entre outras dimensões, um sentido de auto-estima e auto-conceito, formulados consoante as oportunidades sociais, económicas e educacionais disponíveis aos indivíduos do género masculino e feminino. A forma como essa disponibilidade influencia a decisão de ser sexualmente activo ou não, e como é que a informação sobre a sexualidade e a saúde sexual é interpretada, também se reflecte na nossa postura de seres sexuados (WHO, 2006).

O conceito de género “tem começado a atingir reconhecimento nas ciências sociais como um dos eixos primários em redor dos quais se organiza a vida social” (Gómez, 2001, p. 4). Segundo Giddens (2007), o estudo do género e da sexualidade constitui uma das dimensões em desenvolvimento mais rápidas e estimulantes da sociologia contemporânea. Na sua opinião, as nossas concepções sobre a identidade de género, bem como as atitudes e inclinações sexuais que lhe estão associadas, formam-se tão cedo na vida que as consideramos, na maioria das vezes, como certas na idade adulta. Antes de nascer, as crianças já são do sexo masculino ou feminino, ao passo que as características de género vão-se desenvolvendo à medida que aprendem a ser meninos ou meninas, segundo os padrões de género adoptados pelas sociedades. A identidade de género é, pois, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2006) um comportamento social aprendido, que determina os respectivos papéis. De acordo com Giddens (2007), “reproduzimos socialmente – fazemos e refazemos – o género em milhares de pequenas acções praticadas ao longo do dia” (p. 108).

A socialização do género começa desde cedo. Mesmo antes do nascimento, as roupas já começam a ser compradas em tons de rosa ou de azul, a decoração do quarto e todos os acessórios necessários são pensados em consonância. Depois, as actividades e passatempos, o comportamento, as expressões de emoções que demonstramos, as responsabilidades e as metas intelectuais estão, muitas vezes, relacionados com uma lista de diferenças que consideramos apropriadas para este género ou para aquele (OMS, 2001). Este conceito sofre, assim, uma construção contínua ao longo da vida, através de situações de formação formal e/ou informal (Persell, James, Kang & Snyder, 1999).

O termo “género” descreve as características de homens e mulheres, baseadas em influências ambientais, como a sociedade, a cultura e a história (Laranjeira *et. al*, 2008), numa dimensão construída e contingente, enquanto o “sexo” diz respeito a características que são determinadas biologicamente (OMS, 2002), incluindo as diferenças dos pontos de vista genético, hormonal, reprodutivo e

físico, supostamente invariáveis e imutáveis. O desenvolvimento da identidade de género define, para a maioria dos povos, o que fica bem a um homem e a uma mulher. Trata-se de um processo de interpretação e aceitação (ou não) dos papéis, responsabilidades e comportamentos que são considerados como apropriados (para homens ou mulheres) pela família, comunidade, cultura e sociedade (WHO, 2006). Nogueira (2004) cita Hare, Mustin & Marecek para afirmar que:

o género é deste modo, uma invenção das sociedades humanas, uma “peça de imaginação” com facetas múltiplas: construir adultos (homens e mulheres desde a infância), construir os “arranjos sociais” que sustentam as diferenças nas consciências de homens e mulheres (divisão das esferas da vida privada/pública, por exemplo) e a criação de significado, em resumo, criar as estruturas linguísticas que modelam e disciplinam a nossa imaginação (Nogueira, 2004, p. 272).

Segundo Giddens (2007), rapazes e raparigas são guiados neste processo por sanções positivas e negativas, forças socialmente aplicadas que recompensam, por exemplo, «És um menino muito corajoso!» ou restringem o comportamento, por exemplo, «Os meninos não brincam com bonecas». Este autor refere duas das teorias dominantes sobre a explicação da formação das identidades do género, sendo elas a teoria de Freud e a teoria de Chodorow sobre o desenvolvimento do género.

Na sua perspectiva, a teoria de Freud é, talvez, a mais influente e controversa, e resume-se à aprendizagem das diferenças de género com base na presença ou não de pénis: “Freud é cuidadoso ao afirmar que não são apenas as distinções anatómicas que estão em questão; a presença ou ausência do pénis é um símbolo de masculinidade e de feminilidade” (Giddens, 2007, p. 112). De acordo com esta teoria, por volta dos quatro a cinco anos, um rapaz sente-se ameaçado pela disciplina e autonomia que o pai lhe exige, fantasiando que o pai lhe quer tirar o pénis. O pai é, também, encarado como um rival na corrida pelo afecto da mãe. Isto leva a que, por um lado, o rapaz aceite a superioridade do pai e, por outro, reprima os seus sentimentos eróticos em relação à mãe. Desta forma, o rapaz identifica-se com o pai e toma consciência da sua identidade masculina. Relativamente às raparigas, elas depreciam-se a si próprias e à mãe por não terem pénis: quando a rapariga se identifica com a mãe, assume a atitude submissa implícita no reconhecimento de ser segunda e reprime os sentimentos eróticos.

Esta teoria recebeu, segundo Giddens (2007), algumas críticas, como sejam: a identificação do género com a consciência genital; a localização superior do pénis em relação à vagina; a representação do pai como o agente da disciplina primário, quando sabemos que, em muitas culturas, é a mãe que ocupa este lugar; a ideia da aprendizagem de género por volta dos 5-6 anos de idade, sendo que

muitos/as autores/as defendem uma aprendizagem muito mais precoce (desde a primeira infância).

Segundo este autor, a teoria da socióloga Chodorow defende, por outro lado, que “a aprendizagem para um indivíduo se sentir homem ou mulher deriva da ligação da criança com os pais desde tenra idade” (Giddens, 2007, p. 113). Esta teoria advoga que a criança tende a estabelecer uma relação afectiva mais próxima entre o filho e a mãe do que com o pai, por ser a pessoa que lhe está mais acessível e próxima e, esta ligação tem de ser quebrada a determinada altura, porque para a criança adquirir um sentido próprio de si, é-lhe exigido que se torne menos dependente. Esta ruptura ocorre de forma diferente em rapazes e raparigas. Estas continuam a ter possibilidade de se manterem próximas da mãe, de a abraçar e beijar, imitar em tudo o que faz, sendo-lhe possibilitado um desenvolvimento do sentido do «eu» mais próximo das outras pessoas, criando dependência emocional em relação à mãe e, posteriormente, a um homem. Este desenvolvimento confere características de sensibilidade e compaixão emocional nas mulheres. Por oposição, os rapazes sofrem uma ruptura mais abrupta na sua ligação à mãe, percepcionando a sua visão do que é ser masculino a partir daquilo que não é feminino, isto é, adquirem uma perspectiva mais activa das suas vidas, dando ênfase à concretização, mas reprimem a sua capacidade para compreender os seus próprios sentimentos e os dos outros.

Segundo Giddens (2007), esta teoria suscitou algumas críticas, tais como: a ausência de explicação para a luta das mulheres pela autonomia e independência; as mulheres e os homens são mais contraditórios na sua caracterização do que se apresenta na teoria; a feminilidade pode ocultar sentimentos de agressividade ou asserção, que se revelam apenas de forma indirecta ou em determinados contextos; e pela visão redutora do conceito de família, que não considera as famílias monoparentais ou a situação em que a criança é educada por mais que um adulto. Para Almeida (1995), “o pai simboliza o rigor, a autoridade, a disciplina, a distância, a severidade, o mundo exterior, a luta, o ideal, enquanto a mãe simboliza a virtude, a juventude, a doçura, a paz, o amor, o lar, o interior e a vida doméstica” (p.19).

De acordo com Prazeres (2002), as aprendizagens ligadas ao género acentuam-se na adolescência. Nesta fase da vida, desenvolve-se um conjunto de modificações de carácter biológico e adquire-se a capacidade reprodutora, ao passo que, psicologicamente, se desenvolve a capacidade de raciocínio abstracto, de perspectivar planos de futuro, de treinar a capacidade de decisão, e de estabelecer vínculos com os/as outros/as. Estes novos vínculos centrados no grupo de pares e de adultos/as que não pertencem à família concorrem, do ponto de vista social, com as relações de depen-

dência do/a adolescente face à sua família. Para Persell, James, Kang & Snyder (1999) os vários efeitos da educação concorrem com factores económicos, políticos e culturais, cuja interacção determina a forma como a educação afecta a equidade de género.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), o ser humano ganha, assim, a liberdade de reagir ao seu próprio destino, tornando-se responsável pelos seus actos. Nesta liberdade e responsabilidade, em que o individuo caminha ao encontro do seu futuro, relacionando-se com os outros, surgem os conceitos de igualdade e equidade. Pode-se incorrer no risco de considerar os direitos sexuais como um subgrupo dentro dos direitos reprodutivos. No entanto, estes dois grupos de direitos apresentam diferenças significativas, a nível conceptual e, portanto, requerem diferentes intervenções. Os direitos reprodutivos encontram-se vedados a determinados grupos de pessoas que se encontram fora do campo da reprodução, tais como, senhoras que ultrapassaram a idade fértil e outras pessoas que, por problemas de saúde ou por decisão pessoal, não têm filhos ou não mantêm práticas sexuais reprodutivas (lésbicas e homossexuais). Contudo, o termo direitos sexuais inclui o direito à saúde sexual, independentemente do estado reprodutivo da pessoa, uma vez que todas as pessoas que praticam relações sexuais têm necessidades em saúde sexual relacionadas com informação, educação, serviços, protecção contra as infeções de transmissão sexual e aconselhamento e tratamento em situações de disfunção sexual.

A igualdade de géneros é, então, uma questão que exige reconhecimento das diferentes experiências em matéria de saúde e da diversidade de necessidades em saúde de homens e mulheres, traduzidas em políticas de saúde. Este conceito engloba também a igualdade de condições entre homens e mulheres para exercer plenamente os seus direitos e o seu potencial de saúde. Por outro lado, a equidade de género “significa uma distribuição justa de benefícios, poder, recursos e responsabilidades entre as mulheres e os homens” (OPS, 2005, p. 5), ao passo que as desigualdades injustas, desnecessárias e evitáveis existentes em matéria de saúde, entre mulheres e homens, tomam a designação de iniquidades de género.

No que se refere directamente à promoção da saúde sexual, importa esclarecer que, por igualdade de género entende-se a “ausência de discriminação baseada no sexo da pessoa em matéria de oportunidades, aquisição de recursos e benefícios ou acesso a serviços” (Prazeres, 2002, p. 123), enquanto a equidade de género refere-se à imparcialidade e justiça na distribuição de benefícios e responsabilidades entre homens e mulheres (Prazeres, 2002). Este conceito representa “um imperativo de carácter ético, associado a princípios de justiça social e direitos humanos” (Gómez, 2001, p.

3). Prazeres (2003) defende, ainda, que este conceito se refere aos aspectos relacionais de género:

A equidade de género aplicada aos rapazes implica, para além de outros aspectos, trabalhar com os homens jovens para melhorar a saúde e o bem-estar das mulheres jovens, minorando ou eliminando as desvantagens relativas, tendo em conta os diferenciais de poder entre os sexos que existem em muitas sociedades (p. 20).

A equidade em saúde garante a igualdade de oportunidades, independentemente das características individuais, grupo social ou posição hierárquica ocupada dentro dele, no acesso a cuidados de saúde e na obtenção de ganhos em saúde, numa perspectiva compreensiva e integradora dos fenómenos, proporcionando intervenções que visam a promoção da saúde em ambos os sexos (Laranjeira *et al.*, 2008). Por oposição à igualdade de género, podemos, ainda, definir também a discriminação de género como sendo “qualquer distinção, exclusão ou restrição aplicada com base nos papéis e nas normas de género socialmente construídas, que impedem uma pessoa de usufruir plenamente dos direitos humanos” (OMS, 2001, p. 43). A eliminação destas barreiras discriminatórias constitui a acessibilidade (Wilson, 2004).

A introdução da perspectiva de género na política foi definida, então, pelo Conselho Económico e Social (ECOSOC) das Nações Unidas como o processo de avaliar as consequências, para homens e mulheres, de qualquer acção planeada, incluindo a legislação e as políticas ou programas, em qualquer sector e a todos os níveis (ICN, s.d. c). Esta perspectiva constitui também uma estratégia para fazer dos problemas e experiências das mulheres e dos homens uma dimensão integral do desenho, execução, vigilância e avaliação das medidas, em todas as esferas políticas, económicas e sociais, de maneira a que as mulheres e os homens sejam beneficiados por igual e não se perpetue a desigualdade.

Estes modelos, do foro das ciências sociais e humanas devem, por isso, articular-se com as perspectivas das ciências da saúde, de modo a constituir-se um meio auspicioso para a abordagem dos determinantes da saúde e dos factores individuais e colectivos que a afectam. Esta perspectiva ajuda-nos a reconhecer o impacto do género nas determinantes da saúde, nos obstáculos de acesso aos serviços de saúde, no impacto das políticas de saúde nos programas de saúde e na distribuição do poder e remuneração do trabalho no sector da saúde (OPS, s.d.).

Em síntese, a equidade de género implica (OPS, s.d., p. 2):

- a eliminação das diferenças desnecessárias, injustas e evitáveis no estado de saúde e sobrevivência;
- a distribuição e acesso aos recursos (tecnológicos/financeiros/humanos) segundo as necessidades parti-

culares de cada sexo;

- que mulheres e homens contribuam para o financiamento da saúde segundo a sua capacidade económica, e não segundo os riscos ou necessidades próprios para cada sexo e em cada etapa do ciclo vital;
- uma distribuição social justa das responsabilidades, do poder e das recompensas perante a contribuição das mulheres e dos homens na gestão da saúde. Isto inclui a valorização do trabalho não remunerado nos cuidados de saúde.

Com o objectivo de reforçar a aplicação dos conceitos anteriores serão debatidas, a seguir, as diferenças de género na prestação de cuidados de saúde sexual e reprodutiva.

2.3. Particularidades de género na procura e atendimento dos/as utentes nos serviços de saúde

2.3.1. Planeamento familiar no feminino e no masculino

Há alguns anos que as políticas sociais de saúde dos governos e da própria Organização Mundial de Saúde (OMS) têm demonstrado preocupação por um nível de saúde que permita aos/às cidadãos/cidadãs ter uma vida social e economicamente produtiva (Silva, 2002, p. 73). A OMS, baseando-se na XXX Assembleia Mundial da Saúde, realizada em Maio de 1977, reafirma as estratégias a seguir pelos estados membros, estabelecidas em grandes linhas de actuação, das quais se realçam:

- que se conferisse prioridade à garantia de igualdades de acesso à saúde e à redução das desigualdades dentro de cada país e entre países [...]
- que se sublinhasse o princípio de que a saúde diz respeito às próprias pessoas, constituindo os indivíduos, as famílias e as comunidades elemento fundamental no desenvolvimento da saúde [...]
- que se recorresse prioritariamente à organização dos cuidados primários, de modo a assegurar as necessidades fundamentais em saúde, com serviços prestados tão perto quanto possível dos locais de vida e de trabalho, facilmente acessíveis por todos e em comunidades participando activamente [...] (Silva, 2002, p. 73).

Como a saúde diz respeito às próprias pessoas, torna-se interessante analisar a sua auto-percepção relativamente ao estado de saúde. Segundo os dados do INE (2008*d*), estes valores variam de acordo com o sexo e grupo etário, num estudo relativo ao período de 2005/2006. As principais conclusões que se podem retirar da leitura destes resultados são: 1) os homens são mais optimistas quanto à sua auto-percepção de saúde, uma vez que 59,3% consideram-se num nível *bom ou muito bom* de saúde, ao passo que a percentagem de mulheres que se considera neste nível é de 47,4%; 2) a percentagem de mulheres sobe consideravelmente no nível de saúde que consideram como *mau ou*

muito mau, verificando-se 17,5% de respostas femininas contra 10,4% masculinas; 3) no nível de saúde *razoável* consideraram-se 35,1% das mulheres face a 30,2% dos homens. Na realidade, a maior parte das mulheres considera o seu nível de saúde entre muito mau e razoável (52,6%), ao passo que, como se viu, a maioria dos homens considera-se portador de um nível de saúde bom ou muito bom.

Estes dados poderão estar na base da ideia que se associa, geralmente, aos homens: serem mais saudáveis; terem menos necessidades de saúde; serem mais agressivos, mais inconscientes e menos permeáveis às mensagens sobre prevenção e não precisarem de tantos cuidados (Prazeres, 2003).

O que se verifica também, com base em dados do INE (2008e) é que o número de óbitos em Portugal, no ano de 2005, é maior para os homens (55493 óbitos, correspondentes a 51,6% do número total de óbitos) do que para as mulheres (51969 óbitos, que correspondem a 48,4% do total de óbitos). Apenas duas das causas de morte apontadas vitimam mais mulheres que homens: doenças do aparelho circulatório e diabetes *mellitus*. Os tumores malignos, as doenças do aparelho respiratório, do aparelho digestivo, os acidentes, envenenamentos e violências, bem como outras causas, estão em maior percentagem no grupo dos homens (INE, 2008).

Em matéria de saúde sexual e reprodutiva, verifica-se frequentemente que uma grande parte das atenções está voltada para o envolvimento dos homens, de um modo tendencialmente conducente à sua colaboração, na satisfação das necessidades das mulheres nesta área da saúde. O que se tem vindo a constatar é que, na realidade, se tem descurado a importância dos homens, enquanto grupo com necessidades em saúde particulares e, enquanto parceiros das mulheres, com responsabilidades partilhadas.

Na opinião de Prazeres (2003), para fomentar a equidade em saúde, “não basta apenas esperar dos homens uma maior participação, mas é necessária uma apropriação partilhada de direitos e deveres” (p. 20). Assim, os serviços de prestação de cuidados de saúde são convidados a aumentar a atenção sobre a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar dos jovens do sexo masculino, constituindo isso um desafio actual e pertinente. Na sua opinião, trata-se de uma questão de equidade ligada ao género, em que os benefícios a alcançar favorecerão, não só os adolescentes e os jovens do sexo masculino, mas também as raparigas, as mulheres, as crianças, os homens e as comunidades em geral. Neste contexto, será necessário conhecer com rigor, primeiro, as determinantes das atitudes e dos comportamentos dos homens em matéria de saúde sexual e reprodutiva e, depois, identificar

possíveis factores propiciadores de mudança. É necessário organizar medidas que abonem a favor do fundamento das diferenças inerentes ao dimorfismo sexual e, que, ao mesmo tempo, favoreçam a minimização ou eliminação das iniquidades. Desta forma, será possível ajudar os homens a construir outras formas de masculinidade no domínio da sexualidade e da reprodução.

Em Portugal, a importância do desenvolvimento de políticas de saúde sensíveis ao sexo e ao género surgem no debate da promoção da saúde sexual e reprodutiva, “como forma de contribuir para melhores resultados em saúde através do *empowerment* do estatuto das mulheres” (Laranjeira *et al.*, 2008, p. 9). Assim, surgiu na Resolução do Conselho de Ministros n.º 82/2007, de 22 de Junho, o *III Plano Nacional para a Igualdade – Cidadania e Género (2007-2010)*. Neste Plano, concentram-se as motivações e iniciativas neste domínio da saúde sexual e reprodutiva, com impacto na saúde de mulheres e homens e defendem-se objectivos concretos a serem desenvolvidos no sector da saúde.

O PNS não integra a perspectiva de género no seu ponto de partida, mesmo existindo alguma relação subjacente entre esta perspectiva e os valores orientadores do documento. No entanto, não se pode afirmar que haja uma total insensibilidade face ao género. O que se verifica é uma reflexão pobre e pouco aprofundada dos conceitos, “o que resulta numa clara indecisão, assimetria e incongruência no seu uso” (Laranjeira *et al.*, 2008, p. 93).

A apreciação feita sobre o *Plano Nacional de Saúde 2004-2010* no documento *Saúde, Sexo e Género – Factos, Representações e Desafios* (Laranjeira *et al.*, 2008), baseada num conjunto de observações e análises dos documentos oficiais, consiste essencialmente nos seguintes aspectos:

- O conceito de género não é definido, nem de forma sucinta, em qualquer das partes do texto;
- Os conceitos de ‘sexo’ e de ‘género’, como já fizemos notar, são usados como sobreponíveis ou, aparentemente, de forma inconsequente, predominando a sua assumpção como sinónimos ou o segundo como uma versão modernizada do primeiro;
- Quando a caracterização dos fenómenos de saúde e de doença se baseia em dados estatísticos e epidemiológicos desagregados por sexo, as diferenças observadas entre ambos são muitas vezes omitidas e praticamente desvalorizadas em termos analíticos;
- A projecção de estratégias de acção baseadas nessa caracterização segue no mesmo sentido, sendo pontuais os exemplos em que se ensaia a alusão à necessidade de considerar o que é distinto em cada sexo;
- A neutralidade face ao sexo e ao género não parece ser deliberadamente procurada, mas o menosprezo pela sua importância acaba por produzir esse efeito (pp. 98-99).

Segundo estes/as autores/as, para promover a adopção da perspectiva de género seria neces-

sária a clarificação prévia dos conceitos de sexo e de género, bem como a assumpção do género como um dos determinantes da saúde. Para Prazeres (2003), falar da perspectiva de género em saúde implica, pois, desenvolver o tema do impacto das relações interpessoais na saúde das populações, da divisão do trabalho e do poder por género numa população, tendo em conta os perfis epidemiológicos, condições de acessibilidade, financiamento e gestão do sistema de saúde pública dessa população. A complexidade destas interacções está, de acordo com Laranjeira *et al.* (2008), sempre presente quando se procura um melhor entendimento sobre os indicadores de saúde apresentados por homens e mulheres. Sob o ponto de vista da duração do ciclo de vida e das causas de morte em homens e mulheres, o estudo diferencial entre sexos permite realçar diferenças acentuadas entre os dois grupos. Segundo os/as autores/as, neste contexto, importa ainda ressaltar que não existem *standards* que permitam medir o efeito do género na saúde de cada um de nós:

Do ponto de vista estatístico, trata-se de um conceito abstracto, sendo por isso uma variável *latente*, cujos efeitos são interpretáveis através da análise dos elementos que a estruturam. Quanto ao sexo, constituindo uma variável *observada*, a leitura dos seus efeitos é, no momento presente, inevitavelmente feita de uma forma dicotómica (Laranjeira *et al.*, 2008, p. 30).

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.* (2008), 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). Diz-se *aparentemente*, uma vez que em Portugal, por vários motivos, o número de casos reais de IST's não é conhecido. Sabe-se, no entanto, que o número de doentes nas consultas de IST's tem vindo a aumentar.

Os dados oficiais de que se dispõe dizem respeito apenas ao HIV/SIDA, nomeadamente à distribuição de casos notificados por grupo etário e género à data de 31 de Dezembro de 2007 (Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, 2007). Pode-se constatar também que, à semelhança do que se afirmou anteriormente, com base no *PNS 2004-2010*, é nas faixas etárias que compreendem os indivíduos entre 25 e 44 anos de idade que se encontram mais indivíduos infectados. Da mesma forma se confirma a tendência de um maior número de infectados do sexo masculino (11 640 *versus* 2 553 mulheres).

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 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).

Desta forma, defende-se que os homens devem participar activamente nos programas de promoção da saúde e ser assessorados para que recorram aos serviços de saúde e desenvolvam capacidades de auto-cuidado. Um dos motivos pelos quais os homens não recorrem com frequência aos cuidados de saúde, é pela dificuldade que sentem em falar com outras pessoas sobre sentimentos e experiências íntimas associadas à sexualidade (IPPF/RHO & AVSC International, 1998). Em 2001, a IPPF volta a afirmar que “a preocupação dos homens de serem vistos como fortes e no controlo, pode desencorajá-los de discutir os seus problemas de saúde sexual com as companheiras ou com outros, incluindo os prestadores de serviços médicos” (IPPF/The Population Council, 2001, p. 3). Outro dos motivos poderá ser a auto-percepção de saúde dos homens, como se referiu anteriormente, 59,3% dos entrevistados (homens) considerou o seu nível de saúde bom ou muito bom (INE, 2008*d*).

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).

Neste sentido, o ICN (s.d. *a*) sugere aos enfermeiros um conjunto de medidas no sentido de promover a saúde no masculino, prevenir e intervir atempadamente nas doenças:

- criar grupos de consciencialização dos homens acerca da sua saúde;
- formar enfermeiras e outras pessoas em estratégias de redução de riscos, ajudando os homens a manifestar os seus sentimentos, de uma forma saudável e a procurar ajuda adequada;
- ensinar os homens a examinar os seus testículos para identificar cancro e outros tumores;
- organizar campanhas que fomentem o contacto dos homens com os serviços de saúde;
- identificar e orientar as intervenções de enfermagem em grupos de alto risco, tais como os jovens do sexo masculino, homens de zonas socialmente desfavorecidas, desempregados, solteiros, divorciados e viúvos, homens com doenças crónicas como VIH/SIDA e aqueles que abusam de substâncias tóxicas;
- promover práticas sexuais mais seguras, especialmente entre os jovens do sexo masculino;
- promover exames periódicos para despiste de cancro do recto, da próstata e outros (s.p.).

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. Para o efeito, Laranjeira *et al.* (2008) agruparam, na sua investigação, estas representações em cinco categorias essenciais.

Segundo os/as autores/as, a primeira categoria, “o papel do sexo do utente no contexto das práticas clínicas”, focaliza-se na importância que o género pode representar no plano da condução das consultas, dos critérios que são utilizados para o diagnóstico, no processo terapêutico e na relação que o/a profissional estabelece com o/a utente. Estas dimensões foram orientadas para a percepção que o/a próprio profissional tem sobre o tema e para a sua percepção sobre a importância que os/as colegas da sua área de especialidade lhes atribuem, tal como para os/as colegas de outras especialidades e áreas profissionais. Os principais resultados deste estudo indicam que os/as profissionais, em média, afirmaram dar pouca importância ao sexo do/a utente no contexto das práticas clínicas, embora tenham a percepção que os/as colegas de outras áreas profissionais consideram o sexo do/a utente relevante na forma como conduzem a consulta/atendimento, nos critérios de atendimento e no âmbito da relação terapêutica.

A segunda categoria, “o papel do sexo do profissional de saúde no campo das práticas clínicas – importância do sexo do profissional”, mostra resultados de investigação que indicam, por exemplo, que a composição das equipas de enfermagem é predominantemente feminina, o que pode colocar alguns limites na relação com o utente masculino, no âmbito da confiança, da abertura e da empatia entre enfermeira-utente. No plano do processo terapêutico, os/as médicos/as e os/as enfermeiros/as salientaram a importância do sexo do/a profissional ao nível das especialidades de Saúde Materna/Ginecologia/Obstetrícia e Urologia, embora se tenha verificado que os/as enfermeiros/as dão mais importância ao seu próprio sexo, em comparação com os/as médicos/as.

A terceira categoria, “a abordagem diferencial da saúde dos homens e das mulheres no contexto da formação académica”, descreve resultados sobre a importância que o sexo do/a estudante de enfermagem pode representar para a sua escolha da especialidade, tal como no interesse que os/as profissionais expressam face à possibilidade de receber formação complementar neste domínio. Os principais resultados encontrados mostram que os/as médicos/as e os/as enfermeiros/as discordaram quanto à importância do sexo do/a estudante na escolha da especialidade, tendo as mulheres discordado significativamente mais que os homens. Relativamente ao interesse em receber formação complementar na área do género aplicada à saúde, os/as enfermeiros/as aproximaram-se de uma posição neutra (não concordo nem discordo). Relativamente à presença da abordagem diferencial das questões de saúde dos homens e mulheres, nos currículos académicos da sua formação, os/as enfermeiros/as aproximaram-se da posição “não concordo nem discordo”.

A quarta categoria, “o campo das relações entre profissionais”, foi dedicada à importância que

o sexo dos/as profissionais pode assumir ao nível das relações entre pares, quer da perspectiva dos/as próprios/as, quer da percepção que estes apresentam face aos/às seus/suas colegas de profissão. Neste estudo, verificou-se que emergiram algumas diferenças ao nível das respostas dos/as participantes, mas não se observaram quaisquer efeitos significativos daquelas variáveis nos itens deste grupo.

A quinta categoria, “o desenvolvimento da carreira”, foca questões relacionadas com a igualdade e/ou discriminação no plano da carreira profissional, a diferenciação de especialidades médicas/enfermagem em função do sexo dos/as profissionais, as barreiras que possam estar associadas ao sexo dos/as mesmos/as, a autoridade de homens e mulheres no contexto da profissão e diferenciações de prestígio ao nível das especialidades médicas/enfermagem. Os principais resultados indicam que os homens consideram existir igualdade na aplicação de critérios para a progressão na carreira dos indivíduos de ambos os sexos, ao passo que as mulheres se aproximam mais da resposta neutra (nem concordo nem discordo).

Após estas abordagens, pode-se compreender, em parte, porque é que a sociedade se acostumou a atribuir maior ênfase à mulher no processo reprodutivo. Na maior parte das acções informativas e formativas nestes domínios, a tónica é colocada no ciclo reprodutor feminino, sem grande especificação do equivalente masculino. Desta forma, os homens poderão ver-se em desigualdade, comparativamente com as mulheres, por exemplo, em informação e orientação sobre o seu potencial reprodutivo. Os rapazes não são, habitualmente, encorajados a falar sobre as suas transformações pubertárias, nem lhes são proporcionados espaços onde possam fazer perguntas ou procurar informação sobre elas, ao passo que as raparigas têm à sua disposição variados meios de informação sobre os desenvolvimentos próprios da idade, nomeadamente, sobre a menstruação. Este facto torna-se controverso quando analisamos os hábitos de uns e outros:

A literatura evidencia que, de uma maneira geral, os rapazes iniciam relações sexuais mais cedo do que as raparigas; estas referem, com maior frequência, que os contactos surgem no contexto de uma relação amorosa; por outro lado, os rapazes referem ter relações sexuais com maior número de parceiras e em situações mais ocasionais (Prazeres, 2003, p. 38).

Além desta, outras características parecem encontrar-se socialmente inerentes à condição de masculinidade. Estas correntes tradicionais, segundo Prazeres (2003), dificultam a partilha de responsabilidades contraceptivas e preventivas. Veja-se, a título ilustrativo, o caso da responsabilidade do uso do preservativo:

Por um lado, o «código sexual» masculino parece sugerir que, por o comportamento contraceptivo ser matéria «feminina», caberá à rapariga a sugestão do uso do preservativo ou de outro método; mas, por outro, o «código» manda que seja responsabilidade masculina a aquisição de preservativos, dado que uma mulher ter consigo preservativos sugere uma atitude premeditada, o que pode suscitar a ideia de «promiscuidade» (Prazeres, 2003, p. 39).

Por outro lado, o autor refere que também existe o preconceito do comando da relação, pois, se um rapaz responder positivamente ao desejo feminino para usar um método contraceptivo, tal parece implicar que seja ela quem «controla» a relação.

Tendo como ponto de partida a premissa da concepção como resultado natural da relação sexual entre homem e mulher, espera-se que a contracepção também seja um fenómeno natural resultante da conjugação de esforços dos/as parceiros/as igualmente envolvidos/as nessa relação (Marcolino & Galastro, 2001). Em continuidade da exploração efectuada no subcapítulo anterior, constata-se também a dificuldade maior dos homens em relação às mulheres para a procura dos serviços de saúde quando deles necessitam, muito por consequência da falta de informação e sensibilização, como já se analisou anteriormente.

A propósito da saúde sexual e reprodutiva dos homens, Prazeres (2003) salienta que, por vezes, os homens:

têm opiniões negativas sobre os serviços, achando-os pouco apelativos, com capacidade de acolhimento deficiente para indivíduos do sexo masculino, mais vocacionados para tratarem as necessidades de saúde do sexo feminino, nomeadamente em questões de crescimento, de vigilância em saúde e em saúde sexual e reprodutiva; acresce ainda o facto de, em regra, o pessoal nos serviços ser maioritariamente feminino, o que, de acordo com vários estudos, pode gerar incomodidade e constrangimento nos rapazes (Prazeres, 2003, p. 32).

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 contracepção, 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 chefes de família, que as suas parceiras se tornem promíscuas ou adúlteras, e que eles sejam ridicularizados pelos outros membros da comunidade.

Contraopondo-se a estas preocupações tem-se, por outro lado, a necessidade que muitos casais sentem de não ter mais filhos/as, em primeira instância, por motivos económicos (Silva, 2002b, p. 62):

De seguida surgem as dificuldades em educar uma criança, a maior dificuldade das mães em obter emprego, as complicações do parto, a dificuldade em conciliar família e trabalho, a dimensão da casa não o permitir, as crianças retirarem muito tempo ao casal, indispensável a outras ocasiões importantes na vida, e problemas de saúde de um dos cônjuges.

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 companhia. 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).

2.3.2. 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/à bebé e na alimentação, de forma a garantir condições propícias à tomada de decisão consciente.

A autora afirma, a este propósito, que a falta de informação dos pais sobre os benefícios da amamentação e os eventuais inconvenientes da alimentação com fórmulas lácteas está, muitas vezes, na origem da opção por este tipo de alimentação. Para muitas mulheres, a alimentação com biberão é considerada mais conveniente ou menos embaraçosa que a amamentação. Por outro lado, esta pode ser uma forma de garantir a colaboração do pai ou de outros membros da família nos cuidados alimentares à criança, principalmente, quando a mãe considera que a amamentação se torna incompatível com uma vida social activa, ou com o seu regresso ao emprego. Existem ainda algumas mulheres que não têm confiança suficiente na sua capacidade para produzir leite em quantidade suficiente e com qualidade adequada à satisfação das necessidades do bebé, ou que têm antecedentes de experiências mal sucedidas. As barreiras sociais e o pudor também fazem parte dos obstáculos enumerados por esta autora, assim como a influência negativa de familiares e amigos/as.

Assim sendo, é essencial o trabalho dos/as enfermeiros/as (e de outros/as profissionais de saúde), que têm a responsabilidade de estimular as mães a amamentar, através de uma educação que deve começar, de preferência, durante a gravidez. Esta atitude visa a “promoção de sentimentos de competência e de confiança na mãe que amamenta e o reforço da contribuição única que ela está a fazer para a saúde e o bem-estar do seu bebé” (Alden, 2008, p. 651).

Da mesma forma que é importante considerar a participação do homem na concepção de um filho, também é crucial pensar nele quando surgem desordens que impedem a gravidez.

A esterilidade, é definida tradicionalmente, como afirmam Bobak *et al.* (1999), como a incapacidade de conseguir uma gravidez após pelo menos um ano de relações sexuais sem medidas contraceptivas. Esta esterilidade pode ser primária ou secundária, consoante algum dos elementos do casal nunca tenha conseguido conceber ou, já tendo concebido, não o consegue fazer desta vez, respectivamente. Dentro das causas mais prováveis da infertilidade, contam-se: a tentativa para adiar a gravidez até mais tarde, quando a fertilidade diminui naturalmente; o aumento de doença inflamatória pélvica; e o aumento do abuso de substâncias tóxicas.

Segundo afirmam Bobak *et al.* (1999), o diagnóstico e tratamento das alterações da fertilidade necessitam de um investimento físico, emocional e financeiro considerável, durante um longo período. Estas autoras acrescentam também, que as convicções pessoais, aconselhamento pelo/a médico/a e stress emocional, são factores críticos que influenciam as decisões sobre o tratamento da infertilidade. É no controlo do stress emocional que o companheiro/marido tem um papel fundamental junto da mulher, quando ambos desejam alcançar o objectivo de ter um/a filho/a. Em matéria de tratamentos, os homens costumam tomar decisões baseadas nos potenciais efeitos secundários, ao passo que as mulheres centram as suas opções segundo a potencial eficácia do tratamento, o que pode dar a entender que o raciocínio do homem não está tão centrado no objectivo a alcançar, como o da mulher, mas pondera também as eventuais consequências para atingir o fim pretendido.

Das análises e exames auxiliares de diagnóstico a realizar nos casos de alterações da fertilidade feminina, Bobak *et al.* (1999) nomeiam seis tipos diferentes: 1) determinação da ovulação, através da avaliação da curvatura da temperatura basal, a avaliação das características do muco cervical e a biópsia do endométrio; 2) análises hormonais, através da determinação dos níveis de progesterona, estrogéneos, FSH (hormona foliculo-estimulante) e LH (hormona luteinizante), a partir de colheitas de sangue e urina da mulher em diferentes alturas do ciclo menstrual; 3) biópsia programada do endométrio, que consiste na colheita de uma amostra de tecido do endométrio para estudo histológico, depois da ovulação, durante a fase luteínica do ciclo menstrual, cerca de 3 a 4 dias antes da menstruação; 4) histerossalpingografia, que consiste na visualização da cavidade uterina e trompas através do estudo radiológico, após instilação de um produto rádio-opaco de contraste através do colo do útero; 5) laparoscopia, que é um procedimento que consiste na inserção de um pequeno telescópio através de uma pequena incisão na parede anterior do abdómen que permite, com a ajuda de uma fonte de luz fria, a visualização das estruturas pélvicas internas superiores; este procedimento cirúrgico carece de anestesia geral e de um internamento que vai até 24 horas após a cirurgia; 6) exame pélvi-

co por ultra-som ou ecografia abdominal ou transvaginal. A realização destes exames tem como objetivos a análise da existência ou não de condições favoráveis à ocorrência de ovulação, fertilização e nidação; verificação da existência de malformações congénitas, pólipos, miomas, aderências pélvicas, endometriose, oclusão tubárica, ovários poliquísticos; ou confirmação de gravidez intra-uterina – *versus* ectópica.

Dos exames auxiliares de diagnóstico para investigar alterações da fertilidade masculina, referem-se dois. Com base em Bobak *et al.* (1999), o estudo da infertilidade masculina inclui sempre um espermograma e, eventualmente, um teste pós-coital. O espermograma completo estuda os efeitos do muco cervical nos espermatozóides, em relação à motilidade e sobrevivência, e avalia a capacidade deste penetrar num óvulo, fornecendo informações básicas. Habitualmente, são avaliadas três amostras recolhidas com intervalos de um mês, uma vez que uma só análise pode ser inconclusiva, já que a contagem de espermatozóides varia de dia para dia e está dependente do estado físico e emocional e actividade sexual.

Segundo estes investigadores, o teste pós-coital utiliza-se para verificar a adequação à técnica coital, muco cervical, espermatozóides e grau de penetração dos espermatozóides no muco cervical. Um dos inconvenientes deste teste é que a relação sexual é sincronizada com a altura da ovulação, duas horas após a ejaculação do esperma na vagina, o que faz com que alguns casais sintam alguma dificuldade em fazerem sexo “programado”, quase “por obrigação”, devido às pressões que este facto pode exercer no relacionamento interpessoal do casal. Por outro lado, pode ser problemática a realização do teste se a data programada para a colheita coincidir com uma altura em que o/a médico/a ou os serviços não se encontrem disponíveis, como por exemplo, ao fim de semana ou em período de férias.

As medidas gerais de terapêutica, segundo Bobak *et al.* (1999), podem englobar simples mudanças no estilo de vida, tais como: corrigir o estado nutricional, reduzir ou deixar de fumar, reduzir o consumo de bebidas alcoólicas, evitar temperaturas elevadas na região escrotal; aprender sobre o ciclo menstrual, o sintoma do muco cervical e a altura adequada para a relação sexual; alternar as posições utilizadas nas relações sexuais, no caso da existência de cordão fibroso – curvatura dolorosa para baixo quando da erecção. Existem outras medidas terapêuticas que envolvem a terapêutica médica, no caso de doença hipofisária ou testicular; a terapêutica medicamentosa, como tratamento de infecções, de disfunções da tiróide e das cápsulas suprarrenais, bem como de tumores produtores de prolactina da hipófise e hipotálamo. Por último, pode haver necessidade de correcção cirúrgica do

varicocele (veias varicosas no cordão espermático).

Segundo Bobak *et al.* (1999), caso estas medidas terapêuticas não resolvam o problema de infertilidade do casal, existem algumas técnicas de reprodução medicamente assistida que podem ajudá-lo a atingir o objectivo, como sejam a inseminação intra-uterina (de esperma do companheiro ou de dador), a fertilização *in vitro* (com esperma e óvulos próprios ou de dador) e a transferência intrafalopiana de gâmetas. Neste último caso, são retirados do ovário os oócitos e “colocados com espermatozoides móveis e lavados, e imediatamente transferidos para as extremidades fimbriadas das trompas de Falópio. A fertilização ocorre na trompa (*in vivo*) e não em laboratório (*in vitro*). Também pode ocorrer adopção do embrião, que é o processo através do qual um embrião doado é transferido para o útero de uma mulher infértil, na altura apropriada do ciclo menstrual.

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 companheiro ainda ocupa um papel mínimo na vivência da gravidez e da parentalidade, actuando na maioria das vezes, como mero espectador do nascimento do filho, ao passo que, noutras culturas, como os americanos nativos, esquimós, africanos e nos grupos Maori, referidas por Helman (1994), “quando o pai está presente, essa presença é quase sempre funcional; a função e os rituais desempenhados por ele são considerados parte integrante do processo real do parto” (p. 162). Segundo o investigador, nessas culturas, cabe ao pai proteger a mãe, o/a

bebé e facilitar o nascimento. Estas funções integram o chamado *ritual couvade*.

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 seus filhos, com benefícios para as mães, para os filhos 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, dependem 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.*, 2008).

Assim, tem-se que os termos “família” e “pais” surgem intimamente ligados às orientações do *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*, do Ministério da Saúde (2004c), sobre saúde infantil e juvenil. Verifica-se, portanto, que do ponto de vista linguístico, não há espaço para questionar os papéis atribuídos a cada sexo, ainda que, do ponto de vista simbólico, nos interroguemos se, efectivamente, esses termos englobam, em igualdade, homens e mulheres. Um exemplo claro de tentativa de envolvimento masculino reside numa referência ao período pré-concepcional, onde é utilizada a expressão “casais”: “aumentar-se-á o número de casais que efectua uma consulta médica no período pré-concepcional com o objectivo de preparar a gravidez” (Direcção-Geral da Saúde, 2004c, p. 27).

Laranjeira *et al.* (2008) vão mais longe quando analisam também o conceito de família ao longo

do documento e o aspecto gráfico do Plano Nacional de Saúde (PNS):

O conceito de família é usado inúmeras vezes ao longo do PNS mas, como não é clarificada a diversidade dos seus significados, julgamos não ser possível avaliar que tipo de família é considerado. Do ponto de vista gráfico, porém, o documento é ilustrado, no interior e no exterior, por um agrupamento de quatro figuras humanas, um homem, uma mulher, um rapaz e uma rapariga, uma forma vulgar de representação da família nuclear. Esta ilustração pode ser interpretada em sentido diverso, mas parece-nos importante que seja dada atenção aos aspectos simbólicos, pois estes são difusores de ideologias, neste caso, acerca do género (Laranjeira *et al.*, p.97).

Pode-se concluir, assim, que o papel do homem e da mulher na sociedade e, conseqüentemente, na família, tem evoluído ao longo do tempo, de acordo com vários factores. Desta forma, a participação e o grau de envolvimento dos seus membros também sofreu alterações. Deu-se lugar à (re)construção cultural dos conceitos de maternidade, paternidade e parentalidade. Estes conceitos podem, no entanto, ser díspares dentro da mesma sociedade, podendo oscilar consoante o sector social, a idade, a classe, a religião ou outros factores, tal como defende Bonino (2003) e como se poderá compreender através da análise dos dados recolhidos neste estudo.

2.4. Prestação de cuidados e educação nas Consultas de Planeamento Familiar e de Saúde Materna em Portugal

2.4.1. Prestação de cuidados de saúde primários

À semelhança do que acontece com outros direitos fundamentais à vida dos/as cidadãos/cidadãs, o Estado assegura o fornecimento de serviços de planeamento familiar (PF) gratuitos em todo o país, garantindo assim o livre acesso à educação e à informação sexual. Desta forma, a Direcção-Geral de Saúde preconiza, na sua publicação *Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar* as seguintes actividades a desenvolver nas consultas de planeamento familiar, que acabam por ir de encontro às acções defendidas na Plataforma de Acção, que resultou da Declaração de Beijing:

- informar sobre os benefícios do espaçamento adequado das gravidezes;
- esclarecer sobre as vantagens de regular a fecundidade em função da idade;
- elucidar sobre as conseqüências da gravidez não desejada;
- informar sobre a anatomia e a fisiologia da reprodução;
- facultar informação completa, isenta e com fundamento científico sobre todos os métodos contraceptivos;
- proceder ao acompanhamento clínico, qualquer que seja o método contraceptivo escolhido;
- fornecer, gratuitamente, os contraceptivos;

- prestar cuidados pré-concepcionais tendo em vista a redução do risco numa futura gravidez
- identificar e orientar os casais com problemas de infertilidade;
- efectuar a prevenção, diagnóstico e tratamento das IST's;
- efectuar o rastreio do cancro do colo do útero e da mama, quando estes não se encontrem organizados de forma autónoma;
- reconhecer e orientar os casais com dificuldades sexuais;
- promover a adopção de estilos de vida saudáveis (DGS, 2008, p.6).

Importa clarificar o conceito de consulta que, de acordo com a Federação Internacional de Planeamento Familiar (IPPF, 2000, p. 5) “se refere ao exame médico realizado por um profissional que pode ser o médico, a enfermeira, a parteira ou matrona”. Uma consulta de planeamento familiar (PF) inclui, portanto, segundo este documento, “serviços relacionados com todos os métodos contraceptivos (modernos e tradicionais), incluindo os casais na tomada de decisão sobre anti-concepção e sobre outros aspectos relacionados” (IPPF, 2000, p. 6).

O/a profissional que presta estes cuidados de PF deve seguir os princípios da isenção, ética e sigilo, bem como as normas e orientações comprovadas, recomendando as melhores medidas a tomar em diversos momentos das nossas vidas. Assim, estas consultas devem acontecer, com uma frequência anual, pelo menos; embora, esteja preconizada, pela Direcção-Geral da Saúde a necessidade de serem especialmente orientadas para o planeamento familiar as mulheres: com doença crónica que contra-indique uma gravidez não programada; com quatro ou mais partos; com idade inferior a 20 anos e superior a 35 anos; cujo espaçamento entre duas gravidezes foi inferior a 2 anos; puérperas; após utilização de contracepção de emergência e após uma interrupção da gravidez (DGS, 2008). A consulta de PF engloba também, a prestação de cuidados pré-concepcionais, preconizados na Circular Normativa n.º 2/DSMIA (DGS), de 18/03/98:

Os cuidados pré-concepcionais devem ser entendidos como integrados na prestação de cuidados em saúde reprodutiva; embora tenham como alvo preferencial as mulheres que desejam engravidar, devem abranger todas as mulheres em idade fértil, o que implica interrogá-las acerca da utilização de métodos contraceptivos e dos seus planos no que diz respeito a uma futura gravidez; identificar riscos, iniciar a intervenção apropriada, e, ainda, acentuar a importância das gravidezes planeadas, valorizar as primeiras semanas da gestação e a necessidade de cuidados especiais, mesmo antes da concepção.

Esta Circular também estabelece que este espaço de aconselhamento pré-concepcional oferece, ainda, uma excelente oportunidade para discutir assuntos relativos aos direitos sexuais e reprodutivos e facultar informações sobre a fisiologia da reprodução, como por exemplo, o ciclo menstrual, a ovulação, o período fértil e o tempo que poderá ser necessário para engravidar. A equipa de PF (médi-

co/a e enfermeiro/a) deve, desta feita, prestar cuidados de saúde antecipatórios, através do acompanhamento pré-concepcional, que esclareça o casal e o leve a preparar-se para as funções parentais.

Estes cuidados visam a determinação do risco concepcional, de forma sistemática, e em particular, do risco genético, através da história reprodutiva, médica e familiar (neste parâmetro, enquadra-se o rastreio de certas doenças, a determinação de imunidade face a outras e a vacinação quando necessária); também se perspectiva a determinação de possíveis efeitos da gravidez sobre as condições médicas existentes, quer do ponto de vista materno, quer fetal; visa, de igual forma, introduzir as modificações convenientes, orientando o casal de acordo com os riscos identificados, com recurso aos cuidados diferenciados, sempre que necessário. Na consulta pré-concepcional é oportuno, também, discutir alguns aspectos de saúde, com base no documento *Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar* (DGS, 2008, p. 56):

- O espaçamento recomendado entre os nascimentos, incluindo as questões relativas ao uso dos contraceptivos e à sua interrupção;
- As possíveis consequências para o feto da ocorrência na gravidez de uma infecção de transmissão sexual e a importância da adopção de comportamentos seguros pelo homem e pela mulher;
- O estado nutricional, hábitos alimentares e estilos de vida;
- Os aspectos psicológicos, familiares, sociais e financeiros relacionados com a preparação da gravidez;
- A importância da vigilância pré-natal precoce e continuada.

Estas linhas orientadoras recomendam ainda que todos/as os/as utilizadores/as da consulta de planeamento familiar devem estar informados/as sobre a importância da programação de uma próxima gravidez. Nenhuma mulher que pretenda engravidar deve interromper o uso do método contraceptivo que o casal utiliza, sem que sejam postos em prática os procedimentos anteriormente citados.

A continuidade destes cuidados de saúde só é possível se forem elaborados registos precisos e actualizados em todas as consultas. Por isso, os/as profissionais de saúde deverão utilizar como recursos destinados ao efeito, o processo familiar do/a utente, utilizando o aplicativo informático para efectuar o registo no servidor e o Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar (SR/PF), que é um instrumento de trabalho contendo informação relativa à saúde da mulher e assegura a circulação da informação clínica relevante, contribuindo para a articulação e interligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares (DGS, 2006). Este boletim deve, por isso, ser distribuído a todas as mulheres acompanhadas em SR/PF, quer no âmbito de consultas específicas, quer na consulta de medicina geral e familiar. Neste modelo constam, como campos de registo, os dados referentes à história pessoal e familiar de antecedentes de saúde; antecedentes obstétricos; episódios de

referenciação interdisciplinar; dados da consulta pré-concepcional; e registo das consultas seguintes (que engloba registo de datas e resultados de citologias e mamografias).

Perante os primeiros sinais de gravidez, deve-se iniciar o esquema de consultas de vigilância pré-natal. A Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários – Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar (1991) recomenda um esquema de consultas que prevê:

uma consulta mensal da 8^a até à 36^a semana [de gestação], seguida de consulta quinzenal até ao parto [previsivelmente às 40 semanas], num total de cerca de 10 consultas. No entanto, alguns condicionalismos relativos a cada Centro de Saúde podem obrigar a reduzir esse número de consultas para um mínimo de 6 (p. 4).

O registo de evolução da gestação é feito no processo familiar da utente/casal e também, no Boletim de Saúde da Grávida (BSG), da Imprensa Nacional da Casa da Moeda, que funciona como instrumento fundamental de transmissão dos dados relativos à saúde da grávida e do feto e assegura, tal como o anterior, a circulação da informação clínica relevante, contribuindo para a articulação e interligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados diferenciados (DGS, 2001). Este modelo deve ser preenchido com dados referentes à história familiar e antecedentes pessoais; antecedentes obstétricos; registo de dados da consulta pré-concepcional; dados sobre a gestação actual, tais como, exame ginecológico e avaliação do grau de risco; exames laboratoriais; registos de dados clínicos e analíticos; registo dos episódios de referência interdisciplinar; inter-ocorrências relevantes; descrição do parto e consulta de puerpério (pós-parto).

Após a análise destes documentos, verifica-se alguma incongruência entre os objectivos preconizados face aos/às destinatários/as destas consultas e os modelos de registo existentes, uma vez que os objectivos são traçados do ponto de vista do casal e, nos impressos supra citados da Imprensa Nacional da Casa da Moeda, não tem espaço destinado ao registo das intervenções previstas, contemplando apenas os registos relativos à saúde da mulher.

As consultas de PF e SM proporcionam ao casal informações essenciais à tomada de decisões sobre o seu futuro, do ponto de vista reprodutivo, ao mesmo tempo que o orienta no sentido da prevenção de gestações indesejadas. Alude-se, também, aos benefícios de comportamentos saudáveis, alerta-se para os riscos, numa perspectiva de promoção da saúde da mulher, do casal e, eventualmente, do feto. Assim sendo, além do ponto de vista técnico-científico essencial ao/à profissional, exige-se, também, competências de nível relacional e educacional.

Os serviços de saúde têm evoluído, por isso, no sentido de dar oportunidade ao/à doen-

te/utente para poder ser ouvido/a e incluído/a no centro dos cuidados em todo o processo, em matéria de conteúdo dos cuidados de saúde e qualidade dos serviços. Neste sentido, foi criada a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (DGS, 2004a), de modo a potenciar a capacidade interventiva dos/as utentes dos cuidados de saúde públicos, na melhoria progressiva da sua qualidade. O direito à protecção da saúde está consagrado na Constituição da República Portuguesa, e assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade. No quadro legislativo da Saúde são estabelecidos direitos mais específicos, nomeadamente na Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, de 24 de Agosto) e no Estatuto Hospitalar (Decreto-Lei n.º 48357, de 27 de Abril de 1968).

Nesta perspectiva, a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (DGS, 2004a) representa, assim, mais um passo no caminho da dignificação dos/as doentes, do pleno respeito pela sua particular condição e da humanização dos cuidados de saúde, caminho que os/as doentes, os/as profissionais e a comunidade devem percorrer lado a lado. Este documento da Direcção-Geral de Saúde assenta na *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, na *Constituição da República Portuguesa*, na *Lei de Bases da Saúde* (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), no *Estatuto Hospitalar* (Decreto-Lei 48357, de 27 de Abril de 1968) e no *Regulamento Geral dos Hospitais* (Decreto n.º 48358, de 27 de Abril de 1968).

No âmbito das consultas de Planeamento Familiar e de Saúde Materna, torna-se oportuno citar este documento, precisamente no que se refere ao direito invocado com o número cinco: “O doente tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados” (DGS, 2004a, s.p.). Este direito remete, assim, para a necessidade da prestação de informação exacta ao/à utente, pelos centros de saúde, consultas hospitalares, serviços de recepção, e outros (quer quando formulados pessoalmente, quer telefonicamente), sobre os serviços a que o/a cidadão/cidadã pode/deve recorrer, as suas competências, regras, horários, formalidades, locais de acolhimento e encaminhamento, bem como modalidades de acesso.

Desta feita, as formas mais eficientes através das quais os/as utentes podem obter informações precisas sobre estas consultas, a sua importância e objectivos, deverão ser: directamente no Centro de Saúde da sua área de residência, através dos/as profissionais de saúde, que “devem assegurar aos/às cidadãos/cidadãs o apoio, a informação ou o esclarecimento que lhes seja solicitado sobre qualquer assunto” (*Carta Deontológica do Serviço Público*, aprovada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/93, de 17 de Março) e, eventualmente, de cartazes que existam afixados e/ou panfletos informativos; ou através de meios de comunicação social, como a internet; no sítio da Direcção-

Geral de Saúde (ver sítio da Internet www.dgs.pt); no Portal da Saúde (ver sítio da Internet www.portaldasauade.pt) e no Portal do Cidadão (ver sítio da Internet www.portaldocidadao.pt).

2.4.2. Educação para a saúde sexual e reprodutiva nas Consultas de Planeamento Familiar e Saúde Materna

Sendo o conceito de saúde um dos mais desejados e citados é, no entanto, dos mais difíceis de descrever, pela sua abrangência e subjectividade. Este conceito “está relacionado com a percepção que cada pessoa ou comunidade tem num determinado momento e contexto, e depende de crenças relacionadas com a vida, o sofrimento e o significado da morte” (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005, p. 11). Assim, a saúde é um conceito individual que depende do projecto de vida de cada um/a, bem como do significado de felicidade e da forma de estar consigo mesmo/a e com o mundo. Então, consegue-se compreender a importância da educação para a saúde numa perspectiva individual, em que, para cada pessoa, o projecto educativo consiste no projecto de uma vida inteira, “como uma via que conduza ao desenvolvimento humano mais harmonioso, mais autêntico, de modo a fazer recuar a pobreza, a exclusão social, as incompreensões, as opressões, [e] as guerras (...)” (Delors, 2005, p. 11).

Da interpretação do conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde, salienta-se uma nova abordagem conceptual precedida de uma viragem no paradigma biomédico anteriormente defendido. A saúde passa a ser entendida como um complexo equilíbrio dinâmico entre múltiplos factores que se orientam para a auto-realização do indivíduo, mais do que a simples satisfação das necessidades humanas, universais e priorizadas.

Descentra-se, assim, a atenção na doença e focaliza-se no indivíduo e na sua dimensão total e integradora, introduzindo-se pois, uma reflexão crítica de natureza epistemológica, alternando a prioridade dominante do tratamento com a prevenção da doença e promoção da saúde (Rodrigues *et al.*, 2005). Assim, “a nova noção de saúde tem em conta os factores sócio-económicos, rejeitando como ultrapassada a perspectiva que encarava a saúde como mero resultado de acções individuais, de actos médicos e de serviços de saúde” (Silva, 2002*b*, p. 24). A comunidade passa a ter também um papel fundamental na garantia das condições de vida que potenciam a saúde. Desta forma, não basta que cada pessoa, a título individual, mantenha comportamentos saudáveis, nem que existam serviços de saúde eficazes e acessíveis; é necessário ter muito em conta o conceito holístico de saúde.

Na opinião de Jensen (1997), este conceito de saúde da OMS é orientado holisticamente e para a acção, uma vez que compreende dois tipos de integralidade, nomeadamente, “ver a pessoa como um todo” (ou o “indivíduo total”), e “num todo” (ou “num ambiente total”). A primeira dimensão do conceito holístico de saúde, *ver a pessoa como um todo*, inclui a vertente física e psicológica envolvidas na saúde do indivíduo. Estes dois aspectos estão estreitamente inter-relacionados, não podendo ser percebidos como isolados. Jensen (1997) apresenta, como exemplo desta interacção, à qual designamos como equilíbrio psicológico, o facto de o stress aumentar o risco de infecções, enquanto o bem-estar físico e o prazer aumentam a resistência às doenças.

A segunda dimensão do conceito holístico, *ver a pessoa num todo*, envolve, tal como afirma Vilaça (2006), “os estilos de vida e as condições de vida na construção do conceito de saúde” (p.96). Os *estilos de vida* dizem respeito à forma como as pessoas vivenciam o mundo, ao modo como se comportam e às suas escolhas, influenciadas pelos seus valores e crenças. O termo *condições de vida* está relacionado, na perspectiva de Vilaça (2006), “com o ambiente social e físico e a rede cultural e económica que afecta a vida das pessoas” (p. 96). Estes conceitos relacionam-se entre si, influenciando-se mutuamente (directa e indirectamente), o que se traduz em implicações físicas e psicológicas para a saúde das pessoas.

É neste contexto que se torna pertinente enquadrar o conceito de educação como “um processo permanente de enriquecimento dos conhecimentos, do saber fazer, mas também e talvez em primeiro lugar, como uma via privilegiada de construção da própria pessoa, das relações entre indivíduos, grupos e nações” (Delors, 2005, p. 11). Sob esta perspectiva, parece compreensível aceitar a educação como a variável que mais significativamente se relaciona com a saúde, pois é imprescindível na adopção de atitudes e formas de agir determinantes para a qualidade de vida. Constata-se, assim, que ambos os conceitos – educação e saúde – têm finalidades comuns: colaborar na construção da pessoa como ser único e integrado e na relação de bem-estar consigo mesmo e com o ambiente que o rodeia (família, grupos, comunidade).

Esta abordagem, em que os programas são baseados na educação, enfatizando o envolvimento activo dos indivíduos na construção do seu próprio conhecimento e da sua competência de acção, é classificada por Jensen (1995) como Paradigma de Educação para a Saúde Democrático. Em contraste com este paradigma, Vilaça (2006) refere o paradigma moralista, onde os programas são baseados na informação e os indivíduos constituem-se como agentes passivos, “a quem não é proporcionado um espaço para expor os seus próprios pensamentos e conceitos sobre saúde e vida saudável” (Vila-

ça, 2006, p. 90). Tal como defende esta investigadora, este último paradigma, ao retratar uma visão fechada e pré-definida do conceito de saúde, centrada na dimensão da doença, não se coaduna com a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde anteriormente discutida neste capítulo. No dizer de Jensen (1997), a grande evolução operada no paradigma democrático consiste, assim, na inclusão de duas dimensões diferentes. A primeira dimensão inclui os assuntos relacionados com o evitar a doença e a segunda dimensão é mais subjectiva, pois inclui o bem-estar e qualidade de vida. Esta segunda dimensão tem, como consequência, que as pessoas tenham o direito de estar envolvidas no desenvolvimento da definição de vida saudável, observando-se claramente a necessidade do seu envolvimento na clarificação da sua noção de bem-estar dentro do conceito de saúde.

Partindo desta perspectiva, a tarefa do educador/a para a saúde reveste-se, pois, de uma importância extrema, dada a amplitude que constatamos ter. O grupo profissional dos/as enfermeiros/as aparece, assim, bem posicionado no desempenho de um papel de relevo na educação para a saúde dos/as utentes, doentes ou não, no contexto de uma relação que permite o desenvolvimento da consciência crítica e da cultura de saúde. Pela proximidade que o desempenho das funções de enfermeiro/a exige, este torna-se facilmente numa pessoa muito significativa para os/as utentes, preenchendo o pré-requisito básico constituído pela relação entre educador/a e educando/a.

Assim se entende que “em qualquer contexto social, cultural e económico, a satisfação das necessidades de saúde [...] motiva comportamentos que, frequentemente, envolvem risco no plano biológico, psicológico e social” (Prazeres, 2002, p. 127). Desta forma, as acções que se desenvolvem no âmbito da promoção da saúde devem ter sempre em vista a valorização da componente psicossocial das necessidades de saúde de carácter biológico, alicerçando os projectos e programas educativos numa perspectiva integradora das diferentes necessidades de saúde. Assim, os Cuidados de Saúde Primários serão capazes de garantir uma continuidade mais efectiva e global das acções desenvolvidas. Em todas as iniciativas tomadas sobre promoção da saúde “torna-se indispensável actuar sob uma perspectiva de «género», ponderando as especificidades masculinas e femininas em saúde, a constância e a evolução dos comportamentos tidos por cada género, bem como as interacções existentes entre as [suas] condutas” (Prazeres, 2002, p. 129). Isto quer dizer que não existe uma estratégia única para a promoção da saúde sexual ser aplicada por igual em todos os contextos. É preciso compreender como funcionam os programas em cada contexto social em particular (OMS, s.d.).

Em suma, em saúde comunitária, as intervenções de enfermagem devem ser concentradas nos determinantes mais latos das condutas sociais, tais como o género, a pobreza e a mobilidade (OMS,

s.d.), mantendo o respeito pela diversidade e livre escolha.

Partindo-se dos pressupostos anteriormente explicitados, delimitar o âmbito da saúde sexual implica clarificar o entendimento da comunidade científica acerca da sexualidade, promoção da saúde sexual e reprodutiva e educação sexual. A Organização Mundial da Saúde caracteriza a sexualidade como:

um aspecto central do ser humano que abrange ao longo de toda a vida o sexo, as identidades e os papéis do género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade experiencia-se e expressa-se através dos pensamentos, fantasias, desejos, na opinião, nas atitudes, nos valores, nos comportamentos, nas práticas, nos papéis e nos relacionamentos. [...] A sexualidade é influenciada pela interacção de factores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (WHO, s.d., s.p.).

Mais tarde, a Organização Panamericana da Saúde em conjunto com a Organização Mundial da Saúde (OPS & OMS, 2000), referem que o termo sexualidade se baseia no sexo e inclui o género, as identidades sexuais e de género, a orientação sexual, o erotismo, a vinculação afectiva e o amor, e a reprodução. Em suma, a sexualidade experiencia-se e expressa-se em tudo o que somos, sentimos, pensamos e fazemos. Desta forma, o desenvolvimento pleno da sexualidade depende da satisfação das necessidades fundamentais do ser humano, tais como o desejo de contacto, intimidade, expressão emocional, prazer, ternura e amor, encontrando-se a sexualidade circunscrita a um contexto histórico e cultural concreto que, tal como já foi referido, determina e é determinada por costumes, tradições e valores (OPS & OMS, 2000).

Nesta perspectiva, a sexualidade constitui-se, assim, como um processo dinâmico e contínuo de procura de bem-estar físico, psicológico e sociocultural, ao qual, na globalidade, se denomina de saúde sexual. Esta sexualidade observa-se na expressão livre e responsável das capacidades sexuais que propiciam um bem-estar harmonioso pessoal e social, enriquecendo desta forma, a vida individual e social. Assim, torna-se necessário reconhecer e garantir os direitos sexuais para atingir a saúde sexual (OPS & OMS, 2000). De uma forma geral, a promoção da saúde é um processo que visa a criação de condições que proporcionem às pessoas meios para aumentar a sua capacidade de controlar os factores que determinam a sua saúde, no sentido de a melhorar (OMS, 1946, s.p.):

A educação para a saúde, na qual se integra a Educação Sexual, concentra-se na mudança de atitudes e crenças, que são consideradas como determinantes do comportamento. Procura-se obter com esta estratégia uma promoção do melhor estado de saúde. Paralelamente a este movimento educativo, a promoção da saúde, com o objectivo de melhorar a saúde e prevenir a doença, estendeu-se a campos sociais e

legislativos. Tal aconteceu com a Educação Sexual. O Estado, numa perspectiva de melhorar a saúde dos adolescentes e prevenir a doença, deu início a um processo legislativo e de implementação da Saúde Sexual e Reprodutiva nas escolas através do conceito Educação Sexual.

A Educação Sexual (ES), também designada por educação para a sexualidade, é definida por Sampaio, Baptista, Matos e Silva (2005) como o processo pelo qual se obtém informação e se formam atitudes e crenças acerca da sexualidade e do comportamento sexual, tendo, assim, como objectivo, a integração harmoniosa das diversas facetas da sexualidade humana, promovendo a aquisição de uma postura responsável, flexível e gratificante de crianças e jovens enquanto seres sexuais. Neste sentido, a Educação Sexual foi pensada através de uma abordagem transversal não reductionista. Isto é, respeitando uma estrutura multifacetada da sexualidade humana, abordando relações interpessoais, responsabilidades, anatomia e fisiologia, entre outros temas, onde o principal recurso gerador de saúde são as pessoas. Daí advém a necessidade de desenvolver a saúde comunitária e os programas de acção que lhe estão inerentes na comunidade, isto é, fora das instalações físicas do Centro de Saúde.

Na última década, a ES tem vindo a ser integrada numa dinâmica promotora de saúde, sugerindo uma abordagem integrada numa perspectiva mais abrangente de Educação para a Saúde (EPS), onde se preconiza, por exemplo, que os Centros de Saúde das respectivas áreas de cada escola devem participar no Projecto Educativo da Escola, intervindo neste âmbito (Decreto-Lei n.º 259/2000, de 17 de Outubro).

Neste sentido, a Lei Portuguesa reforça a importância da educação sexual a nível dos cuidados de saúde primários (CSP), pois favorece a educação global dos pais para intervir nesta área, em colaboração com as escolas, e aumenta a preparação dos prestadores de CSP para intervirem também na comunidade escolar. Desta forma, verifica-se o papel da educação como veículo de política pública intencional e filosofia social, actuando como importante ponto de pressão para a mudança (Persell, James, Kang & Snyder, 1999).

Em suma, podemos classificar a intervenção comunitária como sendo “uma metodologia de desenvolvimento social em que a finalidade não se define apenas pelos objectivos que se quer alcançar, mas define-se essencialmente pela capacidade de promover a acção participativa da comunidade – suas organizações, grupos e pessoas” (Silva, 2002*b*, p. 276). A saúde é, pois, um conceito de ordem social e não apenas uma questão médica, baseada em factores naturais e biológicos e em intervenções médicas; é o produto da interacção da biologia humana e do meio físico, sociocultural e

político envolvente. A OMS salienta que “o Módulo de Género mostrou que mulheres e homens detêm papéis e responsabilidades diferentes, bem como distintas realidades sociais, e que este facto não se prende apenas com as diferenças biológicas, mas também com as normas de género socialmente determinadas” (OMS, 2001, p. 93). Devido às necessidades e comportamentos de procura de saúde, que são diferentes em homens e mulheres, verificam-se diferenças de género no estado de saúde dos indivíduos (OMS, 2001).

A educação compete sobretudo à família pois esta é, de facto, o enquadramento mais propício para garantir um progressivo programa educativo para a vida sexual dos seus elementos. A família tem uma carga afectiva capaz de favorecer a aceitação atraumática da realidade, mesmo da mais delicada, e integrá-la harmoniosamente numa personalidade equilibrada e rica. O afecto e a confiança recíproca que se vivem na família são necessários ao desenvolvimento harmonioso e equilibrado da criança, desde o seu nascimento. Para que os laços afectivos naturais que unem os/as pais/mães aos/às filhos/as sejam positivos no grau máximo, os/as pais/mães, sob a base de um sereno equilíbrio sexual, devem estabelecer uma relação de confiança e de diálogo com os/as filhos/as, adequada à idade e ao seu estágio de desenvolvimento.

No sentido de poder transmitir aos/às filhos/as orientações eficazes necessárias para resolver os problemas do momento, antes mesmo dos conhecimentos teóricos, espera-se que os adultos possam servir de exemplo com o seu comportamento. A abertura e a colaboração dos/as pais/mães, com os/as outros/as educadores/as co-responsáveis pela formação dos/as jovens, influirão positivamente no seu amadurecimento. A preparação teórica e a experiência dos/as pais/mães, ajudarão os/as filhos/as a compreender o valor e a função própria das realidades de ser homem e de ser mulher. A plena realização da vida conjugal, e conseqüentemente, a estabilidade da família, depende da formação da consciência e dos valores assimilados durante o processo formativo dos/as próprios/as progenitores/as. Os valores morais vividos em família são mais facilmente transmitidos aos/às filhos/as, de entre os quais tem grande relevo o respeito pela pessoa humana. Os/as jovens devem, por isso, ser ajudados/as neste sentido, a fim de conhecerem, apreciarem, e respeitarem os valores fundamentais da existência humana e da co-existência em sociedade.

A saúde reprodutiva tem, assim, uma relação directa com “os direitos humanos, desenvolvimento e saúde, população, juventude e mulheres” (EuroNGO’s, 2003, p. 4). Esta ligação tem dado origem a diversas discussões, debates e resoluções de várias Conferências das Nações Unidas, como já referido, com perspectivas adaptadas à temporalidade. Desta forma, a força motriz das actividades

de planeamento familiar e saúde materna e infantil evoluiu no sentido do respeito pelos direitos humanos e, fundamentalmente, pelo direito à decisão individual (EuroNGO's, 2003). Além do respeito pelos direitos específicos que lhe assistem, a saúde reprodutiva deve ter em conta a sua condição essencial para poder exercer outros direitos sem discriminação (OMS, 2001).

Desta feita, a saúde, enquanto sector público organizado, presta cuidados aos/às seus/suas destinatários/as, encarando-os/as “sob o filtro do género, de forma mais ou menos voluntária, com implicações ainda pouco percebidas nos resultados dessa intervenção” (Laranjeira *et al.*, 2008, p. 41). Para melhor compreender esta perspectiva, é necessário identificar a forma como o conceito de género é encarado na base e na organização de políticas de saúde para a educação neste âmbito, persistindo nas tomadas de decisão.

Laranjeira *et al.* (2008) analisaram os documentos disponíveis sobre a temática, verificando-se, através dos termos utilizados (“indivíduos”, “sujeitos”, “trabalhadores”, “pacientes”, “utentes”), a tentativa de elaborar textos e divulgar informações de forma alegadamente neutra, no que diz respeito ao género. No entanto, por vezes, as palavras denunciam, implicitamente, a intenção de se dirigir a alguém (masculino ou feminino).

Este tem sido, assim, um percurso longo e tortuoso, em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, tendo em vista a promoção da qualidade de vida. Ainda assim, a IPPF (2006) considera que, no nosso País, se nota o resultado da falta de um programa oficial de educação sexual (ES). Desde que se começou a legislar reformas, a partir da década de 1990, a ES tem vindo, teoricamente, a ser introduzida nos currícula académicos, no entanto, na prática, pode-se considerar a sua aplicação limitada e pobre, sendo que, nem todos os/as jovens têm acesso a ela. Não existem dados concretos sobre os projectos existentes nesta área, mas sabemos que existem/existiram um pouco por todo o país (Sampaio, Baptista, Matos & Silva, 2005).

Todos nós, enquanto cidadãos/cidadãs, temos o compromisso de contribuir para a promoção da qualidade de vida, da saúde ambiental, das condições culturais, do desenvolvimento e auto-realização das pessoas e comunidades. Esta contribuição depende de diversos factores, de caso para caso. Assim, varia consoante a consciência ecológica de cada um/a, bem como do sentido de responsabilidade de cada um/a perante si próprio/a e perante o papel que assume na comunidade. Desta forma, a literatura científica considera que existe “um grupo delimitado de pessoas que está cultural e cientificamente mais associada ao papel privilegiado de assumir o exemplo e o dever de

intervenção estratégica fundamentada” (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005, p. 49). É assim que se vislumbram os Cuidados de Saúde Primários (CSP), como sendo 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. Esta acção educativa visa, assim, promover a saúde e prevenir, ao mesmo tempo, a doença (Rodrigues *et al.*, 2005).

Dentro do grupo de profissionais da saúde, os/as enfermeiros/as adquirem particular relevância nesta matéria pelo disposto na sua carreira e conteúdo funcional, definidos pelo Decreto-Lei n.º 437/91, parcialmente alterado pelos Decreto-Lei n.º 412/98 e 411/99. No que diz respeito ao conteúdo funcional de todas as categorias do/a enfermeiro/a, consta no artigo 7º, alínea c, do Decreto-Lei n.º 437/91, que faz parte da execução dos cuidados de enfermagem planeados, integrar um processo educativo que promova o auto-cuidado. Esta função prende-se claramente com o desenvolvimento de actividades de educação para a saúde, o que quer dizer que todo o/a enfermeiro/a é, por inerência das suas funções, um/a educador/a para a saúde.

Desta feita, os/as enfermeiros/as dos CSP são considerados/as por Carvalho e Carvalho, (2006b) como peças chave na EPS, uma vez que lhes cabe a responsabilidade de identificar as necessidades em saúde das populações, com os objectivos de concorrer para a promoção de estilos de vida saudáveis, dar visibilidade aos ganhos em saúde e melhorar a qualidade de vida de uma forma global.

Assim, uma formação em EPS adequada às necessidades das práticas profissionais é o factor mais importante para obter boas práticas educativas. A este respeito, a Declaração da Organização Mundial de Saúde na *Política de Saúde para Todos para o Século XXI*, especificamente, na sua meta n.º 18 “Desenvolvendo os recursos humanos na saúde”, afirma que todos os Estados Membros devem assegurar que os/as profissionais de saúde adquiram “conhecimento apropriado, atitudes e competências para proteger e promover a saúde” (OMS, 2004, p. 198). Por conseguinte, as práticas educativas dos/as enfermeiros/as dos CSP devem proporcionar serviços promotores de saúde, preventivos, curativos e de reabilitação de boa qualidade.

Sob a bandeira da educação para a saúde (EPS), os serviços de Enfermagem enfatizam a mudança voluntária e a sua atenção centra-se nas atitudes e comportamentos de saúde, bem como nos conceitos de risco e percepção de risco. Para trabalhar com estes conceitos na prática da EPS, é necessária formação pessoal, pedagógica, científica e cooperação na acção por parte dos/as profis-

sionais de saúde. O quadro de formação em EPS dos/as enfermeiros/as deve, por isso, 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 enfermeiros/as.

Tal como já tem vindo a ser aclarado, o conceito de saúde reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura, através do direito de homens e mulheres à informação e ao acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha. Este conceito “abrange, ainda, o direito à saúde sexual, entendida como potenciadora da vida e das relações interpessoais” (DGS, 2001, p. 5).

Nesta perspectiva, a educação sexual assegura também outras actividades de promoção da saúde, anteriormente citadas no âmbito das actividades a desenvolver na consulta de Planeamento Familiar (DGS, 2008).

Apesar destas políticas providenciarem aos/às utentes do Sistema Nacional de Saúde (SNS) Português conhecimentos que lhes sustentem o poder de decisão, torna-se necessária, também, a participação efectiva dos/as beneficiários/as deste direito, a fim de podermos considerar este paradigma educativo como sendo de índole democrática. Este modelo exige ao indivíduo a sua envolvimento em acções responsáveis, isto é, que “tomem as suas próprias decisões sobre a saúde – de acordo com a definição de saúde da WHO e as suas percepções pessoais de vida saudável e de ambiente saudável” (Vilaça, 2006, p. 188). Vilaça (2006) completa ainda esta ideia afirmando, baseada em Jensen que:

no conceito de competência de acção estão integradas três orientações principais: é baseada na noção holística de saúde (que consiste nas condições de vida e nos estilos de vida dos indivíduos); é orientada para a acção (dirigida para iniciar mudanças); e envolve a participação activa dos alunos [dos utentes] (Vilaça, 2006, p. 187).

Assim sendo, os indivíduos são convidados a desenvolver a sua habilidade para agir ou, por outras palavras, a sua competência de acção (Vilaça, 2006). Como tal, este conceito compreende quatro elementos, na perspectiva de Jensen (1995; 1997): *insight* e conhecimento, comprometimento, visões e experiências de acção. O primeiro refere-se a uma compreensão da saúde ampla, positiva, coerente e orientada para a acção. O segundo é a motivação para se envolver na produção de mudanças relacionadas com a sua própria vida e com os processos dinâmicos da sociedade. As visões são habilidades para seguir os problemas de saúde e pensar criativamente; e as experiências de acção constituem experiências reais de participação individual e colectiva na iniciação de mudan-

ças de promoção da saúde dentro da rede democrática e considerando como é que as barreiras podem ser ultrapassadas.

Neste domínio, Jensen e Schnack (1994) afirmam que na democracia os membros não são espectadores, mas participantes. Segundo Vilaça (2006), esta perspectiva abre os horizontes da educação para a saúde, na medida em que implica criar condições para que os indivíduos ganhem um vasto leque de conhecimentos sobre os problemas de saúde, nomeadamente, sobre as suas causas e consequências, desenvolvam visões para o futuro, ou seja, clarifiquem como desejam viver no futuro, e planifiquem estratégias de resolução dos problemas. Desta forma, baseada nos estudos de Jensen e nas suas próprias investigações, Vilaça (2006) recomenda as seguintes perspectivas para se trabalhar a educação sexual:

1. Com que assuntos se deverá trabalhar;
2. Com que problema dentro do tema em questão deveremos trabalhar;
3. Quais são as causas desse problema;
4. Porque é que isto se tornou um problema;
5. Que alternativas se podem imaginar;
6. Que planos de acção existem para obter essas alternativas;
7. Que barreiras serão trazidas à luz através dessas acções;
8. Que acções serão iniciadas (p. 207)

O problema que está na origem destas mudanças “prende-se com o facto de não existir concordância entre o conhecimento que as pessoas dominam sobre o que é saudável e o seu comportamento de saúde na prática” (Vilaça, 2006, p. 208). Deste modo, segundo Vilaça (2006), o principal objectivo da educação sexual deverá consistir no desenvolvimento de habilidades para agir e mudar, face às novas circunstâncias. Na sua perspectiva, esta abordagem exige que os indivíduos sejam envolvidos no seu processo educativo desde o início, tendo-os em conta desde logo na escolha do problema e na fundamentação da sua importância, analisando as consequências e as causas que deram origem ao problema.

Posteriormente, os/as utentes devem trabalhar as suas expectativas para o futuro no sentido de resolverem o problema e planificarem estratégias para agir, tendo em vista atingir essas expectativas. Segundo Vilaça (2006), “as diferentes possibilidades de acção deverão ser discutidas em relação com os potenciais resultados e barreiras que podem surgir. Finalmente, deverá ser tomada a decisão para realizar uma ou mais acções” (p. 213).

Em síntese, é possível deixar expressas, em jeito de conclusão, algumas ideias que estimulem o

desenvolvimento do *gender mainstreaming* na concepção das políticas de saúde, na dinâmica funcional dos serviços e na adequação e qualidade dos cuidados prestados a homens e mulheres.

Assim, entendem-se as desigualdades em saúde como sendo o “resultado de um complexo sistema que marca a forma como as sociedades se organizam e geram diferentes posicionamentos e hierarquias entre os cidadãos” (Laranjeira *et al.*, 2008, p. 101). A resolução deste tipo de iniquidades na saúde necessita ser melhor investigada, valorizada e ponderada nas decisões políticas, nas medidas de saúde pública e nos procedimentos clínicos tomados, uma vez que se trata de uma questão de direitos humanos e, por isso, de justiça social.

Desta forma, o desafio máximo é o de assegurar a igualdade de oportunidades na procura e no usufruto dos recursos e dispositivos que ambos os grupos, homens e mulheres, necessitam para a realização dos respectivos potenciais de saúde (Doyal, 2000). Neste caso, torna-se fundamental, identificar as necessidades próprias de cada um dos dois grupos, e as necessidades comuns, tal como a forma através da qual os modelos correntes de organização social colocam constrangimentos diferentes a homens e mulheres, no que respeita à satisfação das mesmas. Assim, seriam reconhecidas as influências do sexo e do género sobre os factores sociais, económicos, culturais, geográficos e comportamentais que marcam a saúde dos indivíduos, beneficiando homens e mulheres nas novas abordagens das questões de saúde (Laranjeira *et al.*, 2008).

Laranjeira *et al.* (2008) defendem, por isso, que a reflexão sob uma perspectiva de género contribui: para clarificar as diferenças e semelhanças entre sexos no que respeita a padrões relacionais, realidades sociais, expectativas de vida e circunstâncias económicas; facilita a identificação dos mecanismos pelos quais estas variáveis condicionam a saúde de homens e mulheres, o acesso aos sistemas de saúde, o usufruto de cuidados e as interações com os/as profissionais; para conhecer melhor a saúde de homens e mulheres e para tomadas de decisão “baseadas na evidência”, assentes numa perspectiva de análise mais ampla e interdisciplinar, encarada através da integração de estudos sociais e culturais na investigação e prática dos cuidados de saúde. Atendendo às naturais diferenças de género e, sendo esta uma importante condicionante da saúde dos indivíduos, terá uma vasta interferência em muitos factores:

a exposição a factores de risco; o acesso à informação e o entendimento sobre a prevenção, o controlo e a vivências das doenças; a experiência subjectiva da doença e o significado social da mesma; as atitudes pessoais em relação à preservação da própria saúde e à dos outros elementos da família; os padrões de utilização dos serviços e a percepção sobre a qualidade dos cuidados; o processo de prestação de cuidados; a

efectividade e a qualidade de resposta às necessidades específicas dos utilizadores, de ambos os sexos (Laranjeira *et al.*, 2008, p. 103).

Assim, o perfil de saúde das populações, baseado na fragmentação por sexo dos dados epidemiológicos encontrados, constitui um instrumento de trabalho para desenvolver o planeamento e as práticas em saúde mais adequadas. A resposta às necessidades de saúde em ambos os sexos será assegurada colocando questões sobre os efeitos, previsíveis ou constatados, de uma política, um programa, um serviço, um recurso ou uma intervenção nos homens e nas mulheres. Esta resposta exige também um reforço na sensibilização e preparação técnica dos/as profissionais de saúde. Tal reforço deverá encontrar visibilidade na estimulação de currículos 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.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1. Introdução

Este capítulo apresenta a descrição da metodologia utilizada neste estudo, bem como a fundamentação teórica que justifica a opção de realização de um estudo qualitativo. São abordados e comentados todos os procedimentos seguidos durante o trabalho de investigação, nomeadamente, no que concerne às decisões tomadas na escolha e construção do instrumento de recolha de dados, assim como a sua validação e aplicação.

Depois desta breve introdução (3.1), apresenta-se uma descrição sintética do estudo (3.2), a caracterização da população e amostra (3.3), a selecção, justificação e construção do instrumento de recolha de dados (3.4) e, por último, expõem-se os procedimentos usados na recolha de dados (3.5) e no tratamento dos dados da investigação (3.6).

3.2. Descrição do estudo

A escolha do método qualitativo para desenvolver este estudo prende-se com o interesse em compreender e dar sentido à experiência vivida pelo grupo em estudo, numa tentativa de perceber o processo social básico dos acontecimentos de saúde (Streubert & Carpenter, 2002), no sentido de analisar as necessidades educativas de homens e mulheres, utentes e enfermeiros/as das consultas de Planeamento Familiar e Saúde Materna, para promover a equidade de género na saúde sexual e reprodutiva dos/as utentes.

Desta forma, 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 método neste estudo fundamenta-se também na natureza holística da profissão de enfermagem, que presta cuidados às pessoas, de forma integral, atendendo aos seus

detalhes enquanto seres humanos.

A escolha do Centro de Saúde está relacionada com a relação de 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 e reprodutiva. Todos estes factores potenciaram a facilidade existente no contacto com os indivíduos que fizeram parte da amostra, bem como com os órgãos directivos da instituição que autorizaram a colheita de dados neste campo.

Depois de se ter seleccionado a entrevista semi-estruturada como instrumento de recolha de dados, foram construídos e validados dois guiões de entrevista para serem aplicados respectivamente aos/às enfermeiros/as e utentes das amostras 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.

3.3. Selecção e caracterização da população e amostra

O suporte estatístico mobilizado neste contexto é o documento *Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2005* (DGS, 2007), que nos revela que, no Distrito de Braga se encontravam a residir, em 31 de Dezembro de 2005, 856 200 habitantes, 417 400 dos quais do sexo masculino e 438 800 do sexo feminino, com a possibilidade de se encontrarem inscritos/as num dos 15 Centros de Saúde existentes na área. Nestas instituições trabalham 607 enfermeiros/as. Nesse ano, efectuaram-se 43 926 consultas de saúde materna (SM), 74 388 de planeamento familiar (PF) e, no conjunto destas, 2 322 292 consultas.

Na realidade concreta do Centro de Saúde do Distrito de Braga onde se desenvolve este estudo, existem 127 845 utentes inscritos/as, dos/as quais, 1318 utentes sem médico/a de família. O número de enfermeiros/as é de 22, na Sede, dos/as quais, duas exercem funções de chefia, por isso, existem 20 elementos efectivos na prestação de cuidados directos aos/às utentes.

Relativamente ao número de consultas, os valores totais de um ano civil no Centro de Saúde em estudo, mostram que existem 3670 consultas de PF, 1740 consultas de SM e 90 consultas de Revisão de Puerpério (vigilância até 90 dias após o parto).

Os/as informantes foram seleccionados/as intencionalmente, constituindo-se uma amostra

propositada, de acordo com a linha de pensamento de Patton (1990) e Straubert & Carpenter (2002), que afirmam que a lógica e o poder da amostra propositada está na selecção de casos ricos de informação para estudar em profundidade. Assim, o grupo de indivíduos foi escolhido de modo a garantir a amplitude da representação da variável (Ribeiro, 2007), obtendo-se uma amostra propositada heterogénea de variação máxima.

Dado que o estudo visa compreender a percepção de utentes e 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 e doze utentes.

Uma vez que se pretendia uma amostra com igual número de homens e mulheres e, dado que, na equipa de enfermagem do Centro de Saúde em estudo, apenas existiam três elementos masculinos, o grupo foi constituído por seis indivíduos (três homens e três mulheres). Este número (seis indivíduos) foi, então, considerado como referência para a constituição de um grupo de utentes da consulta de SM e outro grupo de utentes da consulta de PF. Não obstante, devido à dificuldade da entrevistadora contactar com utentes homens na consulta de PF no espaço em que decorreu a colheita de dados, optou-se por entrevistar mais um elemento do sexo masculino que frequentava a consulta de SM. Desta forma, o grupo de utentes entrevistados, foi constituído por sete utentes da consulta de SM e cinco utentes da consulta de PF, num total de doze utentes, em igual número de homens e mulheres.

O campo “é o lugar onde os indivíduos de interesse vivem - onde experimentam a vida” (Straubert & Carpenter, 2002, p. 24). No caso concreto deste estudo, o Centro de Saúde onde os/as utentes participam nas consultas de SM e de PF faz parte da dimensão sexual e reprodutiva da vida destes/as inquiridos/as. Por essa razão, de modo a alterar o menos possível as condições em que o fenómeno ocorre, as entrevistas foram realizadas no Centro de Saúde em estudo, com os/as utentes que recorriam normalmente às consultas de SM e PF. Sempre que foi possível, foram entrevistados os dois elementos de cada casal, de forma individual, no entanto, algumas pessoas não se faziam acompanhar pelos companheiros/companheiras.

Todos/as os/as utentes entrevistados/as são casados/as e têm idades compreendidas num intervalo que varia entre os 20 e os 53 anos, o que lhes confere uma grande variabilidade de expe-

riências significativas relativas ao assunto em estudo (tabela 1).

Sócio-culturalmente, também se verifica uma grande variabilidade entre os elementos da amostra. As habilitações académicas dos/as informantes também diferem num leque que vai desde o 1º ciclo de ensino básico (entrevistados/as SM7, PF3, PF4) à licenciatura (SM6). Existem na amostra, três utentes com o 2º ciclo (SM3, SM4, PF5) e três com o 3º ciclo de ensino básico. Há ainda, uma utente com o ensino secundário (SM1). Em relação à sua profissão, verifica-se que a maior parte dos/as utentes entrevistados/as são operários/as do ramo têxtil; dois trabalham na área do comércio (SM1, SM2); e existem cinco casos isolados na amostra, um encarregado de construção civil (SM3), uma funcionária de uma empresa de limpeza (PF4), uma podologista (SM6), um desempregado (PF3) e uma doméstica (PF5).

Tabela 1: Caracterização da amostra de utentes das consultas de Saúde Materna e de Planeamento Familiar (n=12)

	UTENTES ENTREVISTADOS/AS														
	Saúde Materna (SM) (n=7)								Planeamento Familiar (PF) (n=5)						
	SM1	SM2	SM3	SM4	SM5	SM6	SM7	Total	PF1	PF2	PF3	PF4	PF5	Total	
IDADE	30	27	30	24	20	33	35		36	28	53	49	36		
SEXO	F	M	M	M	F	F	M		M	F	M	F	F		
ESTADO CIVIL: Casado/a	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7	✓	✓	✓	✓	✓	5	
HABILITAÇÕES ACADÉMICAS															
1º Ciclo de Ensino Básico							✓	1			✓	✓		2	
2º Ciclo de Ensino Básico			✓	✓				2					✓	1	
3º Ciclo de Ensino Básico		✓			✓			2	✓	✓				2	
Ensino Secundário	✓							1							
Licenciatura						✓		1							
PROFISSÃO															
Comerciante	✓	✓						2							
Operário/a têxtil				✓	✓		✓	3	✓	✓				2	
Encarregado – construção civil			✓					1							
Funcionária emp. de limpeza												✓		1	
Podologista						✓		1							
Desempregado											✓			1	
Doméstica													✓	1	
Nº DE FILHOS/AS	0	0	1	0	0	1			2	1	3*	3*	2		
IDADE DOS/AS FILHOS/AS							1								
Crianças			1			1			1	1					
Pré-Adolescentes							1		1				1		
Adolescentes													1		
Jovens / Adultos/as											3	3			

NOTA: emp. – Empresa; * – Mais um filho que faleceu com 5 anos

Com excepção de dois casais que não têm filhos/as, mas que frequentam actualmente as consultas de SM (SM1, SM2, SM5, SM6), todos os restantes têm, pelo menos, um/a filho/a (sendo esta a condição mais frequente). A idade dos/as filhos/as também varia na proporção directa conforme a idade dos/as entrevistados/as, sendo que a maior parte dos/as entrevistados/as têm crianças com

menos de 9 anos; três utentes têm pré-adolescentes (com idades entre os 9 e os 13 anos); uma utente tem um filho adolescente (com idade compreendida entre os 14 e os 18 anos) e dois dos/as utentes têm filhos jovens/adultos/as (com mais de 18 anos).

No que diz respeito aos/as enfermeiros/as que fazem parte do grupo da amostra (tabela 2), a sua idade varia entre os 24 e os 43 anos. O tempo de serviço destes/as enfermeiros/as vai desde os 3 aos 23 anos, o que denota a heterogeneidade deste grupo, pela variedade da sua experiência profissional.

Tabela 2: Caracterização da amostra de enfermeiros/as (n=6)

	ENFERMEIROS/AS ENTREVISTADOS/AS						Total
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	
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

A enfermeira que trabalha há menos tempo nesta instituição e que pertence ao grupo da amostra (E3), já se encontrava integrada na equipa há nove meses aquando da entrevista e é, também, um dos elementos mais jovens da amostra. No entanto, é aquela que detém o grau profissional mais elevado. O nível de Especialidade referido na tabela refere-se ao Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, que lhe confere competências para desenvolver um nível diferenciado de cuidados de enfermagem na área da sua especialidade, compatível com a categoria profissional definida na Carreira de Enfermagem (Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro).

Em termos de experiência profissional, verifica-se que os enfermeiros homens (E1, E4 e E5) não

desenvolvem consultas de enfermagem de planeamento familiar (PF) e, as de saúde materna (SM) também só as desenvolvem em casos pontuais, quando não houver disponibilidade de mais nenhuma enfermeira, tal como afirmam. As restantes actividades de enfermagem são desenvolvidas, de forma uniforme, 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.

3.4. Selecção da técnica de investigação

O grande objectivo da investigação qualitativa “é compreender o significado do fenómeno em estudo, tomando a perspectiva única dos indivíduos estudados, e no contexto onde ocorrem os fenómenos, permitindo considerar a complexidade dos fenómenos em estudo” (Ribeiro, 2007, p. 66), proporcionando a oportunidade de desenvolver uma ideia aprofundada do modo como as pessoas pensam, sentem, interpretam e experimentam os acontecimentos em estudo (Ribeiro, 2007; Bogdan & Biklen, 1994).

Com base nos fundamentos teóricos referenciados e, sem perder de vista o horizonte a alcançar, interessava colher os dados de uma forma aberta, permitindo aos/às participantes que aflorassem de forma ampla as suas experiências e os significados que lhes atribuem. Por isso, a escolha recaiu sobre a entrevista, uma vez que, desta forma se torna possível “recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver indutivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 134).

Considerando que “na investigação qualitativa o rigor é determinado pelos participantes no estudo” (Streubert & Carpenter, 2002, p. 19), e como se pretendia abarcar um leque de utentes com a maior variabilidade possível de características, convinha utilizar um instrumento que minimizasse as dificuldades em responder e que, ao mesmo tempo, possibilitasse a oportunidade de colher informações ricas quanto à expressão de opiniões, conhecimentos, sentimentos e emoções.

Dentro do leque de escolhas possíveis, relativamente ao grau de liberdade das técnicas a usar, a decisão incidiu sobre a entrevista semi-estruturada, através da qual a investigadora, “tanto quanto possível, «deixará andar» o entrevistado para que este possa falar abertamente, com as palavras que desejar e pela ordem que lhe convier” (Quivy & Campenhoudt, 2005, p. 192). Neste sentido, compete à investigadora reencaminhar o/a informante sempre que ele/ela se desviar, e colocar questões no sentido de cumprir os objectivos da entrevista. Para este efeito, tornou-se imperativa a elaboração de

algumas perguntas-guia, que se consideraram de interesse relevante na condução da entrevista, de forma a garantir a recolha de informações necessárias e pertinentes para o estudo.

As entrevistas foram aplicadas pela própria investigadora, no sentido de potenciar riqueza à colheita e análise de dados, tal como defendem Streubert e Carpenter (2002), uma vez que, desta forma, se torna possível a condução da entrevista especificamente direccionada no sentido dos objectivos pretendidos, através da exploração da natureza interior dos/as participantes, sem descurar o respeito pela sua perspectiva e espaço. Com a introdução da investigadora no campo de acção, correu-se o risco de alterar o contexto das relações e das actividades observadas, no entanto, o facto de a investigadora fazer parte do ambiente onde se desenvolve o estudo possuiu, também, o efeito de minimizar a intrusão, facilitando o contacto com os/as informantes.

3.5. Instrumento de recolha de dados

A construção do guião de entrevista desenvolveu-se com base “na definição prévia dos objectivos a atingir com a sua aplicação; a população à qual se destina; e as características ou dimensões a avaliar” (Almeida & Freire, 2007, p. 135). Assim, foram elaborados dois guiões de raiz, visto não se conhecer instrumentos elaborados que dessem resposta aos objectivos pretendidos. A intenção da elaboração de dois guiões versava o intuito de procurar incidir fundamentalmente sobre os conhecimentos, valores, atitudes, opiniões, comportamentos, constrangimentos e sugestões, dos/as utentes e enfermeiros/as, relativamente à educação para a saúde sexual e reprodutiva nas consultas de enfermagem, em cuidados de saúde primários.

Numa fase inicial, depois do conteúdo das entrevistas ser validado por duas especialistas em Educação, as mesmas foram aplicadas a uma enfermeira do Centro de Saúde onde iria desenvolver-se o estudo e a uma utente desse mesmo Centro de Saúde, no âmbito da consulta de planeamento familiar. Da análise destas entrevistas resultou a necessidade de proceder a alguns melhoramentos e clarificação de algumas questões. Posteriormente, estes instrumentos de recolha de dados foram novamente analisados e validados pelas duas especialistas em Educação, que sugeriram algumas alterações gramaticais, para que as questões ficassem ainda mais claras.

As perguntas elaboradas para as entrevistas são relativamente abertas, evitando as respostas “sim” e “não”. Não foram, necessariamente, colocadas todas pela ordem em que aparecem no guião (anexos 1 e 2), mas pela ordem que era conveniente, dependendo do rumo que o/a entrevistado/a

imprimiu à “conversa”. Sempre que se considerou necessário, foram pedidos esclarecimentos ao/à entrevistado/a e exemplos ilustrativos dos aspectos que foram mencionados, tal como se pode esperar de um/a bom/boa entrevistador/a (Bogdan & Biklen, 1994).

No quadro 1 estão descritas as dimensões, objectivos específicos e questões principais da entrevista realizada aos utentes das consultas de PF e SM do Centro de Saúde em estudo.

Quadro 1: Estrutura do protocolo de entrevista para utentes das consultas de PF e SM do Centro de Saúde

DIMENSÕES	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	QUESTÕES
A: Fontes de Informação em SSR	- Caracterizar a ES recebida pelos/as utentes durante a escolaridade	A1
	- Caracterizar as fontes de informação sobre sexualidade e reprodução utilizadas pelos/as utentes	A2 / A3 / A5
	- Averiguar a percepção dos/as utentes sobre as fontes de informação que mais contribuíram para a sua aprendizagem sobre sexo e relações interpessoais	A4
	<hr/>	
B: Comportamentos, atitudes e valores face ao planeamento familiar	- Analisar as atitudes, valores e comportamentos dos/as utentes face aos métodos de planeamento familiar	B1 / B3
	- Analisar as atitudes, valores e comportamentos dos/as utentes face às infecções sexualmente transmissíveis	B2
	- Caracterizar os assuntos relacionados com a vida sexual que os/as utentes tratam em casal	B4
	- Caracterizar os conhecimentos, atitudes e valores dos/as utentes sobre a reprodução medicamente assistida	B5
	- Caracterizar os conhecimentos, atitudes e valores dos/as utentes sobre o aborto	B6
<hr/>		
C: Comportamentos, atitudes e valores sobre a vida em família	- Caracterizar os papéis que os/as utentes homem e mulher desempenham na vida doméstica	C1 / C2
	- Analisar a percepção dos/as utentes sobre os papéis a adoptar pelo homem e pela mulher na vida doméstica	C1.1 / C2.1
	- Caracterizar o papel que o utente homem desempenha no planeamento familiar e na gravidez	C3 / C4/
	- Analisar a percepção dos/as utentes sobre o papel que o homem deveria ter no planeamento familiar e na gravidez	C3.1/ C4.1
	- Caracterizar os hábitos alimentares e o estilo de vida que os utentes homens e as mulheres têm ou pensam vir a ter durante a gravidez	C5/ C5.1
	- Caracterizar a percepção dos/as utentes sobre os hábitos alimentares e o estilo de vida que os homens e as mulheres deveriam ter durante a gravidez	C5.2
	- Analisar as percepções dos/as utentes sobre o aleitamento materno	C6
	- Analisar as percepções dos/as utentes sobre a influência do homem na decisão da mulher para amamentar	C6.1
	- Caracterizar o papel do utente homem durante a gravidez, o puerpério e os primeiros anos de vida do/a bebé	C7
	- Analisar a percepção dos/as utentes sobre o papel que o homem deveria ter durante a gravidez, o puerpério e os primeiros anos de vida do/a bebé	C7.1
<hr/>		
D: Percepções sobre a equidade de género dos utentes e enfermeiros/as nas consultas de PF e SM	- Averiguar se os/as utentes preferem ser atendidos/as por enfermeiros/as do mesmo sexo	D1
	- Averiguar a percepção dos/as utentes sobre a participação do homem e da mulher nas consultas de PF e SM	D2
	- Caracterizar a percepção dos/as utentes sobre as atitudes e comportamentos dos/as enfermeiros/as com os homens e as mulheres nas consultas de PF e SM	D3
	- Averiguar as estratégias que os homens e as mulheres consideram que devem existir no Centro de Saúde para promover a equidade de género na SSR	D4 / D5

NOTA: SSR – Saúde Sexual e Reprodutiva; ES – Educação Sexual

O quadro 2 descreve as dimensões, objectivos específicos e questões principais do protocolo da entrevista aos/às enfermeiros/as.

Quadro 2: Estrutura do protocolo de entrevista a enfermeiros/as do Centro de Saúde

DIMENSÕES	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	QUESTÕES
A: Formação em SSR sensível às questões de género e prática profissional	- Averiguar se a formação dos/as enfermeiros/as em SSR durante a licenciatura foi sensível às questões de género	A1
	- Caracterizar a genderização na escolha da especialidade dos/as enfermeiros/as e nas suas práticas	A2/ A3/ A4/A5/A6
B: Percepção sobre os comportamentos, atitudes e valores dos/as utentes face ao planeamento familiar	- Analisar a percepção dos/as enfermeiros/as sobre as atitudes, valores e comportamentos dos/as utentes face à prevenção da gravidez e às IST's	B1/ B2/ B3
	- Analisar a percepção dos/as enfermeiros/as sobre os assuntos relacionados com a vida sexual que os/as utentes tratam em casal	B4
	- Caracterizar a percepção dos/as enfermeiros/as sobre os conhecimentos, atitudes e valores dos/as utentes sobre as reprodução medicamente assistida	B5
	- Caracterizar a percepção dos/as enfermeiros/as sobre os conhecimentos, atitudes e valores dos/as utentes sobre o aborto	B6
C: Percepção sobre os comportamentos, atitudes e valores dos/as utentes sobre a vida em família	- Analisar a percepção dos/as enfermeiros/as sobre o que os homens e as mulheres pensam sobre os papéis que desempenham nas tarefas domésticas e acham que deviam desempenhar	C1
	- Confrontar a percepção dos/as enfermeiros/as sobre o papel que o homem desempenha com o que deveria desempenhar no planeamento familiar e durante a gravidez	C2
	- Confrontar a percepção dos/as utentes sobre o papel do homem durante a gravidez, o puerpério e os primeiros anos de vida do/a bebé com o que deveriam ter	C3/ C6
	- Confrontar a percepção dos/as enfermeiros/as sobre os hábitos alimentares e o estilo de vida que os homens e as mulheres têm com o que deveriam ter durante a gravidez	C4/ C4.1/ C4.2
	- Analisar a percepção que os/as enfermeiros/as têm sobre as atitudes e valores dos homens e das mulheres em relação ao aleitamento materno	C5
- Analisar a percepção dos/as enfermeiros/as sobre a influência do homem na decisão da mulher para amamentar	C5.1	
D: Percepções sobre a equidade de género nas atitudes, valores e práticas dos/as utentes e enfermeiros/as nas consultas de PF e SM	- Averiguar a percepção dos/as enfermeiros/as sobre a preferência, ou não, dos/as utentes serem atendidos/as por enfermeiros/as do mesmo sexo	D1
	- Confrontar a percepção dos/as enfermeiros/as sobre a participação que o homem e a mulher acham que deveriam ter nas consultas de PF e SM com a que o/a enfermeiro/a considera que deviam ter	D2/ D2.1
	- Confrontar a percepção dos/as enfermeiros/as sobre a opinião dos/as utentes em relação às atitudes e comportamentos dos/as enfermeiros/as com os homens e as mulheres nas consultas de PF e SM com a que o/a enfermeiro/a considera que têm	D3/D3.1
	- Averiguar as estratégias que os/as enfermeiros/as consideram que devem existir no Centro de Saúde para promover a equidade de género na SSR	D4 / D5

NOTA: SSR – Saúde Sexual e Reprodutiva; PF – Planeamento Familiar; SM- Saúde Materna

Este protocolo difere do primeiro fundamentalmente em dois aspectos. Em primeiro lugar, enquanto na primeira entrevista aos/às utentes se considerou a dimensão “fontes de informação em saúde sexual e reprodutiva”, na entrevista aos/às enfermeiros/as, tendo em atenção os objectivos do estudo, considerou-se importante incluir nessa dimensão a sensibilidade às questões de género na

promoção da SSR durante o curso de licenciatura em enfermagem e na sua prática profissional.

O segundo aspecto em que as duas entrevistas diferem, está relacionado com o facto da primeira entrevista ter sido estruturada para recolher as concepções dos/as entrevistados/as sobre a sua experiência de vida no que concerne à prestação de cuidados de saúde primários e educação em SSR, enquanto a segunda destina-se a investigar a percepção dos/as entrevistados/as sobre o que pensam e fazem os/as primeiros/as entrevistados/as.

O instrumento de recolha de dados foi criado com base numa previsão de aproximadamente 30-45 minutos de duração para cada entrevista, no entanto, um entrevistado não ultrapassou os 20 minutos e a entrevista mais extensa atingiu uma hora e onze minutos. As entrevistas dos/as utentes foram as mais breves, na sua maioria, entre os 25 e 35 minutos, sendo que a mais breve pertence a este grupo da amostra, e a mais longa chega quase aos 55 minutos.

Na amostra de enfermeiros/as, a entrevista mais breve demorou 39 minutos e a mais demorada 1h11minutos, com a maioria entre os 50 minutos e uma hora.

Tendo culminado esta fase, estavam criadas as condições para partir para o campo de investigação, recolher dados. De seguida, serão abordados os procedimentos usados na recolha dos mesmos.

3.6. Recolha de dados

Antes de avançar propriamente com a recolha de dados, foi necessário requerer autorização para tal junto da Direcção do Centro de Saúde. O período de recolha de dados decorreu entre os meses de Junho e Julho de 2008.

Os/as utentes entrevistados/as foram seleccionados/as com a ajuda de duas médicas e da enfermeira especialista em Saúde Materna que, gentilmente, se disponibilizaram para colaborar com a investigadora e com grande habilidade referenciaram atempadamente os/as utentes que entendiam reunir as características necessárias. Os/as utentes foram seleccionados/as “de acordo com a sua experiência, em primeira-mão da cultura, interacção social ou fenómeno de interesse” (Streubert & Carpenter, 2002, p. 25). Previamente, a investigadora consultava a agenda de marcação de consultas destas colaboradoras e, com a ajuda delas, seleccionavam-se os/as utentes a entrevistar. No caso dos/as utentes das consultas de planeamento familiar, foi necessário telefonar às senhoras que

tinham consulta marcada para convidar os maridos a estarem presentes. A resposta aos pedidos de colaboração foi bastante positiva, uma vez que, exceptuando-se dois casos em que os utentes se encontravam deslocados no estrangeiro por motivos profissionais, todos os restantes aceitaram o convite de bom grado e foi possível entrar em acordo em relação à calendarização da entrevista.

O papel das colaboradoras foi fundamental, na medida em que conheciam os utentes e tinham uma noção muito aproximada da sua disponibilidade real para participarem no estudo. Mediante a selecção feita, a investigadora estabelecia um contacto telefónico prévio com os/as participantes, de forma a explicar as suas intenções e o objectivo do trabalho de investigação, combinando, ao mesmo tempo, a possibilidade de entrevista e a sua calendarização. Os/as utentes da consulta de SM foram referenciados/as pela enfermeira especialista, durante a sua consulta e, a entrevista foi feita logo de seguida. Os/as enfermeiros/as que faziam parte da amostra mostraram inteira disponibilidade para a entrevista, tornando-se muito fácil combinar antecipadamente um horário compatível para ambas as partes.

No início de cada entrevista, repetia-se a explicação dos objectivos da entrevista, justificava-se a necessidade de gravação da entrevista e ressalvava-se o direito ao anonimato, além de agradecer a colaboração dos informantes, em especial, aos que se deslocavam ao Centro de Saúde a pedido da investigadora. Desta forma se garantiu que “os sujeitos aderem voluntariamente aos projectos de investigação, cientes da natureza do estudo e dos perigos e obrigações nele envolvidos” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 75).

A entrevista iniciava-se, dentro dos possíveis, de uma forma descontraída e despreocupada, potenciando a familiarização dos participantes com a situação. Terminada a entrevista, voltava-se a agradecer a colaboração dispensada e a lembrar que os ganhos obtidos com este estudo serão reflectidos na melhoria da qualidade dos cuidados promotores da SSR, prestados no Centro de Saúde.

3.7. Tratamento de dados

Todas as entrevistas foram integralmente transcritas, entre o mês de Julho e a primeira quinzena de Agosto de 2008, a partir dos ficheiros de som resultantes da gravação, de forma a facilitar a análise das respostas. Esta árdua tarefa foi desenvolvida, maioritariamente, pela investigadora, com a colaboração de algumas amigas. Sempre que se considere necessário, continua a ser possível o recurso às gravações, o que confere à investigadora a garantia de preservar todos os resultados invio-

lados ao longo do estudo.

A análise dos dados começa, segundo a perspectiva de Streubert & Carpenter (2002) “a partir do momento em que os investigadores comecem a ouvir as descrições de um determinado fenómeno” (p.26). Estas autoras defendem ainda que, a seguir à colheita de dados e à transcrição das entrevistas, os investigadores, para assegurarem o rigor, devem ouvir as gravações enquanto lêem as descrições. A investigadora agiu desta forma para se familiarizar com os dados, ou seja, imiscuir-se nos dados colhidos, para garantir uma descrição rigorosa.

A análise de conteúdo permite, segundo Quivy & Campenhoudt (2005) satisfazer harmoniosamente as exigências do rigor metodológico e da profundidade inventiva, que nem sempre são facilmente conciliáveis. Neste estudo, a análise de dados considera-se transversal, na medida em que foi agrupado tudo o que foi dito acerca de cada tema ao longo de toda a entrevista, seja qual for o momento em que a afirmação tenha tido lugar (Bardin, 2006). Formaram-se, assim, categorias que “são rubricas ou classes, que reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos” (Bardin, 2006, p. 111).

Neste estudo, não foi fornecido previamente nenhum sistema de categorias, tendo-se optado por elaborar categorias em resultado da classificação analógica e progressiva dos elementos e o título de cada categoria apenas foi decidido no fim do mesmo (Bardin, 2006).

Estes resultados da análise qualitativa descritiva dos dados são apresentados no próximo capítulo, acompanhados da frequência de ocorrências, por categoria de resposta, e da descrição de extractos das entrevistas para as clarificar.

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1. Introdução

A primeira secção deste capítulo faz a apresentação e discussão dos resultados acerca dos conhecimentos, atitudes e valores dos/as utentes, homens e mulheres, das consultas de planeamento familiar (PF) e saúde materna (SM) sobre a equidade de género na promoção da saúde sexual e reprodutiva (SSR) (4.2). Esta secção está subdividida em quatro subsecções. A primeira faz a caracterização das fontes de informação em SSR dos/as utentes (4.2.1), a segunda subsecção descreve os comportamentos, atitudes e valores dos/as utentes face ao planeamento familiar (4.2.2), a terceira apresenta os resultados relativos aos seus comportamentos, atitudes e valores sobre a vida em família (4.2.3) e, para terminar, a quarta subsecção caracteriza as percepções dos/as utentes sobre a equidade de género nas atitudes, valores e práticas dos/as utentes e enfermeiros/as nas consultas de PF e SM (4.2.4).

A segunda secção (4.3) apresenta e discute os resultados referentes às percepções dos/as enfermeiros/as sobre a equidade de género nas práticas promotoras da SSR. Esta secção também está dividida em quatro subsecções: sensibilidade ao género da formação em SSR e prática profissional dos/as enfermeiros/as (4.3.1); as percepções dos enfermeiros/as sobre os comportamentos, atitudes e valores dos/as utentes em relação ao planeamento familiar (4.3.2); a percepção dos/as enfermeiros/as sobre os comportamentos, atitudes e valores que os/as utentes têm na vida em família e deveriam ter (4.3.3) e a sua percepção sobre a equidade de género nas atitudes, valores e práticas dos/as utentes e enfermeiros/as nas consultas de PF e SM (4.3.4). Em cada subsecção procura-se, sempre que se justifique, fazer uma comparação entre o primeiro e o segundo estudos.

4.2. Conhecimentos, atitudes e valores dos/as utentes das consultas de PF e SM sobre a equidade de género na promoção da SSR

4.2.1. Fontes de informação em SSR dos/as utentes das consultas de PF e SM

No âmbito da educação sexual em idade escolar, verificou-se que a maior parte dos/as utentes (sete utentes em doze) refere ter abordado esta matéria na escola (tabela1).

Tabela 1: Educação Sexual do/a utente durante a escolaridade

	Utentes (n=12)									Total					
	Saúde Materna (n=7)						Planeamento Familiar (n=5)								
	M			H			Total	M			H	Total			
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4		SM7	PF2				PF4	PF5	PF1
Tiveram ES na escola	✓	✓	✓			✓			4	✓	✓	✓		3	7
Não tiveram ES na escola				✓	✓	✓			3		✓		✓	2	5

Destes/as utentes, cinco são mulheres e dois são homens, o que pode levantar a hipótese de as mulheres terem dado mais importância ao assunto do que os homens. Também se verificou que são os/as utentes mais jovens (como SM4 e SM5) que referem ter tratado mais temas de educação sexual na escola. Da mesma forma, nesta amostra, também parece ser possível estabelecer uma relação directa entre o grau académico que frequentaram os/as utentes que referiram não ter abordado a educação sexual durante a escolaridade, na medida em que se pode constatar que se encontravam neste grupo todos/as os/as entrevistados/as que apenas tinham o primeiro ciclo do ensino básico. Este aspecto é revelador das diferenças sentidas no ensino com a entrada em vigor da Lei n.º 3/84.

Os/as sete utentes que referiram ter abordado o tema na escola consideram, de uma forma geral, que a abordagem foi pobre. Recordaram esta experiência como uma sessão ou algumas aulas expositivas, onde abordaram “a biologia do sistema reprodutor masculino e feminino” numa “palestra no fim do dia” (Ent. SM1) sobre SIDA e os métodos contraceptivos. Os temas referidos pelos/as utentes (tabela 2) vão de encontro aos temas que vigoram na Lei n.º 3/84, de 24 de Março.

Apenas entre os/as utentes da consulta de saúde materna houve a referência ao desenvolvimento na escola de temas como as relações sexuais (um utente), IST's (dois utentes), aborto (um utente), ciclo menstrual (uma utente) e adolescência/puberdade (uma utente). Também referiram que alguns destes temas foram abordados, algumas vezes, nas aulas de Religião e Moral, como afirmaram dois indivíduos: “É assim, tive umas noções disso, foi até numa aula de Religião e Moral” (Ent. SM1); “Agora, puberdade, adolescência, demos em Religião e Moral” (Ent. SM6).

Tabela 2: Temas tratados na ES durante a escolaridade do/a utente

	Utentes (n=7)								Total	
	Saúde Materna (n=4)				Planeamento Familiar (n=3)					
	M		H		M		H			
	SM1	SM5	SM6	SM4	Total	PF2	PF5	PF1		Total
Métodos contraceptivos	✓	✓			2	✓	✓		2	4
Relações sexuais				✓	1					1
IST's		✓		✓	2					2
Aborto				✓	1					1
Ciclo menstrual		✓			1					1
Adolescência/ Puberdade			✓		1					1
Reprodução/Sistema reprodutor						✓	✓	✓	3	3
Transformações físicas						✓		✓	2	2

De igual forma, só entre os/as utentes da consulta de planeamento familiar foram referidos os temas da reprodução e o sistema reprodutor (três utentes) e as transformações físicas (dois utentes), como temas tratados na educação sexual na escola. Esta associação de temas específicos apenas aludida pelos/as utentes de uma das consultas, permite colocar a hipótese de os temas aprendidos na escola apenas serem recordados quando as pessoas precisam deles na sua vida do dia-a-dia, como por exemplo, a “reprodução” e as “transformações físicas” associadas à prevenção ou ao planeamento da gravidez. Por outro lado, os temas citados estão de acordo com os referidos na Lei n.º 3/84. Apenas uma das entrevistadas deu mais valor aos temas tratados relacionados com uma abordagem psico-sexual em vez da bio-sexual, afirmando: “Não me lembro de aulas de sexologia. Agora, puberdade e adolescência, demos em Religião e Moral, questões muito básicas” (Ent. SM6).

Relativamente à procura de informação sobre SSR, apenas um dos inquiridos afirmou nunca ter procurado qualquer recurso ou pessoa. Pelo contrário, os/as outros entrevistados/as recorreram a diferentes fontes de informação no âmbito desta temática, além do currículo escolar (tabela 3).

Tabela 3: Fontes de informação sobre sexualidade e reprodução utilizadas pelo/a utente

	Utentes (n=12)										Total				
	Saúde Materna (n=7)					Planeamento Familiar (n=5)									
	M		H			Total	M		H			Total			
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3		SM4	SM7	PF2	PF4			PF5	PF1	PF3
Família															
Pais	✓						✓								2
Irmã mais velha	✓								✓					1	2
Pares															
Colegas			✓						✓				✓	2	3
Amigos/as		✓			✓					✓				1	3
Enfermeiros/as													✓	1	1
Comunicação social		✓			✓	✓	✓		✓			✓		2	6
Livros	✓				✓					✓	✓			2	4

A fonte de informação que os/as entrevistados/as identificaram como a mais utilizada foi a

comunicação social (onde se inclui televisão, internet e revistas), com seis do total dos/as inquiridos/as a nomeá-la. Verifica-se também que a maior parte destas nomeações foi feita pelos utentes homens (quatro) contra duas senhoras: “Como é lógico, nós somos influenciados por aquilo que vemos na televisão, e eu sempre gostei muito de documentários e, provavelmente, foi das maiores fontes que tive” (Ent. PF1).

A par desta fonte de informação, situam-se os/as colegas e amigos/as, totalizando metade das escolhas referidas pelos/as inquiridos/as, sendo que neste caso, a maior parte desta resposta pertence às mulheres (quatro senhoras e dois homens indicaram esta fonte de informação): “Falávamos entre as amigas, porque antigamente os pais não falavam muito sobre estas coisas” (Ent. PF5).

Os livros, referidos por três mulheres e um homem, ocupam o terceiro lugar na lista de destaques das fontes de informação utilizadas: “O meu pai ofereceu-nos uma enciclopédia sobre a saúde, que abordava também essas coisas” (Ent. SM1). Esta afirmação parece querer mostrar uma estratégia que o pai adoptou no sentido de descartar-se de responsabilidades, sem ter de falar abertamente com as filhas, como se fosse uma alternativa ao inevitável.

A família foi citada como fonte de informação sobre SSR por quatro dos entrevistados/as (três mulheres e um homem), com dois dos entrevistados a apontarem os pais e duas as irmãs mais velhas.

É assim, eu tinha a minha irmã que é mais velha que eu, mas os meus pais também nunca... nunca nos fecharam muito as portas... sempre nos abordaram... sempre nos falaram minimamente sobre as coisas, assim por alto... (Ent. SM1).

Apenas um dos entrevistados reconheceu a figura do enfermeiro como educador na área da SSR: “Quando fui para a tropa... tínhamos lá os enfermeiros. Faziam reuniões e assim, e avisavam a gente: «cuidado, que tu vais apanhar uma doença!»” (Ent. PF3).

Verifica-se que nenhum dos/as entrevistados/as recorreu ao Centro de Saúde. A entrevistada SM5 afirmou ter ido ao médico, mas no âmbito da Medicina do trabalho “passou-me a pílula, fiz exames e tudo”.

Em síntese, nesta amostra pode-se perceber a existência de grandes diferenças entre homens e mulheres no que respeita às fontes de informação sobre SSR que utilizam. Há mais homens a recorrer à televisão, internet e revistas e mais mulheres a recorrerem às colegas/amigas, livros e família.

Apesar de nenhum/a utente ter referido o recurso ao Centro de Saúde na procura de informa-

ção sobre SSR, pode-se constatar, da análise da tabela 4, que metade dos/as entrevistados/as sabia que dispunha deste recurso (quatro mulheres e dois homens), disponibilizado gratuitamente pelo Estado, à semelhança do que acontece com outros direitos fundamentais à vida dos cidadãos, assegurando, assim, o fornecimento de serviços de planeamento familiar (PF) gratuitos em todo o país e garantindo o livre acesso à educação e à informação sexual.

Tabela 4: Identificação pelo/a utente do Centro de Saúde como fonte de informação sobre SSR

	Utentes (n=12)											Total			
	Saúde Materna (n=7)							Planeamento Familiar (n=5)					Total		
	M			H				Total	M					H	Total
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7		PF2	PF4	PF5			PF1	
Sabia que podia recorrer ao CS	✓	✓				✓		3	✓	✓		✓		3	6
Não sabia que podia recorrer ao CS			✓	✓	✓		✓	4			✓		✓	2	6

Segundo a Declaração de Alma Ata (OMS, 1978) e a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (DGS, 2004a), os cuidados de saúde primários devem incluir, entre outras actividades, a educação sobre os problemas de saúde predominantes e os meios de os prevenir e tratar, entendendo-se como parte integrante das suas funções, a educação para a saúde. Esta política parece ter passado nesta área, uma vez que metade dos/as inquiridos/as reconheceram o Centro de Saúde como fonte de informação, embora não o utilizem como tal.

Com base nas fontes de informação que os/as utentes reconheceram como de maior contributo para o seu esclarecimento, elaborou-se a tabela 5.

Tabela 5: Fontes de informação que contribuíram mais para a aprendizagem do/a utente sobre sexo e relações interpessoais

	Utentes (n=12)											Total				
	Saúde Materna (n=7)							Planeamento Familiar (n=5)					Total			
	M			H				Total	M					H	Total	
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7		PF2	PF4	PF5			PF1		PF3
Família																
Pais	✓						✓	2							2	2
Irmã mais velha	✓							1							1	1
Pares																
Colegas										✓				1	1	1
Amigos/as	✓						✓	2	✓					1	3	3
Namorado/companheiro/a			✓	✓	✓			3							3	3
Enfermeiros/as												✓		1	1	1
Comunicação social		✓					✓	2				✓		1	3	3
Livros									✓	✓				2	2	2

Nota: Comunicação social inclui televisão, internet e revistas

Nesta tabela destacam-se os/as namorados/companheiros/as, citados três vezes (uma mulher e dois homens) da consulta de SM. Para o utente SM3, o que foi mais relevante foi “conhecer a rapariga com o namoro e com o tempo... uma pessoa vai aprendendo”, assim como para SM6, que foi

peremptória ao afirmar que foi com o namorado que desenvolveu mais os seus conhecimentos sobre SSR. Para três dos/as utentes, as principais fontes de informação são os/as amigos/as e a comunicação social, sem distinção entre as preferências dos homens e das mulheres. PF4 recorda “Eu creio que foi mesmo esse livro e algumas conversas com as minhas amigas mais íntimas”. PF1 admite que tenham sido os meios audiovisuais, nomeadamente, os documentários.

Os pais e os livros, aparecem no patamar seguinte como meios de informação, citados por dois/duas utentes em cada um dos casos. A opinião de SM4 é de que “os meus pais ajudaram muito”. Para PF4 a grande mais valia foi um livro que comprou com uma amiga: “Vi um livro, que é como conhecer o corpo, e li-o e foi assim que eu fiquei mais esclarecida de algumas coisas, de algumas dúvidas que eu tinha”. Em último lugar, foram citados por um utente, respectivamente, os/as enfermeiros/as e a irmã mais velha. PF3 identificou os/as enfermeiros/as, na tropa, como os elementos mais determinantes na sua educação sexual e reprodutiva, ao passo que SM1 identificou a irmã mais velha como um dos mais importantes veículos de informação nesta área.

Desta forma, notam-se algumas diferenças em relação às fontes de informação que foram reconhecidas por estes homens e mulheres como mais importantes na sua formação sobre sexualidade. Os livros e os/as amigos/as foram mais seleccionados por mulheres, e as namoradas/companheiras e a comunicação social foram mais escolhidos por homens.

Tendo-se referido, na revisão da literatura, os cuidados de saúde primários como uma instância e primeiro nível de contacto com o indivíduo, a família e a comunidade, a quem cabe, entre outras actividades, a educação para a saúde, repara-se aqui que, além de metade dos/as entrevistados/as desconhecerem este tipo de intervenção por parte do Centro de Saúde, os/as profissionais que lá trabalham não são tidos em conta na procura de informação/educação para a saúde sexual.

4.2.2. Planeamento familiar e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis nos/as utentes das consultas de PF e SM

A grande maioria dos/as entrevistados/as (oito utentes em doze, dos quais, cinco senhoras e três homens) pensou em prevenir a gravidez quando iniciou a actividade sexual (tabela 6).

Tabela 6: Atitudes do/a utente face à prevenção da gravidez quando começou a ter relações sexuais

	Utentes (n=12)											Total		
	Saúde Materna (n=7)							Planeamento Familiar (n=5)						
	M			H				Total	M		H		Total	
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7		PF2	PF4	PF5			PF1
Pensou em prevenir a gravidez	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓			2	8
Não pensou prevenir gravidez							✓		✓		✓	✓	3	4

Das seis senhoras entrevistadas, apenas uma não tomou precauções no sentido de prevenir a gravidez, apesar de ter sido essa a sua intenção inicial, por influência do companheiro que queria ter um filho. Desta forma, dos/as quatro informantes que não pensaram em prevenir a gravidez, três eram homens. Os motivos apontados para tal facto estão expressos na tabela 7.

Tabela 7: Razões pelas quais o/a utente não pensou em prevenir a gravidez quando começou a ter relações sexuais

	Utentes (n=4)						Total
	Saúde Materna (n=1)			Planeamento Familiar (n=3)			
	H	Total	M	H		Total	
	SM7		PF4	PF1	PF3		
Desejo de ter um/a filho/a	✓	1					1
Desejo do marido ter um/a filho/a			✓				1
Dificuldades da época					✓		1
Relação sexual não planeada				✓			1

Esses motivos prendem-se com o desejo de ter um/a filho/a (um utente); com o desejo do companheiro ter um/a filho/a (uma utente); com dificuldades inerentes à cultura da época, como diz um utente: “Naquele tempo ninguém dizia nada. No nosso tempo era tudo escuro” (Ent. PF3); e com a surpresa do momento que não foi planeado (um utente).

As estratégias que os/as utentes pensaram utilizar para prevenir a gravidez estão apresentadas na tabela 8. Os/as sujeitos/as que pensaram prevenir a gravidez utilizaram o Contraceptivo Hormonal Oral (CHO) ou pílula contraceptiva e o preservativo masculino, com a mesma frequência de utilização para ambos os métodos, sendo que dois destes/as entrevistados/as referiram ter utilizado o preservativo e a pílula associados (um homem e uma senhora).

Tabela 8: O que pensou o/a utente fazer para prevenir a gravidez

	Utentes (n=8)								Total		
	Saúde Materna (n=6)						P Familiar (n=2)				
	M			H			Total	M		Total	
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4		PF2			PF5
Consultar o/a médico/a	✓	✓							2	2	
Usar um contraceptivo hormonal oral (pílula)	✓	✓	✓		✓	✓			5	5	
Usar o preservativo			✓	✓		✓	✓	✓	2	5	
Fazer exames complementares de diagnóstico		✓							1	1	

Apenas duas senhoras afirmaram ter recorrido a uma consulta médica prévia, apesar de sete

dos/as doze entrevistados/as referirem saber que o CS constitui um dos recursos disponíveis no âmbito dos cuidados de promoção da SSR. Destes sete indivíduos, quatro são mulheres e três são homens. Nesta questão percebe-se alguma relutância dos homens em procurar os serviços de saúde, seja o contacto directo com o médico, seja a solicitação de exames complementares de diagnóstico (que carece de consulta médica), ou a utilização de contraceptivos que devem ser prescritos pelo/a clínico/a. Segundo a IPPF/RHO & AVSC International (1998), esta relutância por parte dos homens deve-se, à dificuldade que sentem em falar com outras pessoas sobre sentimentos e experiências íntimas associadas à sexualidade. Por outro lado, tal como defende Prazeres (2003), as correntes tradicionais dificultam a partilha de responsabilidades contraceptivas e preventivas, que parecem estar mais ligadas à rapariga.

Nenhum/a dos/as entrevistados/as recorreu alguma vez à contracepção oral de emergência (COE), apesar de terem conhecimento da sua existência. Quando questionados/as sobre isso, ninguém revelou ter conhecimento sequer, de uma situação dessas. Foram reservados/as nos comentários, não tendo desenvolvido o assunto ao longo da entrevista, à excepção de uma senhora que explica como se toma “sei como funciona... depois da relação toma-se um comprimido, qualquer coisa, mas nunca recorri a isso” (Ent. SM5). De uma forma geral, abordam o assunto com indiferença e alguma repulsa “nem me lembro que isso existe” (Ent. SM1).

Os/as entrevistados/as, também foram questionados acerca das suas atitudes face à prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e os resultados (tabela 9) não diferem muito em relação aos de prevenção da gravidez.

Tabela 9: Atitude face à prevenção de IST's quando começou a ter relações sexuais

	Utentes (n=12)									Total					
	Saúde Materna (n=7)						Planeamento Familiar (n=5)								
	M			H			Total	M			H	Total			
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4		SM7	PF2				PF4	PF5	PF1
Pensou em prevenir as IST's	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓		✓		3	9
Não pensou prevenir as IST's						✓			✓			✓		2	3

Dos/as doze entrevistados/as, três referiram não ter pensado em prevenir as IST's aquando do início da actividade sexual. Dentro deste pequeno grupo de entrevistados/as, há dois/duas que já tinham referido anteriormente o desejo de engravidar (um homem e uma senhora, que não fazem parte do mesmo casal). Desta forma, podemos colocar a hipótese de se tratar de uma relação amorosa estável ou muito estável, onde já estaria presente um elevado conhecimento do/a parceiro/a e elevada confiança. Apesar disso, PF4 refere que, na altura, não tinha conhecimentos sobre IST's e

formas de as prevenir: “Não estava informada”. O entrevistado PF1, argumenta que não utilizou precauções, porque a sua primeira relação sexual não foi planeada e, portanto, não se encontravam preparados “(...) e foi assim ao... aconteceu!”. Estes resultados não mostram diferenças muito notórias entre homens e mulheres, pelo que aparentemente, não têm relação directa com os dados apresentados no *Plano Nacional de Saúde 2004-2010* (Ministério da Saúde, 2004) e no Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (2007), em que se refere que, embora em Portugal, por vários motivos, o número de casos reais de IST não seja conhecido, as IST's têm uma incidência aparentemente maior nos homens, especialmente no grupo etário dos 25 aos 44 anos.

Existe uma entrevistada que, apesar de ter respondido que não pensou em prevenir as IST's, revela ter tomado medidas no sentido da procura dos cuidados de saúde, tendo realizado exames antes do início da actividade sexual: “Eu fiz exames e ele também fez” (Ent. SM5). Esta entrevistada também afirmou ter utilizado o preservativo masculino algumas vezes “só duas ou três vezes e no início; depois já não”. Dois entrevistados que responderam não prevenir as IST's, referiram posteriormente terem tido comportamentos de monogamia, o que de certa forma, pode ser entendido como uma estratégia de minimização de risco e, portanto, como uma atitude preventiva. PF3, afirmou ter pensado em prevenir as IST's no início da sua actividade sexual, apesar de apenas ter utilizado o preservativo uma única vez: “foi só uma vez, depois não... aquilo não me dava”.

Dos/as nove informantes que afirmaram terem tido a preocupação de prevenir as IST's (tabela 10), oito indivíduos escolheram o preservativo como método de prevenção, um optou exclusivamente pela monogamia e um associou a realização de exames complementares de diagnóstico prévios.

Tabela 10: O que o/a utente pensou fazer para prevenir as IST's quando começou a ter relações sexuais

	Utentes (n=9)									Total	
	Saúde Materna (n=6)						Planeamento Familiar (n=3)				
	M			H			Total	M			Total
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4		PF2	PF5		
Usar o preservativo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	3	8
Ser monogâmico					✓					1	1
Exames complementares de diagnóstico		✓								1	1

Apesar de existirem dois indivíduos a referirem a utilização do preservativo uma só vez ou poucas vezes, quase todos/as os/as entrevistados/as, à excepção de uma senhora (PF4), identificam um ou mais métodos para evitar o contágio de IST's. A entrevistada PF4 foi a única que referiu ter um desconhecimento total na altura, o que se pode compreender se analisarmos o enquadramento na época em que se desenvolveu a adolescência e juventude desta senhora.

Todos/as os/as entrevistados/as referiram abordar habitualmente assuntos relativos à sua vida sexual com o marido/esposa (tabela 11), ainda que três destes/as tenham afirmado fazê-lo só às vezes.

Nota-se grande sensibilidade, por parte dos/as utentes, para admitirem que falam sobre a relação amorosa em casal: “claro que tudo faz parte – nós dizemos se nos sentimos bem ou não” (Ent. SM1); “sabemos perfeitamente o que um quer e o que é que o outro... quer, digamos, que queremos os dois, do que é melhor para nós” (Ent. SM3); “tanto eu como ela, se alguma coisa não estiver bem, falamos” (Ent. SM4); “para saber o que mais agrada, o que menos agrada... Se tem vontade, se não tem...” (Ent. PF1); “nem sempre está bem-disposta” (Ent. PF3).

Tabela 11: Assuntos relacionados com a vida sexual que os/as utentes tratam em casal

	Utentes (n=12)											Total			
	Saúde Materna (n=7)							Planeamento Familiar (n=5)					Total		
	M			H				M			H			Total	
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7	Total	PF2	PF4	PF5				PF1
Métodos contraceptivos	✓	✓	✓		✓	✓		5	✓	✓			✓	3	8
N.º de filhos/as e quando os/as ter		✓	✓	✓	✓	✓	✓	6	✓		✓		✓	3	9
Prevenção de IST's		✓						1	✓					1	2
Relação amorosa actual	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7	✓	✓	✓	✓	✓	5	12
Recordações de outrora					✓			1						1	1
Problemas de SSR		✓						1	✓	✓		✓		3	4
Interesse/Desejo sexual				✓				1		✓		✓	✓	3	4

Neste contexto, um dos assuntos que é mais discutido por este grupo de participantes é do interesse e desejo sexual, como apontam quatro indivíduos, três homens e uma senhora: “eu nunca tenho assim grande apetite... e compreende... e nós falamos sobre isso... E não só... e no acto sexual, às vezes, a gente não sente aquele prazer... e ele pergunta-me!” (Ent. PF4).

Houve também quatro informantes que referiram os problemas de saúde sexual e reprodutiva como tema de conversa, nomeadamente, uma senhora que apontou problemas de saúde num ovário; outra que apontou um “problema de próstata” do marido “e eu achava que ele prontos, que ele não ficava satisfeito...” (Ent. PF4); e um casal que falou de dispareunia (dor nos órgãos genitais femininos durante ou imediatamente após as relações sexuais): “Ela sente dores. Isso, por si só, leva-a a retrair” (Ent. PF1). Um dos entrevistados abordou, nesta questão, “outros momentos que já se viveram... vai-se recordando tempos (...)” (Ent. SM3). Ainda dentro da área da relação amorosa actual, os/as utentes falam dos gostos, das preferências, das críticas e sugestões dos/as parceiros/as: “quando não gosto, não gosto” (Ent. SM1); “claro que para os homens, as coisas são muito simples (...) Para as senhoras, é mais complicado. Eu entendo isso, mas não deixo de ser homem” (Ent. PF1).

Nesta resposta também houve quem, apesar de ter afirmado que não costumava falar deste tema, admitisse aceitar e compreender que a aceitação/disponibilidade pode não ser coincidente entre os dois elementos: “um pode estar preparado e outro não” (Ent. SM2).

Além dos assuntos relativos à relação amorosa actual e dos sentimentos que os movem, dos quais todos/as falaram, de uma ou de outra forma, nove utentes também disseram que falavam sobre o número de filhos/as e a altura que consideram propícia para o seu nascimento; oito falavam sobre os métodos contraceptivos; e duas sobre as IST's. Desta forma, nota-se que os/as entrevistados/as têm uma grande preocupação em planear a natalidade e em prevenir gravidezes indesejadas, ao passo que a prevenção das IST's já não merece tanta atenção. Este facto poderá ser explicado pelo tipo de relação estável que mantêm, uma vez que são todos/as casados/as, bem como pela confiança que depositam no/a companheiro/a. Nestas circunstâncias, a preocupação com o número de filhos/as e a contracepção pode ser fundamentada, segundo Silva (2002), em primeiro lugar, nas dificuldades económicas, e, em segundo lugar, num conjunto de alterações significativas na vida dos casais: surgirem dificuldades para educar a criança; maior dificuldade das mães em obter emprego; complicações do parto; dificuldade em conciliar família e trabalho; a dimensão da casa não o permitir; as crianças retirarem muito tempo ao casal, indispensável a outras ocasiões importantes na vida; e problemas de saúde de um dos cônjuges.

Relativamente ao assunto da contracepção, alguns/algumas entrevistados/as assumiram que o homem limita-se a tomar conhecimento da decisão tomada pela mulher (SM1, SM2, SM6, PF4 e PF5). Se é às mulheres que é deixada a responsabilidade (ou se elas a tomam) de decidir o método contraceptivo a usar, já no que toca à discussão dos assuntos que dizem respeito à vida sexual, esta responsabilidade dilui-se um pouco, ficando aos desígnios, tanto de homens como de mulheres (como referem quatro dos entrevistados), ou sendo da iniciativa dos homens (como se verificou com ambos os elementos do mesmo casal).

Nota-se no discurso dos/as entrevistados/as que esta questão gera algum constrangimento no seio do casal, como se verifica em SM2: “Nós conversamos muito em tom de brincadeira”. Geralmente, não atribuem a seriedade que o assunto merece, delegando as decisões na esposa, sem discussão prévia ou não falando em casal sobre o relacionamento amoroso. Quando surgiu a oportunidade para falarem abertamente sobre os temas que costumam discutir com o/a parceiro/a, alguns/algumas entrevistados/as preferiram “passar à frente”, como SM6, outros/as pediram que a entrevistadora lhes desse pistas de resposta, e outros/as ainda, recusaram-se a falar de exemplos. Algumas mulhe-

res admitiram explicitamente que o assunto as deixava pouco à vontade: “Não me sinto muito à vontade... mesmo com ele, não tenho aquele à vontade de falar...” (Ent. PF2); “ela acanha-se e fecha-se demasiado” (Ent. PF1).

Assim, tornou-se pertinente questionar também sobre a iniciativa de discussão dos assuntos relativos à vida sexual no seio do casal (tabela 12). Nove, dos/as doze, utentes, admitiram que a iniciativa poderia partir tanto do homem, como da mulher.

Tabela 12: Quem toma a iniciativa quando há discussão dos assuntos relacionados com a vida sexual no casal

	Utentes (n=12)										Total				
	Saúde Materna (n=7)							Planeamento Familiar (n=5)							
	M			H				Total	M			H	Total		
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7		PF2	PF4				PF5	PF1
Homem				✓					✓		✓			2	3
Às vezes o homem outras vezes a mulher	✓	✓	✓		✓	✓	✓			✓	✓		✓	3	9

Três pessoas afirmaram que este tema era, maioritariamente, iniciado pelo homem, das quais duas são senhoras, sendo PF1 e PF2 elementos do mesmo casal. Assim, nota-se o crescente interesse dos homens em participar nas questões que dizem respeito à saúde reprodutiva, como refere a IPPF/The Population Council (2001).

Os/as entrevistados/as foram convidados a emitir uma opinião sobre a atitude a tomar no caso de se verificar dificuldade em engravidar (tabela 13). A atitude mais consensual é a de adoção, com sete dos/as utentes a apontarem-na como solução.

Tabela 13: O que pensa o/a utente que deve fazer quando não consegue engravidar

	Utentes (n=12)										Total				
	Saúde Materna (n=7)							Planeamento Familiar (n=5)							
	M			H				Total	M			Total			
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7		PF2	PF4			PF5	PF1	PF3
Adoptar				✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓		4	7
Consultar o/a médico/a	✓	✓								✓	✓			2	4
Fazer exames médicos		✓							✓	✓				2	3
Usar métodos para engravidar			✓											1	1
Pedir esclarecimentos sobre fertilização			✓											1	1
Não sabe/Não se manifesta					✓									1	1

Essa hipótese coloca-se menos nos/as utentes da consulta de SM (três utentes) do que nos/as da consulta de PF (quatro utentes), se calhar pela condição de gravidez que se encontra presente nos/as utentes do primeiro grupo. No entanto, no grupo de utentes “grávidos/as”, esta foi a resposta mais popular (três utentes). Também se verifica que esta resposta é mais vulgar entre as mulheres (cinco entrevistadas) do que entre os homens (dois entrevistados).

A segunda sugestão mais votada foi a de consultar o/a médico/a (quatro do total), com maior prevalência entre as mulheres (três mulheres e um homem deram esta resposta). Também coincidiu com a segunda resposta mais votada pelos/as utentes “grávidos/as” (dois utentes deste subgrupo). Em terceiro lugar, surge a opinião de que se deve fazer exames médicos (três utentes do total) sem, no entanto, terem sido explicitados os nomes dos mesmos. Esta solução foi sugerida por três mulheres, sendo duas da consulta de PF. Existe ainda uma resposta mais genérica de SM6, que se debruça sobre a utilização de métodos para engravidar, sem entrar em pormenores. Da mesma forma, esta utente considera que se deve pedir esclarecimentos sobre fertilização, mas não especifica os tipos de fertilização, nem a quem se deve dirigir para solicitar estes esclarecimentos. Apenas um utente (SM3) se abstém de manifestar a sua opinião pessoal, limitando-se a dar como exemplo um caso familiar, em que houve dificuldades e ao fim de vários anos, conseguiram engravidar espontaneamente. De qualquer forma, não se refere a quaisquer alternativas que eles/as tenham tomado.

Apesar de a maior parte dos/as utentes considerar que existem soluções ou alternativas aos problemas de fertilidade, são muito vagos/as quando questionados/as sobre eles (tabela 14). Nove dos/as entrevistados/as desconhecem ou não respondem a esta questão.

Tabela 14: Formas que o/a utente conhece para resolver o problema da dificuldade em engravidar

	Utentes (n=12)										Total					
	Saúde Materna (n=7)							Total	Planeamento Familiar (n=5)			Total				
	M			H					M	H						
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7	PF2	PF4	PF5		PF1	PF3			
Fertilização <i>in vitro</i>		✓						✓			✓				2	3
Tratamento hormonal			✓												1	1
Não sabe/Não se manifesta	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓			3	9

Das análises e exames auxiliares de diagnóstico a realizar nos casos de alterações da fertilidade feminina, Bobak *et al.* (1999) nomeiam seis tipos diferentes, dos quais, apenas um foi referido pelos/as entrevistados/as. A fertilização *in vitro* foi enunciada por três dos/as participantes (duas mulheres e um homem) e apenas uma senhora (SM6) se referiu ao tratamento hormonal como possível estratégia de ajuda na fertilização.

Nesta sequência da entrevista, foi pedido aos/às utentes para indicarem os exames complementares de diagnóstico, que se podem realizar quando há dificuldades em engravidar (tabela 15). Mais uma vez, verificou-se que a maior parte dos/as utentes (oito em doze) não soube identificar ou não se manifestou sobre o assunto: “Não sei (risos). Não faço a mínima ideia...” (SM1); “Não posso responder, porque isso nunca me passou pela cabeça” (PF5).

Tabela 15: Conhecimento dos/as utentes sobre os exames complementares de diagnóstico

	Utentes (n=12)										Total					
	Saúde Materna (n=7)							Planeamento Familiar (n=5)								
	M			H				Total	M			H	Total			
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7		PF2	PF4		PF5		PF1	PF3	
Espermograma							✓						✓		1	2
Estimulação da ovulação*														✓	1	1
Sabe que existe, mas não identifica quais são		✓			✓		✓								3	3
Não conhece/Não se manifesta	✓		✓	✓										✓	4	8

NOTA: * Concepção errada. Não se trata de um exame complementar de diagnóstico, mas de tratamento.

A segunda grande quantidade de respostas (três do total) diz respeito às pessoas que, apesar de admitirem saber da existência destes exames, não os sabem identificar. Estas respostas foram dadas por três utentes da consulta de SM (dois homens e uma senhora). Apenas dois homens identificaram o espermograma como um dos exames complementares de diagnóstico adequados.

A tabela 16 revela a opinião dos/as entrevistados/as sobre o processo de fertilização *in vitro*.

Tabela 16: Opinião dos/as utentes sobre a fertilização *in vitro*

	Utentes (n=12)										Total					
	Saúde Materna (n=7)							Planeamento Familiar (n=5)								
	M			H				Total	M			H	Total			
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7		PF2	PF4		PF5		PF1	PF3	
É um processo complicado	✓				✓		✓								3	3
É um dos últimos recursos	✓		✓										✓		2	4
A pessoa infértil sente-se desconfortável porque assume um/a filho/a que não é biologicamente seu/sua					✓		✓						✓		1	3
É como a dádiva de órgãos			✓												1	1
Não se sente capaz de aceitar										✓			✓		3	3
Não sabe/Não se manifesta		✓		✓											2	2

Caso estas medidas terapêuticas não resolvam o problema de infertilidade do casal, existem algumas técnicas de reprodução medicamente assistida. Verifica-se, assim, que quatro dos/as utentes entrevistados/as consideram esta alternativa como um dos últimos recursos:

Preferia adoptar! Desde que não fosse mãe de um bebé proveta, preferia adoptar” (Ent. PF4). É uma forma para quem quer ter um filho... para quem sonha ter um filho e não consegue... Acho que é uma das formas de o conseguir, não é... Só que lá está, sabendo que é do pai ou da mãe, dependendo do problema de quem seja... para a pessoa, saber que é infértil e não consegue, não sei até que ponto a pessoa se sentirá, sabendo que o filho é dele, mas não foi ele que o gerou... que consegui... não sei, são situações... Para a pessoa, é capaz de ser um bocado complicado... acho eu (Ent. SM3).

Houve também utentes que, aparentemente, encararam este método de fertilização com muita naturalidade, “é como receber uma dádiva de sangue” (SM6); ao passo que outros/as se revelaram

muito renitentes em admitir esta possibilidade de recurso: “se fosse eu... só se fosse em último recurso!” (SM6). Da mesma forma, descreve-se a opinião dos/as utentes relativamente à adopção de crianças (tabela 17).

Tabela 17: Opinião dos/as utentes sobre a adopção de crianças

	Utentes (n=12)											Total			
	Saúde Materna (n=7)							Planeamento Familiar (n=5)							
	M			H				Total	M		H		Total		
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7		PF2	PF4	PF5			PF1	PF3
É emocionalmente complicado	✓		✓	✓	✓	✓					✓			1	6
É um processo burocrático difícil	✓									✓		✓		2	3
Não sabe/Não se manifesta		✓					✓		✓	✓				2	4

Metade dos/as entrevistados/as consideram a adopção emocionalmente complicada, uma vez que representa o compromisso de assumir um/a filho/a que não é biologicamente seu/sua:

É assim, eu sou a favor da adopção... mas, para adoptar uma criança é preciso ter muito amor e pensar muuuuito naquilo que realmente se vai fazer, porque... é assim, se hoje em dia, ter filhos às vezes é complicado e, as pessoas, às vezes, já têm as dificuldades que têm, não é? Adoptar uma criança, acho que é ainda mais complicado... acho que as pessoas têm que estar MESMO preparadas psicologicamente, porque é um filho que não é nosso. Por mais que as pessoas digam, não é... que sentem aquilo... Eu não sei, eu acho... para mim, é um bocadinho complicado. (...) Não sei. Acho que é complicado (Ent. SM1).

Esta resposta torna-se numericamente mais significativa no grupo dos/as entrevistados/as da consulta de SM (cinco em sete). Em todo o grupo nota-se que esta opinião adquire maior realce nos homens (três homens e duas mulheres deram esta resposta). Quatro utentes admitiram não ter opinião formada ou não responderam à questão, e três utentes referiram as dificuldades impostas pelos arrastados processos burocráticos: “Bem, eu nunca me fui informar sobre isso, mas do que a gente vê na televisão, vê-se algumas pessoas a dizer que é lento, não é? Vê-se que demora muitos anos para adoptar uma criança. Agora, se realmente é verdade ou não...?” (Ent. PF5).

Apesar dos constrangimentos apontados, metade dos/as entrevistados/as considera preferível a hipótese da adopção em relação à fertilização *in vitro* (tabela 18).

Tabela 18: Preferência dos/as utentes pela fertilização *in vitro* ou pela adopção

	Utentes (n=12)											Total			
	Saúde Materna (n=7)							Planeamento Familiar (n=5)							
	M			H				Total	M		H		Total		
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7		PF2	PF4	PF5			PF1	PF3
Fertilização <i>in vitro</i>		✓	✓		✓									3	3
Adopção	✓					✓	✓	✓			✓	✓		4	7
Nenhum dos dois									✓					1	1
Não sabe/Não se manifesta				✓										1	1

Esta opinião está ilustrada no extracto seguinte:

Iria muito mais pela adopção. Porque acho que, para além de realizar o sonho de ser pai, estava a ajudar alguém que precisa de ajuda. Seria dois benefícios em um... A questão de ir buscar a um banco de esperma... Primeiro: por muito filho que fosse, não era filho... (...) Isso é exactamente igual a adoptar um filho, para mim... Não é a mesma coisa (Ent. PF1).

O grupo de utentes que frequenta as consultas de SM preferiria optar pela fertilização *in vitro* (correspondendo a três do total de entrevistados/as), revelando-se assim, não só o desejo de serem pais, mas sobretudo o desejo de vivenciarem uma gravidez. Desta forma, verificou-se que as mulheres são mais apologistas desta opinião do que os homens (duas mulheres e um homem):

Acho que, entre adoptar uma criança que não é deles, digamos, e esse método de engravidar com esperma de outra pessoa... acho que até ia por esse... do esperma de outra pessoa... (Ent. SM3). Acho que era uma coisa gerada dentro de mim; o outro já vinha feito, já não era eu que o formava (Ent. SM6).

Uma das utentes (PF5) foi mais radical nas suas intenções e rejeitou ambas as hipóteses. Outra utente (SM2) não se manifestou sobre o assunto.

A opinião dos/as participantes sobre o impacto da infertilidade no casal encontra-se registada na tabela 19.

Tabela 19: Opinião dos/as utentes sobre o impacto da infertilidade no casal

	Utentes (n=12)										Total				
	Saúde Materna (n=7)							Planeamento Familiar (n=5)							
	M			H				Total	M			H	Total		
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7		PF2	PF4		PF5		PF1	PF3
Mais difícil para a mulher				✓					✓					1	2
Difícil para o casal		✓			✓	✓								3	3
Mais difícil para o/a portador/a da disfunção							✓							1	1
Não sabe/Não se manifesta	✓		✓						✓	✓	✓	✓		4	6

Metade dos/as utentes não tem opinião formada sobre este assunto ou absteve-se de comentários: “É melhor não responder... porque nunca passou por mim... Não sei” (Ent. PF5). O entrevistado PF1 falou dos sentimentos de frustração e de tristeza dos casais com problemas de infertilidade e do incómodo que provoca falar do assunto, tanto para o casal, como para as pessoas que os/as rodeiam:

Comecei a evitar essa conversa com o meu irmão... Eles também se acanhavam um bocado, não diziam nada (...) Acho que as pessoas se sentem um bocado frustrados e... tristes com eles próprios (Ent. PF1).

Três utentes da consulta de SM consideram que esta dificuldade afecta ambos os membros do

casal da mesma maneira. O entrevistado SM4 relatou a sua experiência:

Nós até evitávamos falar sobre não ter filhos. Eu dizia sempre: “Ânimo, vai para a frente”. Portanto, chegávamos a um mês e estávamos com aquela esperança que podia ser e não era. Chegámos a fazer muitos testes de gravidez com aquela esperança que estava grávida e não estava. Ela ia abaixo, mas eu tentava dar a volta por cima. Às vezes, ia eu abaixo e ela tentava dar a volta por cima.

Um homem e uma mulher são de opinião que a infertilidade têm maior impacto nas mulheres: “É ela que vai-o criar, praticamente... vai tê-lo dentro da barriga, não é? É diferente... É totalmente diferente... totalmente diferente e a mulher vai muito abaixo, enquanto o homem não. Acho eu...” (Ent. SM2). E o entrevistado SM7 considera que o impacto da infertilidade recai mais sobre o portador do problema: “E acho que quem tem mais problema é aquele que tem mais... pronto, o que tem mais defeito, não é. Pronto, se for ela, se o mal for dela, acho que ela não está tão bem como ele, não é?”

Os/as utentes também foram questionados/as sobre o conhecimento que tinham sobre a lei da interrupção voluntária da gravidez (tabela 20).

Tabela 20: Conhecimento dos/as utentes sobre a lei Portuguesa relativa à interrupção voluntária da gravidez

	Utentes (n=12)										Total				
	Saúde Materna (n=7)					Planeamento Familiar (n=5)									
	M			H		Total	M			H		Total			
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3		SM4	SM7	PF2	PF4			PF5	PF1	PF3
Conhece a Lei		✓	✓					2	✓	✓	✓	✓		4	6
Não conhece a Lei	✓			✓	✓	✓	✓	5				✓		1	6
Gostava de saber mais				✓		✓		2							2
Não procura saber mais	✓	✓				✓	✓	4	✓	✓	✓	✓	✓	5	9
Não responde			✓					1							1

Podemos verificar que nesta questão, as posições dividem-se a 50%. De um lado os/as que afirmam conhecer a lei que regulamenta a interrupção voluntária da gravidez em Portugal, e do outro os/as que não conhecem. Dos/as seis que conhecem a lei (cinco mulheres e um homem), cinco não procuram saber mais, mantendo uma posição predominantemente contra o aborto: “(silêncio) Sinceramente eu não me importo muito saber, porque não sou a favor, não me puxa a saber” (Ent. SM5).

Em oposição à resposta supra mencionada, que foi apresentada maioritariamente por mulheres, temos metade dos/as utentes entrevistados a afirmar não conhecer a lei, dentro dos quais, cinco são homens. Desta forma, podia-se inferir que estes não se sentem motivados para explorar o tema, no entanto, dos cinco homens que não conhecem a lei, dois manifestaram interesse em aprofundar o assunto, não havendo mulheres que tenham manifestado intenção de desenvolver mais os seus conhecimentos sobre o tema.

Assim, uma grande parte da amostra (nove em doze) não sente necessidade de se envolver mais no assunto. Das nove pessoas que atestaram que não procuram saber mais porque não sentem interesse, cinco são mulheres, o que se revela um número pouco significativo na hora de comparar o interesse de homens e mulheres pela temática. Desta forma e, apesar de se ter legislado há 25 anos e ter vindo a sofrer alterações sucessivas (Lei n.º 90/97 e Lei n.º 16/2007), verifica-se um grande desinteresse pela lei que regula a IVG.

Pegando nas particularidades desta discussão, aprofundaram-se as opiniões dos/as utentes sobre diversos casos previstos na lei do aborto, em Portugal. Na tabela 21 pode-se analisar a posição dos/as utentes face à Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) em caso de mal formação fetal.

Tabela 21: Opinião dos/as utentes sobre a IVG em caso de malformação congénita

	Utentes (n=12)											Total				
	Saúde Materna (n=7)							Planeamento Familiar (n=5)								
	M			H				M			H		Total			
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7	PF2	PF4	PF5	PF1			PF3		
Concorda		✓	✓			✓		✓	✓	✓		✓		3	4	7
Concorda em alguns casos	✓				✓		✓							3		3
Indeciso/Não responde				✓							✓			1	1	2

Mais de metade dos/as entrevistados/as (sete em doze) concorda com a IVG em caso de malformação congénita, conforme o previsto na Lei n.º 16/2007, no seu artigo 1.º, alínea 1. A maior parte dos/as utentes que admitiu concordar com o aborto nestas circunstâncias, são mulheres (cinco senhoras e dois homens), o que pode revelar uma sensibilidade face ao tema diferente. Além das pessoas que concordam, existem mais três que concordam em situações limite, como se pode perceber pelos excertos:

Depende muito da malformação. Mas, eu acho que... não sei. Eu acho que só mesmo estando na situação. Eu nunca pensei nisso. Aliás, já pensei nisso... eu digo sempre que não fazia, não é? Mas acho que só mesmo estando nessa situação... Acho que ia ponderar bem a situação, mas... (Ent. SM1). Só se fosse mesmo uma coisa, que fosse mesmo muito grave e a médica dissesse... (Ent. SM3)

Relativamente a este assunto, apenas dois homens manifestaram uma opinião algo difusa e pouco concreta:

Acho que aí, a decisão deve ser... da mãe e do pai... Se estão dispostos a encarar o desafio ou não. A mim, sinceramente, se me fosse colocada uma situação dessas, iria custar-me muito a decidir, provavelmente, decidia pelo não aborto. Mas isso é uma questão de convicção. Não condeno ninguém por... quem assumir a decisão de abortar... não me sinto capaz de lhe apontar o dedo... Acho que há uma justeza nessa situação, apesar de eu..., aceito que outras pessoas o possam fazer. (Ent. PF1)

A opinião mantém-se semelhante no caso da IVG por risco de vida da mãe (tabela 22).

Tabela 22: Opinião dos/as utentes sobre a IVG em caso de risco de vida da mãe

	Utentes (n=12)											Total			
	Saúde Materna (n=7)							Planeamento Familiar (n=5)							
	M			H				Total	M		H		Total		
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7		PF2	PF4	PF5			PF1	PF3
Concorda	✓			✓	✓	✓		4	✓	✓		✓		3	7
Concorda dependendo dos casos		✓					✓	2				✓		1	3
Não concorda			✓					1							1
Indecisa/Não responde										✓				1	1

A percentagem de pessoas que concordam e que concordam com algumas reservas é a mesma que na situação anterior (sete e três, respectivamente):

(silêncio) Uff! Isso aí, já é pôr em causa, digamos, aquela situação, ou é a criança ou a mãe, não é... Isso aí, já é complicado, já é diferente... se a criança ainda for, digamos... com meses ou isso... agora, mesmo... se for... se o médico disser mesmo que é um risco muito grande para a mãe, aí acho que não há comparação, não é... (Ent. SM3).

A entrevistada SM6 não concorda com a IVG em caso de risco de vida da mãe, argumentando que assim “estava a tirar a vida ao filho”. Por seu lado, PF5 preferiu não responder, dada a complexidade da situação: “Aí, também já é mais complicado... Bom, é melhor passar à frente, que eu, essa não sei” (Ent. PF5).

Perante uma situação de violação mantém-se o número de utentes que concorda com a IVG (sete em doze) (tabela 23).

Tabela 23: Opinião dos/as utentes sobre a IVG em caso de violação

	Utentes (n=12)											Total			
	Saúde Materna (n=7)							Planeamento Familiar (n=5)							
	M			H				Total	M		H		Total		
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7		PF2	PF4	PF5			PF1	PF3
Concorda			✓	✓	✓	✓	✓	5		✓	✓			2	7
Concorda dependendo dos casos	✓	✓						2							2
Não concorda									✓			✓	✓	3	3

A posição de concordância relativa perdeu alguns/algumas utentes para a de discordância, que assume o segundo lugar na tabela com três utentes.

Na situação de gravidez indesejada, a posição fica bem marcada, como se pode verificar na tabela 24.

Todos/as os/as entrevistados, à excepção de PF4, discordaram da possibilidade de IVG como forma de evitar uma gravidez indesejada: “De momento que fossem da... com pouco tempo, não é?

Com as semanas que os governos queriam. E acho que sim!” (Ent. PF4). No dizer desta utente está presente o disposto na Lei n.º 16/2007.

Tabela 24: Opinião dos/as utentes sobre a IVG em caso de gravidez não desejada

	Utentes (n=12)											Total			
	Saúde Materna (n=7)							Planeamento Familiar (n=5)					Total		
	M			H				Total	M					H	Total
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7		PF2	PF4	PF5			PF1	
Concorda									✓					1	1
Não concorda	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7	✓		✓	✓	✓	4	11

4.2.3. Vida em família dos/as utentes das Consultas de PF e SM

Sobre as tarefas que costumam realizar em casa, as respostas foram variadas (tabela 25).

Tabela 25: Papéis desempenhados pelos/as utentes homens na vida doméstica

	Utentes (n=12)											Total			
	Saúde Materna (n=7)							Planeamento Familiar (n=5)					Total		
	M			H				Total	M					H	Total
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7		PF2	PF4	PF5			PF1	
Colaboração mútua		✓	✓		✓	✓	✓	5				✓	✓	1	6
A mulher gere e o homem colabora	✓							1	✓		✓	✓	✓	4	5
Faz vários tipos de tarefas		✓	✓		✓	✓		4			✓			1	5
Faz tudo	✓						✓	2	✓			✓		2	4
Faz tudo excepto passar a ferro				✓				1		✓				1	2
Faz tudo excepto cozinhar										✓				1	1

Metade dos/as utentes entrevistados/as (seis em doze) considera que há colaboração mútua no trabalho doméstico; cinco utentes admitem que cabe à mulher a responsabilidade de gerir as actividades que são necessárias e o homem apenas colabora na sua execução; em igual número (cinco) os utentes consideram que desempenham vários tipos de tarefas. Quatro entrevistados/as (dois homens e duas mulheres) referiram que ao homem pode também caber a realização de todas as tarefas domésticas. Dois utentes (um homem e uma mulher) afirmaram que os homens fazem tudo em casa, com a excepção de passar a ferro e a utente PF4 alegou que o marido faz tudo em casa, excepto cozinhar.

Assim se compreende o que dizia Bonino (2003) ao afirmar que, na mesma sociedade, todo o quadro poderia variar em função do sector social, da idade, da classe, da religião, etc.

Passando do papel que os homens assumem no seio da família para o papel que desempenham no planeamento familiar, foi elaborada a tabela 26 com os dados mais relevantes que os/as participantes focaram.

Tabela 26: Papel que o homem desempenha no planeamento familiar

	Utentes (n=12)											Total		
	Saúde Materna (n=7)							Planeamento Familiar (n=5)					Total	
	M			H				M			H			Total
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7	PF2	PF4	PF5	PF1			
Importante						✓		✓	✓		✓		3	4
Falta de motivação			✓	✓			✓						3	3
Falta de informação			✓	✓			✓						3	3
Ajuda no que pode					✓				✓		✓		2	3
Apoio/accompanhamento		✓						✓					1	2
Igual ao da mulher	✓												1	1

Quatro dos/as participantes consideraram importante a participação masculina no planeamento familiar: “Um papel importante, não é? É o pai. É um papel importante” (Ent. SM4). Três dos entrevistados são da opinião que os homens ajudam no que podem, em termos de PF. Esta resposta torna-se pouco precisa quando se pretende retirar ilações a seu respeito:

Foi, foi o... Foi o que se pôde arranjar... O que se pôde fazer. Eu trabalhava, trabalhava de noite, (quando era dia eu tinha que dormir). Eu acho que cheguei a vir uma vez ou duas com ela, não é? Já foi... já foi há muitos anos (Ent. PF3). O meu marido, em princípio, quando pode, eu acho que é uma pessoa que está presente (Ent. PF5).

Além das dificuldades laborais, três dos participantes consideraram que a falta de informação e de motivação são importantes factores condicionantes da (não) participação do homem no planeamento familiar. Duas senhoras falaram do papel do marido como um apoio/accompanhamento: “Dá opinião, acompanha, está a par de tudo e dá a opinião dele.” (Ent. SM5). Apenas SM1 valorizou o papel do homem no PF tanto como o da mulher: “Mmm... Acho que o papel é igual ao da mulher, nos dias de hoje. Pelo menos connosco acho que é igual” (Ent. SM1). As restantes opiniões não apresentam grandes diferenças entre homens e mulheres. Nos mesmos moldes se enquadram as opiniões face ao papel que o homem desempenha durante a gravidez da mulher (tabela 27).

Tabela 27: Papel que o homem desempenha durante a gravidez da mulher

	Utentes (n=12)											Total		
	Saúde Materna (n=7)							Planeamento Familiar (n=5)					Total	
	M			H				M			H			Total
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7	PF2	PF4	PF5	PF1			
Apoio/accompanhamento	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		4	10
Participou nas consultas de SM	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓		3	9
Não participou nas consultas de SM						✓		✓		✓			2	3

O apoio/accompanhamento foi o papel mais valorizado, tanto por homens como por mulheres, no total de dez utentes (cinco homens e cinco mulheres):

Estas decisões foram todas partilhadas e eu incentivei algumas delas (Ent. PF1). Ele diz que me dá o apoio

dele, é evidente que sim. Porque o filho não é só meu, é dele e, para mim, é importante que ele me acompanhe. Claro que uma pessoa sente-se mais segura com ele (Ent. SM1).

Assim, obteve-se um elevado número de respostas por parte dos homens que costumam acompanhar as suas companheiras à consulta de SM e das esposas que são acompanhadas, sendo no entanto de referir, que nem todas estas respostas coincidiram com as anteriores:

[Responde muito prontamente, quase a interromper] Isso foi coisa que eu sempre gostei de... de acompanhar porque acho que... que é uma gravidez, acho que é dos dois, não é só a mulher que está grávida... por isso, acho que é um dever, no fundo, para um pai que não tenha problemas em assistir... a um parto ou ir a uma consulta dum ginecologista, acho que não tem problemas nenhuns em seguir a gravidez, de acompanhar em todos os passos... saber o que é que... se está a passar (Ent. SM3).

Isto quer dizer que, apesar de considerarem uma atitude importante, nem todos os participantes têm acompanhado as suas esposas (três em doze), por razões que se prendem, sobretudo, com a sua situação laboral: “Não pude ir com ela às consultas porque o trabalho não o permitia” (Ent. PF1); “Normalmente, [a consulta] é de manhã, e eu, para não faltar ao trabalho, ela vinha só ou com a mãe, ou com a minha mãe” (Ent. SM4).

Na tabela 28 pode-se analisar a opinião dos/as utentes sobre o papel que o homem deve ter no planeamento familiar.

Tabela 28: Papel que o homem deve ter no PF

	Utentes (n=12)											Total			
	Saúde Materna (n=7)							Total	Planeamento Familiar (n=5)						
	M			H					M		H				
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7		PF2	PF4	PF5		PF1	PF3	
Igual ao que tem tido	✓	✓	✓				✓	4	✓	✓	✓	✓		4	8
Acompanhar mais a esposa				✓				1							1
Ajudar no que pode					✓			1							1
Não responde						✓		1				✓		1	2

A maior parte dos/as utentes revela satisfação pela sua participação no PF, ou pela participação do companheiro, considerando-se assim, que a relação deve manter-se conforme tem sido (oito do total). Verifica-se que esta opinião é consentânea entre as mulheres, uma vez que todas responderam assim. Dois participantes não responderam à questão. Para algumas, parece que nem sequer lhes ocorreu a dúvida alguma vez: “[Estupefacta] “No planeamento? Como assim?” (Ent. SM5). Já os homens, acham que podiam, ou gostariam de acompanhar mais a esposa (um utente), e tomam consciência que não procedem da forma como gostariam, mas como lhes é possível (um utente):

Eu tenho vindo sempre com ela, mas ela é que tem entrado sozinha, não é? Para ser muito sincero, nem

sei se posso entrar com ela, se não posso... "Alguma vez pediu para entrar?" Não. Nunca pedi (...) Ninguém me convidou para entrar (Ent. SM7).

Sobre o papel que o homem pensa que devia ter tido durante a gravidez ou que a esposa considera que teria sido o ideal, vêm os dados expressos na tabela 29.

Tabela 29: Papel que o homem dever ter durante a gravidez

	Utentes (n=12)										Total				
	Saúde Materna (n=7)					Planeamento Familiar (n=5)									
	M			H		Total	M			H		Total			
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3		SM4	SM7	PF2	PF4			PF5	PF1	PF3
Dar o apoio máximo	✓			✓	✓	✓			✓	✓	✓			3	7
Acompanhar a evolução/crescimento do/a filho/a			✓	✓					✓	✓	✓			3	5
Acompanhar a esposa nas consultas de Saúde Materna		✓	✓					✓	✓	✓		✓		4	6
Assistir às ecografias						✓					✓			1	1
Assistir ao parto					✓			✓						1	2
Não responde							✓							1	1

Sem grandes diferenças entre homens e mulheres, verifica-se que a maior parte dos/as utentes (sete em doze) considera que deve existir um apoio máximo do companheiro durante a gravidez, como justifica SM3:

Isso foi coisa que eu sempre gostei de... de acompanhar porque acho que... que é uma gravidez, acho que é dos dois, não é só a mulher que está grávida... por isso, acho que é um dever, no fundo, para um pai que não tenha problemas em assistir... a um parto ou ir a uma consulta dum ginecologista, acho que não tem problemas nenhuns em seguir a gravidez, de acompanhar em todos os passos... saber o que é que... se está a passar (Ent. SM3).

A entrevistada PF5 especifica, com emoção, variados exemplos de atitudes que o marido adotou, na sua tentativa de apoio geral, durante a sua gravidez e com os quais se deliciou:

Por exemplo, se ele viesse comigo às compras, pois então, ele também participava, não é? Mas, fora disso, vinha comigo ao médico! Se fosse preciso deitar creme, deitava... Era assim, uma pessoa, muito... Gostava de, pronto, ouvir a criança... Era assim... Preocupava-se comigo, se estava tudo bem... E também me ajudava um bocadito, porque ele trabalhou sempre e nessa altura, eu também trabalhava... Ele ajudava! (Ent. PF5).

Para SM6 e SM2 este apoio é muito importante para todos os elementos envolvidos (mãe, pai e filho), tal como explica:

Contribui, porque é assim, para já, a mulher está à vontade. Sabe que tem uma pessoa aliada a ela, não é? E acho que o bebé também, porque o que a mãe sente, o bebé também sente, não é? E é o conforto entre os três, também... (Ent. SM2).

Cinco das seis mulheres entrevistadas e um homem atribuíram especial importância à participação do marido na consulta de Saúde Materna, ainda que, por vezes, esta participação tenha sido reduzida, como foi o caso de PF5:

Ele vinha comigo, mas o médico falava e ele ouvia [risos]. Só quando o médico dizia “Venha cá ouvir o seu filho, ou isto ou aquilo...”, então aí, é que ele se punha a pé e vinha, porque senão, sentava-se e ficava sentado (Ent. PF5).

Cinco dos/as participantes consideraram de especial relevo o acompanhamento mais direccionado para a evolução/crescimento do/a filho/a: “Sempre nos acompanhou, tanto a mim como..., se podia acompanhava, tanto a mim como aos filhos...” (Ent. PF4). O desejo de participar no parto foi abordado por dois utentes, um homem e uma mulher. A mulher diz: “Ainda hoje ele diz que a única coisa que lamenta, foi não ter participado... e não ter participado no parto. Como foi parto por cesariana, ele não pôde entrar. Ele sempre quis que fosse [parto] normal para poder ver, ele queria ver” (Ent. PF2). Um utente lamenta o facto de não ter podido assistir à realização das ecografias: “Gostava de ter assistido a algumas ecografias [...] Não deu para conciliar o trabalho com o resto das consultas” (Ent. PF1). Um dos utentes (SM7) não deu a sua opinião sobre esta matéria.

Desta forma e, apesar de todos os desenvolvimentos levados a cabo na matéria, pode concluir-se 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, tal como referem Laranjeira *et al.* (2008). Assim sendo, vamos ao encontro da opinião de Prazeres (2003), quando afirma que, para fomentar a equidade em saúde, não basta apenas esperar dos homens uma maior participação, mas é necessária uma apropriação partilhada de direitos e deveres.

Na tabela 30 apresentam-se os resultados referentes à opinião que os/as utentes têm em relação ao papel que o homem deveria ter durante as consultas de SM.

Cinco utentes defendem que o homem deveria acompanhar a esposa/companheira em todas as fases da gravidez, fazendo jus também aos resultados expostos na tabela anterior, em que se referia a importância do apoio máximo à mulher. Esta resposta teve mais adeptos no grupo dos homens que frequentam a consulta de SM: “Estar ao lado dela, sempre, para o bem e para o mal” (Ent. SM4).

Tabela 30: Papel que o homem deve ter durante as Consultas de SM

	Utentes (n=12)											Total			
	Saúde Materna (n=7)							Planeamento Familiar (n=5)							
	M			H				Total	M		H		Total		
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7		PF2	PF4	PF5			PF1	PF3
Acompanhar em todas as fases da gravidez			✓		✓	✓	✓	4				✓		1	5
Acompanhar, pelo menos, nas ecografias	✓			✓				2	✓					1	3
Não sabe por desconhecer como vão ser as consultas		✓						1							1
Não responde									✓			✓		2	2

Três dos/as participantes valorizam de sobremaneira o acompanhamento da mulher aquando da realização das ecografias: “Gostava de ter assistido a algumas ecografias” (Ent. PF1). Esta é uma das formas que o homem tem de se sentir mais envolvido, uma vez que, através da visualização do feto, torna-se possível vivenciar uma experiência única, em que se visualiza o alvo de todos os cuidados e atenção:

acho que deve ser tão importante para ela, como também, para o homem, sentir o início daquela vida... porque uma pessoa, um homem que não participe numa gravidez, só é pai depois de ele nascer. Eu acho que deve ser pai ainda antes” (Ent. PF1).

Dois utentes não responderam à questão colocada e uma utente (SM5) não tem ainda ideia formada, por inexperiência. Está à espera das primeiras impressões para fundamentar as suas perspectivas de futuro. Estes resultados mostram como são importantes as orientações emanadas pela Direcção-Geral da Saúde (2004c), quando se referem ao período pré-concepcional, onde é utilizada a expressão *casais*: “aumentar-se-á o número de casais que efectua uma consulta médica no período pré-concepcional com o objectivo de preparar a gravidez” (p. 27).

Os/as utentes também foram inquiridos sobre as mudanças do estilo de vida que acompanham a gravidez da mulher (tabela 31).

A resposta que ganha mais representatividade entre os/as participantes (cinco utentes em doze) provém dos/as utentes que consideram que não devem cometer excessos a nível alimentar ou de hábitos de vida diária: “Para mim, a alimentação era essencial. Faço tudo para ter uma alimentação normal; não cometer excessos” (Ent. SM1). Três dos/as utentes apontam para a manutenção dos mesmos hábitos alimentares que praticavam antes da gravidez, destacando-se mais no grupo que frequenta as consultas de SM. Esta perspectiva pode ser encarada sob o ponto de vista optimista, prevendo que anteriormente estes casais já praticavam uma dieta equilibrada. Por outro lado, pode-se

inferir que estes casais/grávidas fazem uma alimentação pouco adequada à sua nova condição: “ Foi sempre a minha maneira de ser, prontos, diziam-me que era saudável eu comer legumes, frutas e... leite... e era a alimentação que tinha. Não alterei nada na alimentação durante a gravidez...” (Ent. PF4).

Tabela 31: Estilo de vida da utente grávida

	Utentes (n=12)											Total			
	Saúde Materna (n=7)							Planeamento Familiar (n=5)					Total		
	M			H				M			H			Total	
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7	Total	PF2	PF4	PF5				PF1
Não comete excessos alimentares	✓						✓	2	✓		✓	✓		3	5
Mantém a mesma dieta anterior à gravidez			✓		✓			2		✓				1	3
Aumenta o consumo fruta/legumes							✓	1	✓					1	2
Diminui o consumo de fritos/gorduras							✓	1				✓		1	2
Aumenta o n.º de refeições		✓						1			✓			1	2
Aumenta a ingestão de água									✓					1	1
Alterna refeições de peixe e carne											✓			1	1
Diminui o apetite por náuseas/vómitos												✓		1	1
Diminui o consumo de sal												✓		1	1
Não consome café							✓	1							1
Não consome álcool									✓						1
Não fuma									✓						1
Diminui os esforços/pesos		✓	✓					2							2
Aumenta o n.º horas de sono							✓	1					✓	1	2
Aumenta o exercício em família							✓	1							1
Aumenta os dias de baixa profissional										✓				1	1
Não sabe/Não responde				✓				1							1

Houve dois/duas utentes que afirmaram ter aumentado o consumo de frutas e legumes; diminuído o consumo de fritos e gorduras; aumentado o número de refeições; e diminuído os esforços do seu dia-a-dia:

Costuma alimentar-se de três em três horas e comendo pouco [...] Ela não comia fruta e agora come fruta [...] Estou mais atento ao que ela come e ao que deixa de comer. Sei o que a médica proibiu, tenho responsabilidades... Sei que ela gostava muito, por exemplo, de batata frita e não pode comer (Ent. SM4).

Existem ainda outras respostas isoladas, de apenas um utente cada, sobre correcções ao estilo de vida praticado antes da gravidez, tais como: alternar refeições de carne e de peixe; eliminar o consumo de café, tabaco e álcool; diminuir o consumo de sal; aumentar a ingestão hídrica; diminuição do apetite devido às náuseas/vómitos; aumentar o exercício em família e aumento do número de dias de baixa profissional. A entrevistada PF2 recomenda correcta e sucintamente:

O normal... bastantes frutas, bastantes verduras; não fumar, não consumir álcool, o normal... o que se deve fazer no dia-a-dia, no fundo... e não se faz. Na gravidez, além de... tínhamos outra pessoa a consumir o que nós consumíamos, aí tínhamos mais cuidado (Ent. PF2).

Na mesma proporção também se verifica a resposta *não sabe/ não responde*, de um utente que não se manifestou sobre o assunto (SM2).

Por ser de importância relevante, o estado nutricional materno deve ser uma preocupação constante ao longo de todas as fases da vida reprodutiva. Contudo, se não tiver sido antes, é de aproveitar a motivação e a receptividade que a mulher, habitualmente, demonstra para adoptar medidas que visam também a saúde do/a seu/sua futuro/a filho/a, e aconselhá-las quanto aos hábitos de vida que deve mudar/manter. Desta forma, pode-se também intervir nos hábitos de vida do marido/companheiro que, vivendo junto dela, terá oportunidade de aliar-se aos seus novos costumes.

Como se pôde constatar através da revisão de literatura, os hábitos de vida de homens e mulheres também tendem a manifestar-se de forma diferente. É socialmente bem aceite que o homem ingira com mais frequência bebidas alcoólicas e que existam mais fumadores homens que mulheres, por exemplo. Relativamente aos hábitos alimentares, as diferenças entre os alimentos ingeridos nas principais refeições de homens e mulheres não diferem muito significativamente (INE, 2008c).

Estes dados referentes aos hábitos alimentares e de consumos de álcool e tabaco tornam-se pertinentes na análise da tabela 31, ajudando a compreender as alterações necessárias aos hábitos que as mulheres tinham antes de engravidar. Desta forma, também se torna importante conhecer estes dados na hora de planear a educação para a saúde a realizar no âmbito das consultas de planeamento familiar, pré-concepcional e de saúde materna. Segundo Bobak *et al.* (1999), durante a gravidez, o acréscimo das necessidades energéticas é determinado pelas alterações do metabolismo basal, relação peso-altura, actividade física e idade da mulher, correspondendo a um aumento diário de cerca de 300 kcal. A dieta da grávida não deve, por isso, ser muito mais abundante, nem ultrapassar os cuidados que se espera que todos os indivíduos respeitem. Deve sim, incluir os vários alimentos representados na roda dos alimentos, nas proporções respectivas e fraccionados ao longo do dia, de forma a tornar-se uma dieta equilibrada.

Atendendo ao conjunto de alterações sentidas no dia-a-dia das mulheres grávidas, considerou-se pertinente investigar também de que forma os seus companheiros sentiam (ou não) repercussões no seu estilo de vida (tabela 32).

A maior preocupação sentida pelos utentes e suas companheiras é a de ajudar mais a mulher nas tarefas domésticas, durante a gravidez (oito dos participantes):

Uma pessoa tenta ter mais atenção... e ajudar um pouco mais, sabendo que... que ela está... debilitada, um pouco. Tento ajudar um pouco mais, isso sim (Ent. SM3). Agora, custa-me mais a aspirar e ele aspira; a pegar em pesos; a vestir a ... (filha), dar-lhe banho... (Ent. SM6).

Tabela 32: Repercussão da gravidez no estilo de vida do marido/companheiro

	Utentes (n=12)											Total			
	Saúde Materna (n=7)							Planeamento Familiar (n=5)							
	M			H				Total	M				H	Total	
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7		PF2	PF4	PF5		PF1		PF3
Aumenta a ajuda à mulher		✓	✓	✓	✓	✓	✓	6				✓	✓	2	8
Faz a dieta da esposa	✓	✓						2	✓	✓	✓	✓	✓	5	7
Mantém a mesma dieta anterior à gravidez da esposa			✓	✓	✓	✓	✓	5							5

Relativamente aos cuidados alimentares, mais de metade dos/as entrevistados/as (sete utentes) afirmou fazerem ambos a mesma dieta, a que está aconselhada para a grávida. Esta resposta foi dada por todos/as os/as utentes da consulta de PF e mais duas utentes da consulta de SM: “Se a mulher tiver de ter uma alimentação diferente, acho muito bem que ele a ajude, que é para a mulher não descarrilar [risos], não é?” (Ent. SM1). Os/as restantes utentes da consulta de SM, na maioria homens, afirmaram manter a mesma dieta que praticavam antes da gravidez da esposa. No total dos/as entrevistados/as, este grupo representa cinco utentes. Por exemplo, um deles afirma: “Eu continuo a comer o que comia. Ela é que já não pode abusar em certas coisas” (Ent. SM7).

Quanto ao estilo de vida ideal para a grávida, várias foram as opiniões, salientando-se a preocupação com a alimentação, como se pode verificar na tabela 33.

Tabela 33: Estilo de vida ideal para a grávida

	Utentes (n=12)											Total			
	Saúde Materna (n=7)							Planeamento Familiar (n=5)							
	M			H				Total	M				Total		
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7		PF2	PF4	PF5			PF1	PF3
Ter uma alimentação saudável	✓					✓	✓	3	✓		✓	✓		3	6
Ter uma gravidez sem stress	✓						✓	2							2
Alimentar-se segundo orientação médica		✓						1	✓					1	2
Alimentar-se segundo a sua consciência					✓			1							1
Ter apoio psicológico do companheiro	✓							1							1
Ter maior ajuda do companheiro						✓		1							1
Não responde			✓	✓				2	✓			✓		2	4

Metade dos/as participantes, em igual número de homens e mulheres, referiu-se à preocupação que a grávida deve ter por respeitar os princípios de uma alimentação saudável, algumas vezes, seguindo os conselhos dos/as profissionais de saúde, como frisaram SM5 e PF2 (duas utentes):

Bebia muita mais água porque ganhava muitas infecções, por exemplo [...] O resto da alimentação, claro, tive que me prevenir mais, não é? Comer mais fruta, mais verdura, mais... evitei bastante comer... muitas vezes apetecia-me comer... mas a minha médica [...] estava-me sempre a dar raspanetes (Ent. PF2).

O stress foi apontado por dois dos utentes (um homem e uma senhora) como um importante factor prejudicial a evitar durante a gravidez: “Acho que devia ser de uma forma calma, pausada, sem stress” (Ent. SM4). Um dos participantes limitou-se a apelar à consciência das senhoras em relação à dieta que praticavam durante a gravidez, como cuidado essencial. Outro focou a importância do apoio psicológico dado pelo marido e a sua ajuda nas tarefas domésticas. Quatro dos/as participantes não responderam directamente à questão.

No sentido de suprir as necessidades das esposas grávidas e se adaptarem ao estilo de vida mais aconselhado, os homens precisam fazer algumas correcções ao seu estilo de vida (tabela 34).

Tabela 34: Estilo de vida ideal para o marido/companheiro da grávida

	Utente										Total				
	Saúde Materna					Planeamento Familiar									
	M			H		Total	M			Total					
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3		SM4	SM7	PF2			PF4	PF5	PF1	PF3
Ajudar a esposa/companheira a fazer uma alimentação saudável	✓	✓							✓					1	3
Ajudar a esposa/companheira nas actividades domésticas					✓				✓			✓		2	3
Fazer a mesma dieta da esposa/companheira		✓										✓		1	2
Viver sem stress							✓								1
Não precisa alterar o estilo de vida								✓							1
Não responde			✓	✓						✓				1	3

Algumas senhoras (três do total de entrevistados/as) sublinharam a importância da ajuda do marido para fazer uma alimentação saudável. Esta ajuda pode ser sob a forma de incentivo ou partilhando a mesma dieta com ela, como defendem dois dos entrevistados/as: “Se tiver um ombro ao nosso lado, que nos ajude, que nos empurre, que nos incentive, é importantíssimo” (Ent. SM1). Outra das ajudas, que foi considerada no mesmo patamar de importância, foram as tarefas domésticas. Desta vez, sem grandes diferenças entre as opiniões de homens e mulheres:

Uma pessoa tenta ter mais atenção... e ajudar um pouco mais, sabendo que... que ela está... debilitada, um pouco. Tento ajudar um pouco mais, isso sim (Ent. SM3). Em lugar de me pôr a pé às 2 da tarde, punha-me a pé às 11 e meia ou assim, para fazer o comer... [pausa] (Ent. PF3).

Um utente defende apenas a vivência desta fase sem stress e SM7 foca a atenção nas mulheres, sem considerar alterações importantes a operar no estilo de vida dos homens.

Sobre a opção pelo aleitamento materno, as opiniões vão no sentido de justificar a sua importância (tabela 35).

Tabela 35: Opinião dos/as utentes sobre o aleitamento materno

	Utentes (n=12)											Total			
	Saúde Materna (n=7)							Planeamento Familiar (n=5)					Total		
	M			H				M			H			Total	
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7	PF2	PF4	PF5	PF1				PF3
É o que alimenta melhor		✓			✓	✓	✓	4	✓	✓	✓		✓	4	8
É mais saudável	✓	✓	✓	✓				4		✓			✓	2	6
Dá mais defesas à criança			✓					1	✓					1	2
É mais prático			✓					1			✓			1	2
Ajuda a recuperar a forma do peito		✓						1							1
Ajuda o bebé a crescer			✓					1							1
Reduz as cólicas e obstipação										✓				1	1
Bebés amamentados são mais calmos										✓				1	1
Não alimenta o suficiente				✓				1							1
Não responde											✓			1	1

À excepção de SM2, que tem a concepção de que o leite materno não alimenta bem o bebé e de PF1, que não manifestou a sua opinião sobre este assunto, todos/as os/as outros/as entrevistados/as defendem a importância do aleitamento materno, sob diferentes perspectivas. Por exemplo, um dos homens afirma: “Só se viu o crescimento do menino após dar o suplemento do outro leite...” (Ent. SM2). Oito dos/as participantes argumentam que o leite materno é o que alimenta melhor. Uma das mulheres explicou: “Por mais que o outro, da farmácia... os outros leites sejam bons, só o leite da mãe satisfaz a criança; é a melhor coisa que se pode fazer!” (Ent. SM3). Metade dos/as entrevistados/as sabe que é o mais saudável, mas não sabe porquê, como SM1, por exemplo: “Eu acho isso muito bem... Quem o puder fazer, eu acho que é mais saudável. Segundo o que eu ouço, ... eu não sei, que eu nunca... nunca... nunca o fiz, mas acho que sim” (Ent. SM1).

O desenvolvimento imunitário do bebé e a comodidade de preparação, armazenamento e transporte também foram referidos por duas senhoras cada um: “Dá mais defesas para a criança, ajuda a crescer, é mais prático, está sempre à temperatura ideal, não é preciso preparar biberões, essas coisas todas” (Ent. SM6).

Foram citadas outras vantagens pelos/as utentes entrevistados/as (uma por entrevistado/a), tais como, a ajuda na recuperação da forma física da mãe, redução de transtornos intestinais e efeito tranquilizante do leite materno no/a recém-nascido/a.

De uma forma geral, pode-se perceber que as mulheres têm mais facilidade em citar vantagens do aleitamento materno, como se pode ver com uma observação atenta do número de referên-

cias feitas pelas mulheres em comparação com as dos homens, o que vem ao encontro da opinião de Alden (2008), que afirma que se verifica, frequentemente, que as mulheres escolhem o aleitamento materno em virtude dos benefícios que lhe reconhecem a favor da criança, tal como se constata através dos resultados. A preocupação das mulheres incide, essencialmente, nas vantagens que traz para o bebé, como se pode inferir através do número de vantagens citadas para um e para outro e pelo número de vezes que umas e outras foram referidas. Desta forma, verifica-se a enumeração pelos/as entrevistados/as, de quase todas as vantagens apontadas por Alden (2008).

No sentido de identificar a opinião dos/as utentes sobre a influência que o homem tem, ou não, na decisão da mulher amamentar (ou não) os/as filhos/as, os/as participantes foram questionados/as e os resultados das suas respostas estão apresentados na tabela 36.

Tabela 36: Influência do homem na decisão da mulher amamenta

	Utentes (n=12)											Total			
	Saúde Materna (n=7)							Planeamento Familiar (n=5)					Total		
	M			H				Total	M					H	Total
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7		PF2	PF4	PF5			PF1	
A decisão é só da mãe		✓		✓						✓		✓		2	4
A opinião dele é importante			✓					✓				✓		2	3
A mulher sente complexos com o peito enquanto amamenta	✓						✓		✓					1	3
A influência do homem depende da mulher								✓		✓				2	2
O homem influencia mas não devia					✓		✓							2	2
A mulher tem medo de ficar diferente durante a amamentação									✓					1	1
Falta de informação dos homens	✓													1	1
Ambos discutem o assunto						✓								1	1
O homem tem ciúme quando a mulher amamenta em público							✓							1	1
Não responde											✓			1	1

Um terço dos/as participantes (oito em doze) considera que a decisão de amamentar (ou não) o/a filho/a diz respeito apenas à mulher: “Acho que nem se fala disso... [...] A decisão é só da mãe [...] É muito importante o pai estar sempre do lado da mãe depois de... de o bebé nascer, que é para apoiá-la” (Ent. SM2). Esta posição pode demonstrar insegurança ou falta de conhecimentos para poder decidir em consciência. Assim sendo, é essencial o trabalho dos/as enfermeiros/as (e de outros/as profissionais de saúde), que têm a responsabilidade de educar para os hábitos de vida saudáveis, de preferência a começar durante a gravidez. Esta atitude visa a “promoção de sentimentos de competência e de confiança na mãe que amamenta e o reforço da contribuição única que ela [mãe] está a fazer para a saúde e o bem-estar do seu bebé” (Alden, 2008, p. 651). Assim, afirma

também esta autora que a falta de informação dos pais sobre os benefícios da amamentação e os eventuais inconvenientes da alimentação com fórmulas lácteas está, muitas vezes, na origem da opção por este tipo de alimentação.

Três utentes, por seu lado, concordam que o homem tenha uma palavra a dizer sobre o assunto, embora a palavra derradeira pertença à mulher: “Ele pode dar opinião, mas eu quero e faço [...] a decisão é delas [das mulheres]” (Ent. SM5). Três outros/as participantes consideraram que a mulher se sente constrangida por dar de mamar em público; enquanto um homem admite a probabilidade de o marido/companheiro sentir ciúme por a mulher o fazer: “Até é capaz de haver um homem ou outro que tenha um bocado de ciúmes. Sei lá, a minha esposa estar a esticar o peito para fora” (Ent. SM7). A este propósito, Alden (2008) refere que para muitas mulheres, a alimentação com biberão é considerada “mais conveniente ou menos embaraçosa que a amamentação” (p. 650), fazendo-se sentir as barreiras sociais e o pudor como obstáculos, assim como a influência negativa de familiares e amigos/as. Por outro lado, esta pode ser uma forma de garantir a colaboração do pai ou de outros membros da família, principalmente, quando a mãe considera que a amamentação se torna incompatível com uma vida social activa, ou com o seu regresso ao emprego. Segundo esta investigadora, existem ainda algumas mulheres que não têm confiança suficiente na sua capacidade para produzir leite com a quantidade e qualidade adequada à satisfação das necessidades do/a bebé, ou que têm antecedentes de experiências mal sucedidas.

Existe também a opinião de quem considere que o homem só interfere na medida em que a mulher lho permitir, como defendem PF2 e PF5: “Eu penso que depende das mulheres [...] Eu penso que, se ele me pedisse para eu não dar [amamentar], eu dava na mesma” (Ent. PF5). Verificou-se também a opinião de dois homens que, embora admitindo a influência dos homens nesta decisão, se manifestam em oposição: “Se a mãe tem leite para amamentar a criança, o pai não tem porque estar a negar o leite ao filho... acho que não tem motivo” (Ent. SM3).

Também surgiram outras ideias isoladas, por parte de quem considera que algumas mulheres têm medo de ficar diferentes durante a amamentação; que os homens não têm conhecimentos suficientes para tomar decisões a este nível; e que ambos os elementos do casal discutem o assunto em conjunto. Apenas um utente não se pronunciou sobre a matéria.

Na tabela 37 aborda-se o papel que os/as utentes consideram que o homem tem durante a gravidez, puerpério e nos primeiros anos de vida do/a bebé.

Tabela 37: Papel do homem durante a gravidez, o puerpério e os primeiros anos de vida do/a bebé

	Utentes (n=12)											Total			
	Saúde Materna (n=7)							Planeamento Familiar (n=5)					Total		
	M			H				Total	M		H			Total	
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7		PF2	PF4	PF5				PF1
Dá apoio à esposa	✓	✓	✓	✓			✓					✓		1	6
Ajuda em tudo o que for preciso						✓		✓	✓		✓			3	4
Levanta-se de noite, quando o/a bebé chora			✓									✓		1	3
Pega no/a bebé ao colo					✓							✓		1	2
Vem à consulta de saúde infantil							✓							1	1
Dar banho												✓		1	1
Não responde								✓						1	1

Metade dos/as entrevistados neste estudo, em igual número de homens e mulheres, afirmaram que o marido dá apoio à esposa, como por exemplo PF4, que afirmou ter cuidado dos/as filhos/as em turnos alternados com a esposa, segundo o horário de trabalho. Embora não tomem a iniciativa, estes homens dizem que é importante colaborar nas tarefas domésticas e no cuidado do/a bebé. Uma entrevistada explica: “Colaboram muito mais. Já não têm aquela coisa de estar a apanhar a roupa e estar alguém a ver. Ajudam mais” (Ent. SM5). Com menos peso surge a resposta de quem ajuda (ou se sente ajudada) em tudo o que for preciso. O entrevistado PF1 justifica a importância da envolvimento do pai neste ciclo de vida da família:

Se o homem não participar de igual modo, se não tiver o mesmo empenho que a mulher, perde... Ele já perdeu 9 meses de vida da criança... em grande parte, porque... é da mãe, e só externamente, é que o pai tem acesso. Portanto, se nos primeiros meses, ele não interage com a criança, está a perder ainda mais... Quem deu o primeiro banho fui eu... quem lhe dava banho, em casa, a maior parte das vezes, era eu [...] levantei-me muitas vezes [de noite...] (Ent. PF1).

Três dos/as utentes demonstram disponibilidade para participar no cuidado dos/as filhos/as mesmo durante a noite, como foi o caso de PF3, que dizia que de noite, “era à vez”. Também há dois homens que limitam a sua participação ao facto de pegar o/a bebé ao colo, o que não parece ser uma ajuda muito significativa, mas pelo facto de manter a criança entretida e vigiada, permitia à mãe maior disponibilidade para outras tarefas:

Digamos... 70% é sempre para ela... e 30% deixa ao meu encargo... o ajudar com a criança, o pegar ao colo... nunca fui muito de mudar fralda a criança, sou sincero [...] se ela estiver perto ou isso, deixo para ela, tanto mudar a fralda... deixo isso, deixo isso para ela (Ent. SM3).

A título de exemplo, apenas um utente refere acompanhar o filho na consulta de saúde infantil (SM7), assim como dar-lhe banho (PF3): “Costumávamos vir sempre os dois [às consultas de saúde infantil]” (Ent. SM7). A entrevistada PF2 não deu uma resposta concreta à questão.

Segundo a bibliografia consultada, no mundo ocidental moderno, o homem ainda ocupa um papel mínimo na vivência da gravidez e da parentalidade, actuando na maioria das vezes, como mero espectador do nascimento do/a filho/a, embora actualmente, comecem a surgir novos ideais de paternidade, tal como neste estudo, 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 seus filhos, com benefícios para as mães, para os/as filhos/as e para os próprios pais. Segundo Galastro & Fonseca (2007), nesta nova visão da paternidade “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. Ainda assim, na opinião de Bonino (2004), e apesar de tudo, a maioria dos novos pais não são ainda igualitários, mas apenas, participantes-ajudantes. Para este investigador, são pais que, ainda assim, despendem três vezes menos tempo que as suas companheiras, a tratar dos/as filhos/as e fazem-no com a intenção de ajudar e não por sentirem que é da sua responsabilidade.

Passando da realidade ao que os/as utentes consideram como desejável, apresenta-se na tabela 38 a opinião dos/as utentes sobre o papel que o homem deveria ter durante a gravidez, o puerpério e os primeiros anos de vida do/a bebé.

Tabela 38: Papel que o homem devia ter durante a gravidez, o puerpério e os primeiros anos de vida do/a bebé

	Utentes (n=12)										Total				
	Saúde Materna (n=7)							Planeamento Familiar (n=5)							
	M			H				Total	M			H	Total		
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7		PF2	PF4		PF5		PF1	PF3
Partilhar as tarefas	✓	✓			✓					✓				1	4
Não mudava o que faz							✓					✓		1	2
Apoia-la/Motivá-la				✓			✓							2	2
Não responde									✓	✓			✓	3	3

Três dos/aas participantes opinam que o homem deveria partilhar com a mulher as tarefas domésticas e o cuidado com o/a recém-nascido/a, verificando-se consonância com o que disseram fazer na tabela 37:

Acho que [os homens] têm que passar pelos bons e pelos maus momentos como a mulher, porque afinal, o filho é dos dois (...) acho que devem assumir os dois por igual (Ent. SM1). Estar do lado dela e dele [do bebé]. Ajudar em tudo... o que for preciso (Ent. SM4).

Dois homens mostram-se satisfeitos com a sua participação na vida familiar, admitindo que não

mudariam a sua intervenção:

Eu sempre estive ao lado do meu filho e da minha esposa (Ent. SM7). Eu sou levado a pensar que a minha forma de actuar está correcta... Se todos fizessem como eu, as pessoas podiam ser muito mais felizes. Claro que há quem faça muito mais, mas também sei que há quem faça muito menos (Ent. PF1).

Os homens SM2 e SM4 defendem que o homem tem um papel fundamental no apoio/ motivação da mulher: “[Comportamento] sempre de motivação, de alegria... Acho que é... que é importante” (Ent. SM2). Três utentes entrevistados/as não deixaram elementos de resposta a esta questão.

De qualquer forma, convém lembrar que, embora não se esteja apenas a restringir o cuidado do/a bebé aos primeiros meses, já se viu o significado que representam as relações que se desenvolvem nesta fase. Então, poder-se-á presumir que o facto de, em Portugal, a Lei de Protecção da Maternidade e da Paternidade visar preferencialmente a mãe, terá uma conexão com a afinidade que se cria (ou não) entre o pai e o/a bebé (Decreto-Lei n.º 70/2000, de 4 de Maio, art.10, n.º6, art. n.º 35). Também se poderá relacionar com este facto o aumento do número de dias de licença parental para o pai na nova Lei n.º 7/2009.

4.2.4. Equidade de género nas atitudes, valores e práticas dos/as utentes e enfermeiros/as nas consultas de PF e SM

Neste subcapítulo considerou-se relevante começar por questionar os/as utentes sobre as suas preferências em relação ao sexo dos/as enfermeiros/as que os/as atendem nas consultas de PF e SM (tabela 39).

Tabela 39: Preferência dos/as utentes pelo sexo dos/as enfermeiros/as nas consultas de PF e SM

	Utentes (N=12)										Total			
	Saúde Materna (n=7)							Planeamento Familiar (n=5)						
	M			H				Total	M			H	Total	
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7		PF2	PF4	PF5	PF1	PF3	
É indiferente o sexo do/a enfermeiro/a	✓	✓		✓	✓	✓		5	✓	✓		✓	✓	4
Prefere enfermeira			✓				✓	2	✓					1
														3

Nove dos/as participantes referiram ser indiferente o sexo do/a enfermeiro/a que o/a atende nas consultas de PF e de SM: “É igual. Eu acho que aí, uma pessoa não tem complexos. Acho eu. [risos] Não deve ter ou não deve sequer pensar nisso. Acho que deve estar normal” (Ent. SM1). Por outro lado, três utentes são a favor das consultas de enfermagem em SSR serem levadas a cabo por enfermeiras:

Para mim, tanto me vale, mas eu acho que uma enfermeira, na minha opinião, é mais... acho que tem mais... mais calma, para falar assim, para a minha esposa, não é, para as mães [...] Nunca teve essa experiência [de ser atendida por um enfermeiro], mas eu acho que ela está mais à vontade com uma enfermeira a falar, por ser mulher, por ser mulher" (Ent. SM7).

Seguidamente, os/as utentes foram questionados/as sobre a participação de homens e mulheres na consulta de PF (tabela 40). Muitos dos/as participantes consideram que é importante que o casal participe sempre em conjunto nas consultas de PF (cinco utentes em doze) ou, pelo menos, que o homem deve participar sempre que tenha disponibilidade (três utentes).

Tabela 40: Participação do homem e da mulher nas consultas de PF

	Utentes (N=12)										Total								
	Saúde Materna (n=7)					Planeamento Familiar (n=5)													
	M			H		Total	M			H		Total							
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3		SM4	SM7	PF2	PF4			PF5	PF1	PF3				
O homem deve participar sempre que tenha disponibilidade						✓	✓					✓	✓	✓				3	5
É importante participarem sempre os dois	✓			✓											✓			1	3
Não sente necessidade de participar/que o marido participe na consulta de PF		✓	✓		✓														3
De vez em quando o homem deve participar																✓		1	1

O número de respostas de homens e mulheres, é o mesmo, e ilustra-se nos extractos seguintes:

Acho que o homem também deve participar... no planeamento... (...) não pode ser só o que faz, também tem que ser o que decide (...) E a relação sexual é muito mais do que propriamente o sexo (...) (Ent. PF1). Se pudesse ser, era bom. Só que, infelizmente, os salários não dão mesmo para isso. Mas, até ele próprio gostaria muito de vir. Ainda hoje, veio, só que ele não entrou. Não podem entrar, acho eu (Ent. PF2).

O entrevistado SM7 afirma, inicialmente, que não tem opinião formada sobre o assunto; ainda assim, acaba por referir que era importante que o casal tivesse oportunidade de ir, em conjunto, à consulta de PF:

Não sei se ela gostava que eu fosse com ela, ou se a enfermeira gostava também... Não sei... Só falando... Não sei. Não faço a mínima ideia [...] [se o homem fosse às consultas] aprendia mais coisas e via como é que eles faziam (Ent. SM7).

Um dos entrevistados defende que o homem deve participar de vez em quando na consulta de PF. No entanto, o entrevistado SM3 afirmou não sentir necessidade de participar na consulta de PF, assim como as entrevistadas SM5 e SM6 não consideram importante a participação dos maridos na mesma:

Eu, na minha situação, sinceramente, acho que não vejo, digamos, motivo para vir assim a uma consulta dessas, porque eu vejo que na minha situação está tudo bem, pelo menos, aparentemente (Ent. SM3).

Os/as utentes foram questionados/as acerca da sua opinião sobre o papel atribuído pelos/as enfermeiros/as ao homem e à mulher nas consultas de PF e SM (tabela 41). Mais de metade dos/as entrevistados/as (seis mulheres e um homem) consideram que os/as enfermeiros/as concedem a mesma atenção ao homem e à mulher nas consultas. Provavelmente, estas mulheres partilharam desta opinião, porque elas estão sempre presentes neste tipo de consulta e sentem-se o centro da atenção principal.

Tabela 41: Papel atribuído pelos/as enfermeiros/as ao homem e à mulher nas consultas de PF e SM

	Utentes (n=12)											Total				
	Saúde Materna (n=7)							Planeamento Familiar (n=5)					Total			
	M			H				Total	M		H			Total		
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7		PF2	PF4	PF5				PF1	PF3
Dão a mesma atenção aos dois	✓	✓	✓						✓	✓	✓		✓		4	7
Dão mais importância à mulher				✓	✓		✓						✓		1	4
Têm uma prática correcta				✓	✓		✓									3
O homem não está presente													✓		1	1
Sem opinião formada							✓								1	1

Quatro dos homens entrevistados acham que os/as enfermeiros/as dão mais importância à mulher, no entanto, três dos participantes concordam que esta é a atitude correcta:

Dão mais importância à mulher... Nós é... quase um acompanhante, mas pronto... Fazem algumas perguntas, mas poucas, pouquíssimas. É mais à mãe, à mulher... É só para a mulher estar... estar à vontade. Estar uma pessoa ao lado, que é o pai do filho dela [...] Está correcto, porque o que é importante é o que está dentro da barriga... (Ent. SM2).

O entrevistado PF1 opina que os/as enfermeiros/as não podem dar atenção aos homens, uma vez que eles não participam na consulta: “Claro, se eles não estão lá, os enfermeiros não lhes podem dar atenção... Isso é lógico!!!” (Ent. PF1). O entrevistado SM4 não tem, assumidamente, opinião formada acerca do assunto.

Uma questão que se insurge perante estas afirmações é a aplicação equitativa de cuidados de saúde por parte dos/as enfermeiros/as, quando se verifica incongruência entre os objectivos preconizados face aos/às destinatários/as destas consultas e os modelos de registo existentes (aplicativo informático SAPE, o Boletim de Saúde da Grávida e o Boletim de PF/Saúde Reprodutiva), uma vez que os objectivos são traçados do ponto de vista do casal e nos impressos existentes da Imprensa Nacional da Casa da Moeda, não tem espaço destinado ao registo das intervenções previstas, contemplando apenas os registos relativos à saúde da mulher. Estes resultados mostram que nestas

consultas não tem havido espaço para os aspectos relacionais de género defendidos por Prazeres (2002; 2003) e Gómez (2001).

Por último, os/as utentes foram incentivados/as a expressarem a sua opinião sobre as estratégias que consideram que deviam existir no Centro de Saúde para promover a equidade de género na promoção da SSR (tabela 42).

Tabela 42: Estratégias que os/as utentes consideram que devem existir no Centro de Saúde para promover a equidade de género na promoção da SSR

	Utentes (n=12)											Total			
	Saúde Materna (n=7)							Planeamento Familiar (n=5)					Total		
	M			H				M			H			Total	
	SM1	SM5	SM6	SM2	SM3	SM4	SM7	PF2	PF4	PF5	PF1				PF3
Mais divulgação sobre o papel do homem no PF	✓	✓		✓		✓			✓	✓	✓	✓	4	4	8
Intervenção mais pró-activa do CS								✓	✓		✓	✓		4	4
Flexibilidade de horário					✓	✓		✓					1	2	3
Cumprimento de horários	✓						✓						2	2	2
Legislação que proteja os homens para acompanhar as mulheres								✓					1	1	1
Confiança nos/as profissionais de saúde					✓								1	1	1
Garantir cuidados de enfermagem especializados			✓										1	1	1
Possibilidade de escolher o/a médico/a para consulta de PF								✓					1	1	1
Existir consulta de medicina familiar com carácter preventivo/promotor da SSR											✓		1	1	1
Existência de ecógrafos						✓							1	1	1
Maior celeridade no atendimento				✓									1	1	1
Não refere	✓												1	1	1

Uma grande parte dos entrevistados/as (oito em doze) considera de grande importância o desenvolvimento de mais fontes de informação sobre o papel do homem no PF e quatro utentes referem o envolvimento do Centro de Saúde, numa intervenção mais pró-activa:

A divulgação... acho eu que é importante [...] Cativar as pessoas a entrar nesse planeamento, é importante [...] Afixar! Afixar e lá está... também é importante porque a maior publicidade é... chama-se aqui, “boca a boca” (Ent. SM2). Há pessoas que não [estão informadas] e mesmo eu acho que não sei totalmente os direitos, ninguém está totalmente informado (Ent. SM5).

Esta sugestão vem ao encontro das medidas propostas pelo ICN para a promoção da saúde no masculino, das quais se salientam: “criar grupos de consciencialização dos homens acerca da sua saúde; [...] organizar campanhas que fomentem o contacto dos homens com os serviços de saúde” (s. d. a, s. p.)

O entrevistado PF1 advoga uma solução aproximada da anterior, que passa pelos próprios recursos do Centro de Saúde:

Incentivando... as consultas com os dois progenitores, as consultas para o casal... não só na vertente do médico, mas em todas as outras valências, e promover mesmo as consultas de despiste para o casal, não só quando as pessoas vêm procurar, mas o Centro de Saúde propor aos casais a sua participação (Ent. PF1).

A flexibilidade de horário foi outra das sugestões apontadas para melhoria do atendimento no Centro de Saúde: “Ao fim da tarde era capaz de haver mais casais a virem juntos” (Ent. SM4); “Devia haver outros horários, sem ser estes... sei lá... hora de almoço...” (Ent. PF2). Outro dos aspectos valorizados pelos/as utentes foi o cumprimento de horários: “Atrasa sempre um bocadinho, não é. Em termos de horário, acho que havia de cumprir mais com o horário, não é” (Ent. SM7).

Foram ainda apontadas outras sugestões isoladas, como a criação de legislação que proteja os homens, no sentido de poderem acompanhar as companheiras às consultas/ecografias; motivos para ter confiança nos/as profissionais de saúde; garantia de cuidados de enfermagem especializados na consulta de SM e puerpério; possibilidade de escolha do/a médico/a para a realização da consulta de PF; existência de consulta de medicina familiar de carácter preventivo/promotor da SSR; existência de ecógrafos na consulta e maior celeridade no atendimento.

Estas sugestões vão de encontro ao que Prazeres (2003) refere acerca dos homens. Este autor afirma que os homens gostariam de se aproximar de serviços de saúde se estes 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).

A entrevistada SM1 não aponta sugestões de mudança centradas no Centro de Saúde ou nos profissionais, mas responsabiliza mais os/as utentes pela procura de informação de importância relevante para a manutenção/obtenção do bem-estar: “Eu acho que se nós procurarmos saber, estamos mais bem informados; se não procurarmos, também não nos vão levar a informação a casa [risos], não é? Acho que nós é que temos de fazer por isso, tentar colaborar” (Ent. SM1). Esta postura enquadra-se, assim, no paradigma de educação para a saúde democrático, defendido por Jensen (1995), onde a educação para a saúde deve visar o envolvimento activo dos indivíduos na construção do seu próprio conhecimento e da sua competência de acção.

Tendo sido analisados os resultados obtidos das entrevistas aos/às utentes das consultas de PF e SM, no próximo subcapítulo, analisar-se-ão os dados referentes às respostas dadas pelos/as enfermeiros/as e realizar-se-á, sempre que possível, o paralelo com as respostas dos/as utentes.

4.3. Conhecimentos, atitudes e valores dos/as Enfermeiros/as sobre a equidade de género na promoção da SSR

4.3.1. Sensibilidade às questões de género da formação em SSR e prática profissional dos/as enfermeiros/as

Todos/as os/as enfermeiros/as que fizeram parte da amostra seleccionada para este estudo, referiram ter abordado temas relacionados com a SSR ao longo do seu curso de Enfermagem (tabela 43).

Tabela 43: 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, nem a SSR mereceu especial atenção por parte de alguns/algumas 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. A enfermeira E3 não referiu este tema, provavelmente, por não ter sido o que considerou mais importante, ou porque a abordagem efectuada não o tenha feito sobressair. É de notar que E3 é a única enfermeira da amostra que detém o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Saúde Materna e Obstétrica, que lhe confere a categoria profissional de Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (vulgarmente denominada por Enfermeira parteira).

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 infecções sexualmente transmissíveis e outras doenças, ocuparam o segundo lugar dos temas mais falados no âmbito da SSR, nos planos de estudos dos cursos de enfermagem dos/as entrevistados/as. Metade da amostra referiu ter abordado este assunto nesse contexto:

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 isto ou aquilo (Ent. E6).

A abordagem psicológica da sexualidade ao longo do ciclo de vida, os procedimentos na consul-

ta 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:

Durante o curso, o que foi abordado foi a parte da anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor masculino e feminino, foi abordada a consulta de PF em si e de SM, procedimentos a ter, tudo o que está envolvido na consulta e tudo o que é inerente à consulta... métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis... (Ent. E2).

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 revelam-se também, como foi focado na revisão literária, 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 (tabela 44).

Apesar da maior parte dos/as participantes ter considerado que o papel do homem foi menos-prezado 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).

Tabela 44: Temas de SSR abordados com maior ênfase durante o curso de Bacharelato/Licenciatura em Enfermagem

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Na promoção da SSR da mulher							
Anatomia e Fisiologia do sistema reprodutor	✓			✓			2
Planeamento familiar	✓			✓			2
Sexualidade				✓			1
Saúde materna	✓						1
Na promoção da SSR do homem							
Anatomia e Fisiologia do sistema reprodutor	✓			✓			2
Planeamento do nascimento dos filhos	✓						1
Prevenção de IST's	✓						1
Abordagem teórica sobre a inclusão do homem				✓			1
Não se lembra/Falou pouco da SSR do homem			✓		✓		2
Não se falou da SSR do homem		✓				✓	2

A enfermeira E3 apenas 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 con-

sulta foi dada como muito vocacionada para a mulher. Em relação ao homem, foi dada 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 dos/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 enfermagem de SM e de PF (tabela 45).

Tabela 45: Realização de consultas de enfermagem em SM e PF durante o seu percurso profissional

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Actualmente realiza este tipo de consultas	✓	✓	✓				3
Já realizou este tipo de consultas mas, neste momento, não realiza				✓		✓	2
Nunca realizou consultas de enfermagem de PF e SM					✓		1

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/as outros/as enfermeiros/as só desenvolvem estas actividades na sua ausência ou impossibilidade e, no caso dos homens, só quando não houver uma enfermeira disponível:

E5: Porque [as utentes] estão a ser seguidas pela enfermeira especialista. Só nas suas ausências e, não havendo mais ninguém...

Entrevistadora: Esse “mais ninguém” quer dizer exactamente o quê?

E5: Geralmente, outra 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).

A tabela 46, apresenta os motivos pelos quais as enfermeiras realizam consultas de SM e PF.

Tabela 46: Motivo pelo qual realiza consultas de enfermagem em SM e PF

	Enfermeiras (n=3)			Total
	M			
	E2	E3	E6	
É uma consulta importante	✓		✓	2
Faz parte da competência do enfermeiro em cuidados de saúde primários	✓			1
É a sua área de actuação especializada		✓		1
Está escalada no plano de actividades			✓	1
Quando surge oportunidade			✓	1

Duas das três enfermeiras que admitiram realizar consultas de enfermagem 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 (tabela 47).

Tabela 47: Motivo pelo qual não realiza consultas de enfermagem em SM e PF

	Enfermeiros (n=3)			Total
	H			
	E1	E4	E5	
Pela (não) aceitação das utentes	✓		✓	2
Por decisão superior na instituição onde exerce	✓	✓		2
É uma actividade da enfermeira especialista			✓	1
Dá preferência às enfermeiras			✓	1

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).

De facto, o que se verificou quando os/as utentes foram questionados/as sobre a preferência do sexo dos/as enfermeiros/as nas consultas de SM e PF (tabela 39), foi que nove dos/as doze participantes afirmaram ser indiferente, o que põe em causa a percepção destes/as enfermeiros/as.

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, nesta casa, que são as mulheres enfermeiras que fazem. Nunca vi nenhum homem a fazer PF neste Centro de Saúde (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 48).

Tabela 48: Opinião dos/as enfermeiros/as sobre a sua preparação para trabalhar na promoção da 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

Como já se referiu, 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 currículos 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 na promoção da 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 mulhe-

res. 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 (tabela 49).

A grande maioria (quatro em seis) considerou que a abordagem que se faz aos homens e às mulheres em termos de promoção da 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).

Tabela 49: Opinião dos/as enfermeiros/as sobre a importância que tem o sexo do utente na condução da consulta

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
A abordagem dos homens e das mulheres deve ser diferente	✓	✓	✓	✓			4
Não sabe/ Não responde					✓	✓	2

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 promoção da SSR, foram questionados/as sobre as diferenças percebidas no atendimento dos/as utentes (homens e mulheres), cujos resultados se podem analisar na tabela 50.

Tabela 50: Diferenças percebidas pelos/as enfermeiros/as no atendimento de homens e mulheres, no âmbito da promoção da SSR

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
As mulheres demonstram mais interesse		✓	✓				2
As mulheres estabelecem uma relação mais próxima	✓			✓			2
Os homens têm preconceitos				✓			1
Os homens recorrem com menor frequência		✓					1
Os homens sentem-se mais à vontade com enfermeiros homens					✓		1
Não responde						✓	1

Através dos resultados obtidos nesta questão, pode-se perceber que 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 consideram 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, paira 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).

O enfermeiro E5 não deu uma resposta clara à questão, limitando-se a responder “Em parte... Em parte...”, quando questionado sobre a existência, ou não, de diferenças entre a abordagem da SSR junto de homens e mulheres, em termos da relação que se estabelece com o/a utente.

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.* (2008), 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.

De seguida, analisam-se as diferenças percepcionadas pelos/as enfermeiros/as na definição dos critérios de diagnóstico de enfermagem, tanto em homens como em mulheres (tabela 51).

Tabela 51: Diferenças percepcionadas pelos/as enfermeiros/as nos critérios de definição de diagnósticos de enfermagem em homens e mulheres

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Os critérios de definição de diagnóstico semelhantes	✓	✓					2
Alguns critérios são semelhantes, outros são direccionados para o casal				✓			1
É mais difícil trabalhar esta matéria com homens			✓				1
Não sabe porque não faz consultas de PF a homens					✓	✓	2

Apesar de os diagnósticos poderem variar, consoante as necessidades de cada indivíduo, os critérios em que se baseiam para os definir são os mesmos: “Os critérios de definição dos diagnósticos de enfermagem, no fundo, são os mesmos. Embora os diagnósticos sejam diferentes, os critérios são

os mesmos” (Ent. E2). O enfermeiro E1 acrescenta à opinião de E2 e E3, o facto de alguns critérios de definição de diagnósticos serem direccionados para o casal: “Alguns critérios são globais para os dois lados, outros são direccionados para o casal em si, não é! Claro que, problemas específicos, direccionados para um homem e problemas direccionados para uma mulher” (Ent. E1).

Para a enfermeira E6, a definição de diagnósticos de enfermagem centrados nas necessidades em SSR dos homens torna-se mais difícil, pela falta de experiência. A falta de experiência levou os enfermeiros E4 e E5 a absterem-se de responder a esta questão, por não terem opinião própria formada e, também, por desconhecerem que os homens procuram este tipo de actividade no Centro de Saúde: “não te posso responder a essa pergunta porque, como eu nunca fiz, não sei” (Ent. E4); “utentes homens... [risos] se calhar... se calhar, nunca aconteceu, não é...” (Ent. E5).

Em relação às diferenças percebidas pelos/as enfermeiros/as, na prescrição de intervenções de enfermagem dirigidas a homens e a mulheres que recorrem, neste âmbito, ao Centro de Saúde, podem-se observar os resultados na tabela 52.

Tabela 52: Diferenças percebidas pelos/as enfermeiros/as na prescrição de intervenções de enfermagem a homens e a mulheres

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Abordagem dos homens deve ser mais “camuflada”				✓			1
Algumas intervenções são semelhantes, outras são diferentes	✓						1
Intervenções são semelhantes		✓					1
Intervenções são diferentes			✓				1
Os homens não participam no PF						✓	1
Não sabe					✓		1

No presente estudo, apenas o enfermeiro E1 defendeu que as intervenções a implementar no âmbito da SSR dos homens devem ser diferentes das mulheres, dado que a abordagem dos assuntos também o é:

Acho que a forma de abordar um homem deve ser diferente da forma como se aborda uma mulher, por isso as intervenções também têm de ser diferentes, mais específicas e direccionadas ao género que a gente tem à frente, à pessoa. (...) Um trabalho mais profundo, diferente, se calhar assim, mais camufladas, não ir directamente ao problema, estar a contornar o problema. (...) As mulheres têm um maior à-vontade para falar dos seus problemas que os homens e, por isso, as mulheres têm mais à-vontade e os homens têm menos à vontade. É por isso que a gente tem de andar a circundar até chegar ao problema. A mulher tem um problema, expõe o seu problema. Não tem problemas a esse nível (Ent. E1).

A enfermeira E2 considerou que algumas intervenções poderão ser semelhantes, enquanto

outras serão diferentes. A enfermeira E3 defendeu que as intervenções de enfermagem são semelhantes para homens e mulheres. Esta questão nunca se colocou ao enfermeiro E4, uma vez que nunca desenvolveu consultas de PF nem SM na sua prática como enfermeiro. O enfermeiro E5 recordou, com base na sua anterior experiência de prestação de cuidados de enfermagem no âmbito da promoção da SSR, que os homens não recorriam a estes cuidados: “Nem os preservativos eram levantados; vinham todos para [a sede do Centro de Saúde]. Eram devolvidos...” (Ent. E5). A enfermeira E6 não tinha dúvidas que as intervenções de enfermagem orientadas para homens e mulheres têm de ser diferentes, na medida em que os diagnósticos também o são: “Exacto. São diferentes, como é lógico. Se não consegues levantar um diagnóstico, também não vais conseguir intervir” (Ent. E6).

Contrariamente a estes dados, Laranjeira *et al.* (2008) mostram de que forma os “efeitos do sexo/género do utente podem traduzir um espectro diferenciador ao nível das estratégias clínicas adoptadas pelos profissionais” (p. 49).

Após a percepção das diferenças apontadas pelos/as enfermeiros/as no atendimento de homens e mulheres, na promoção da SSR, tornou-se necessário analisar a valorização que estes/as dão à presença do casal nas suas consultas de PF (tabela 53).

Tabela 53: Valorização da presença do casal pelos/as enfermeiros/as nas suas consultas de PF

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Incentiva à participação do homem na consulta		✓	✓		✓	✓	4
Valorização do papel do homem		✓			✓		2
Facilita a identificação de problemas				✓			1
Possibilita acordos terapêuticos	✓						1
Fomenta a entajuda entre o casal		✓					1

A maior parte dos/as enfermeiros/as entrevistados/as (quatro em seis), em igual número de homens e mulheres, considerou que incentiva à participação do homem na consulta de PF:

Estando os dois, é sinal que estão os dois preocupados com... eles, com a família... aquilo é um acto familiar e... eu acho que, estando os dois presentes, acho que seria benéfico, tanto para um como para outro... para explicar, para porem as dúvidas que eles tenham, ou algum esclarecimento e... e saber mais um bocado um acerca do outro (Ent. E4). Mas acho que quando estão os dois em comum é diferente, é engraçado porque um dá uma dica e depois o outro dá outra e a gente já consegue apanhar mais. E às vezes até consegue descobrir coisas que, se calhar, se estivesse só com um não acontecia, embora, é como eu te digo, a experiência é pouca. Mesmo as pessoas não estão habituadas, não acham normal ver-se os dois. Embora na saúde materna já haja um grande leque em que vem o casal, em pla-

neamento vêm muito pouco (Ent. E6).

Dois enfermeiros (um homem e uma mulher) admitiram valorizar o papel do homem no PF: “Eles vão... são... são muito importantes, porque são eles próprios que procuram mais informação do que as mulheres” (Ent. E3). O enfermeiro E1 considerou que a presença do homem na consulta de PF facilita a identificação de problemas:

Torna, mais interessante, mais dinâmica. Se estiver o casal é o ideal, como eu disse, o problema de um implica que o outro seja afectado. Não quer dizer que a gente direcione para um determinado membro, mas se os dois estiverem presentes, é muito mais fácil realizar a consulta. Tanto que às vezes, como eu disse, é difícil abordar os problemas dos homens que, com as mulheres presentes, são elas que falam sobre os problemas que os homens têm. Então aí torna-se mais fácil detectar e identificar alguns problemas que existem no seio do casal (Ent. E1).

A enfermeira E2 defendeu que a presença do homem na consulta possibilita o estabelecimento de acordos terapêuticos:

Sim, pode torná-la diferente para melhor, porque com o casal na consulta, conseguiríamos um muito melhor planeamento familiar, ensinamos em conjunto, ... conseguiríamos tentar coordenar a opinião do homem e da mulher, que às vezes é diferente e, vindo em separado, não conseguimos chegar a um consenso (Ent. E2).

A participação do homem pode também, na opinião da enfermeira E3, fomentar a entajuda entre o casal: “Em termos de amamentação, de... cuidados com o bebé, eles são muito mais preocupados em saber e procurar conhecimentos do que as mulheres, e isso torna-se muito bom...” (Ent. E3).

Relativamente às preferências dos/as enfermeiros/as, considerou-se pertinente questionar sobre a influência que o sexo dos/as enfermeiros/as tem na escolha de cursos de pós-licenciatura em enfermagem. No presente estudo, verificou-se que as opiniões se dividiram, como mostra a tabela 54.

Tabela 54: Influência do sexo dos/as enfermeiros/as na escolha de cursos de pós-licenciatura de especialização

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Influi	✓		✓			✓	3
Não influi		✓		✓	✓		3

Dois homens e uma mulher consideraram que o facto do/as enfermeiro/as ser homem ou mulher não influencia a sua escolha de cursos de pós-licenciatura de especialização:

Eu acho que não, acho que cada pessoa tem a sua vocação não é! Acho que não é o sexo que direcciona a pessoa para determinado curso, acho que é a forma de pensar dessa pessoa (Ent. E1). Não. Temos que

começar a abrir mentalidades porque, até agora, eu falo pela minha especialidade, até agora, víamos mulheres sempre parteiras, especialistas em enfermagem obstétrica; a partir de há dois anos para cá, já tenho visto alguns colegas homens com a mesma especialidade, no entanto, acho que as mulheres não sentem... grande diferença... Nós temos que ter oportunidade de abrir... temos esta nova mentalidade... para darmos oportunidade aos homens enfermeiros de trabalharem também esta área (Ent. E3).

Contudo, existem enfermeiros/as que, apesar de pensarem que não devia interferir nesta decisão, consideram que acaba por interferir: “não devia ser importante, no entanto, o que eu verifico é que há uma tendência dos homens seguirem determinadas especialidades e as mulheres, outras” (Ent. E2); “acho que não devia influenciar mas influência” (Ent. E6).

No sentido de concretizar mais esta resposta, foi pedido aos/às enfermeiros/as para se manifestarem acerca da sua percepção sobre a diferenciação do sexo na escolha dos cursos de pós-licenciatura de especialização em enfermagem (tabela 55).

Tabela 55: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a diferenciação por sexo na escolha dos cursos de pós-licenciatura de especialização

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
As enfermeiras preferem a área da Saúde da mulher	✓		✓				2
As enfermeiras preferem a área da Saúde infantil	✓						1
Os enfermeiros preferem a área da Reabilitação	✓					✓	2
Os enfermeiros preferem a área da Saúde mental						✓	1
É indiferente		✓			✓		2
Não sabe/ Não responde				✓			1

Pode-se verificar que os/as enfermeiros/as que tinham respondido anteriormente que o sexo dos/as enfermeiros/as não influi na escolha de cursos de pós-licenciatura, foram coincidentes com os que, nesta questão, referiram ser indiferente ou não respondeu (E1) a esta pergunta. Dos/as que tinham respondido positivamente à questão anterior, nesta defenderam que as mulheres costumam preferir a área da saúde da mulher e da saúde infantil, ao passo que os homens enveredam mais pela área da reabilitação e da saúde mental:

[mmm] é assim... eu acho que, por exemplo, a saúde da mulher, os homens escolhem muito pouco porque as mulheres ainda se sentem inibidas por terem um enfermeiro homem no planeamento familiar ou na saúde materna, devido a todas as técnicas inerentes a essa consulta. (...) Em relação à mulher, se calhar escolhe áreas mais relacionadas com a saúde infantil ou com a saúde materna, por ser uma área com que se identifica mais; e não a reabilitação, que exige mais uma parte física, por exemplo, em que o homem se sente muito mais à-vontade (Ent. E2).

É de opinião geral a inexistência de cursos de pós-licenciatura de especialização em enfermagem mais apropriados para homens ou para mulheres:

Acho que são apropriados para aquilo que a pessoa... para o objectivo da própria especialização. Acho que um curso não deve ser feito para mulheres ou para homens. Deve ser feito para aquele problema ou para aquela área, na qual se debruça esse curso de especialização. Se agora vão mais homens ou mais mulheres, isso é outra coisa! Se calhar, a área interessa a um..., a gente sabe que um homem e uma mulher, pronto, são seres iguais, mas têm maneiras diferentes de pensar e de agir. E se calhar, há cursos que, se calhar, as mulheres sentem-se mais atraídas e há outros cursos que há homens que se sentem mais atraídos...mas isso não quer dizer que se deve cingir a esse nível (Ent. E1).

No entanto, a enfermeira E6 manteve algumas reservas na resposta:

Acho que é preciso um homem ter uma personalidade, saber que é aquilo e ter coragem, no fundo é coragem para enfrentar depois o seu trabalho perante... por exemplo... a especialidade de obstetrícia. Porque a nossa cultura, a cultura dos utentes ainda está um bocadinho... eu apanho muitas pessoas no planeamento que dizem... é um médico se fosse uma médica... isso em relação a médicos (Ent. E6).

Em síntese, verificou-se que existe uma ténue ou inexistente diferença entre as opiniões e percepções dos enfermeiros e das enfermeiras sobre este assunto.

4.3.2 Percepções dos enfermeiros/as sobre os comportamentos, atitudes e valores dos/as utentes em relação ao planeamento familiar

A primeira questão deste subcapítulo focaliza os temas que os/as entrevistado/as s consideram que devem desenvolver na consulta de uma mulher/rapariga que inicia a actividade sexual (tabela 56).

Tabela 56: Temas a desenvolver na consulta de PF com uma rapariga/ mulher que inicia a actividade sexual

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Análise de necessidades em formação				✓	✓	✓	3
Contracepção	✓	✓		✓			3
IST's	✓	✓		✓			3
Disponibilização de recursos de apoio para esclarecimentos		✓				✓	2
Encaminhamento para observação médica		✓					1
Ensino sobre a importância da consulta de vigilância de PF		✓					1
Não responde			✓				1

Todos os enfermeiros homens foram unânimes em considerar que se deve fazer uma análise

prévia das necessidades da utente em formação. Também com 50% de respostas, foram considerados os temas da contracepção e das IST's, como sendo de importância relevante para abordar nesta consulta:

Dependendo da pessoa que se nos apresentar pela frente, verificamos os conhecimentos que já adquiriram ou não, os falsos pressupostos que têm e direccionava de acordo com o conteúdo dessa consulta, claro que haveria uns pontos a abordar... métodos contraceptivos, anatomia, fisiologia... se calhar isso não abordava. Eles dão isso muito na escola, mas os métodos contraceptivos e as doenças sexualmente transmissíveis e alertá-los para esses aspectos no início da sua vida sexual, acho que é fundamental (Ent. E1).

Um enfermeiro e uma enfermeira consideraram importante a disponibilização de recursos de apoio para esclarecimentos. A enfermeira E3 tem uma opinião ainda mais elaborada, que engloba também o encaminhamento da utente para observação médica e o ensino sobre a importância da consulta de vigilância de PF:

Pronto, é assim... quando são essas... quando é uma situação e, normalmente, essas situações são adolescentes ou jovens, mas também poderão não ser, primeiro tento estabelecer... uma relação empática, logo desde o primeiro contacto... Mas, no primeiro contacto, se a... rapariga tenciona iniciar actividade sexual ou já iniciou a actividade sexual, eu tenho que alertá-la, informá-la da utilização dos métodos contraceptivos para prevenir uma possível gravidez, e também tenho que falar de... de... das doenças sexualmente transmissíveis. Tento orientá-la para o melhor método para a idade dela e para a situação dela... Tento também ajustar, com a médica de família, de forma que ela seja observada, que faça um Papanicolaou àquelas que já iniciaram a relação sexual e... alertá-las para que sejam sempre vigiadas e sempre que necessitem de alguma informação, que nós estamos dispostos a... a esclarecer (Ent. E3).

Tendo em conta a lista das acções preconizadas na Plataforma de Acção que resultou da Declaração de Beijing (UN, 1995) e as orientações técnicas emanadas pela Direcção-Geral de Saúde (capítulo II), os temas citados pelos/as entrevistados/as neste estudo acabam por se verificar redutores.

Nesta abordagem, os/as enfermeiros/as foram questionados/as sobre a importância da participação do companheiro (tabela 57).

Tabela 57: Importância da participação do companheiro na primeira consulta de PF

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
A vivência da sexualidade diz respeito ao casal	✓	✓	✓	✓			4
É necessário haver acordo mútuo nos objectivos do casal	✓						1
Faz parte da relação de confiança que o casal estabelece						✓	1
Não sabe/ Não responde					✓		1

Uma grande parte dos/as participantes (quatro em seis enfermeiros) considerou que a vivência da sexualidade diz respeito ao casal, o que justifica que ambos os elementos participem na consulta de PF:

Sempre. Como disse, a vida sexual é a dois e devem estar os dois presentes, o casal (Ent. E1). Claro, só assim é que isto poderá mudar. Se ela começar a trazer o parceiro, a amiga vai trazer o parceiro também, se calhar, daqui a uns anos essa mentalidade irá mudar. Numa relação os dois fazem parte dela (Ent. E6).

A enfermeira E2 vai mais longe quando defendeu que a importância da participação do casal nesta consulta passa pela necessidade de estabelecer um acordo mútuo nos objectivos do casal: “Se vier o casal, conseguimos, como já falei atrás, harmonizar a situação e estabelecer ali algumas metas para os dois, que devem ser estabelecidas em conjunto e não individualmente” (Ent. E2). Este acordo de que falava E2, é considerado pelo enfermeiro E5 como uma parte integrante da relação de confiança que o casal estabelece: “Isso parte da relação de confiança... isso varia muito de caso em caso, mas eu penso que sim, não é... Isso vai do início, da relação de confiança que se consegue com essa utente, com a jovem... ” (Ent. E5). O enfermeiro E4 não respondeu directamente à questão, uma vez que, na sua opinião, é muito raro que aconteça o caso de uma mulher/rapariga vir acompanhada do namorado/companheiro, nas primeiras consultas de PF.

Por outro lado, os/as participantes foram questionados/as sobre a iniciativa de procura de apoio no Centro de Saúde pelo rapaz/homem que inicia a actividade sexual. Nesta resposta, verifica-se que metade dos/as participantes opina que os homens raramente procuram ajuda junto do Centro de Saúde e os restantes afirmam mesmo que eles não procuram este recurso: “É muito raro, quando vêm cá é para pedir métodos contraceptivos, de resto não vêm” (Ent. E1); “Não [resposta muito imediata] (Ent. E4). Normalmente, os homens ou rapazes só recorrem ao Centro de Saúde se incentivados pela companheira. Raramente vêm por iniciativa própria.” (Ent. E2). Pode-se perceber que apenas um entrevistado mantém uma visão optimista face a este aspecto: “[silêncio]... Daquilo que me apercebo... tem aumentado a adesão do sexo masculino às visitas ao Centro de Saúde” (Ent. E4).

A partir destes dados, considerou-se importante explorar os motivos que levam os rapazes/homens a recorrer ao Centro de Saúde (tabela 58).

Manteve-se a ideia de que estas visitas são muito pouco frequentes, dois enfermeiros identificaram como principais motivos impulsionadores a procura de preservativos; uma enfermeira, a insistência da companheira; outra, o medo de uma gravidez da companheira e/ou o esclarecimento de dúvidas em nome de alguém. Dois enfermeiros (uma mulher e um homem) não responderam directamente

te à questão.

Tabela 58: Motivos que impulsionam o rapaz/homem a recorrer ao Centro de Saúde

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Pedir contraceptivos				✓	✓		2
Insistência da companheira	✓						1
Medo que a companheira esteja grávida			✓				1
Dúvidas na 3ª pessoa			✓				1
Não sabe/ Não responde		✓				✓	2

Tornou-se, então, oportuno investigar os motivos prováveis pelos quais os homens/rapazes não recorrem ao Centro de Saúde, no âmbito da procura de cuidados de SSR (tabela 59).

Tabela 59: Motivos prováveis pelos quais o rapaz/ homem não recorre ao Centro de Saúde

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Tabu				✓			1
Não sente necessidade						✓	1
Os/as profissionais não lhe dão muita importância						✓	1
Medo de encontrar pessoas que o conhecem						✓	1
Medo de quebra do sigilo profissional						✓	1
Receio (não especifica)			✓				1
Não sabe/ Não responde	✓	✓				✓	3

Metade dos/as entrevistados/as desconhece os motivos pelos quais os utentes do sexo masculino não recorrem aos cuidados de SSR disponíveis no Centro de Saúde. Um enfermeiro, tal como a IPPF afirmou em 2001, é de opinião que o motivo reside em falsos conceitos criados em torno do tema,:

Acho que... a sociedade ainda é muito machista nesse aspecto e pensam que isso é coisa de mulheres [...] a gente ouviu dizer “é coisa de mulheres”. Os homens geralmente não aparecem cá. Eu acho que têm necessidade, mas têm muitos problemas em falar acerca desses assuntos e por isso calam-se (Ent. E1).

O enfermeiro E5 aponta diferentes razões que poderão estar na base desta realidade, sendo a ausência de sentimento de necessidade (ou a auto-percepção da saúde num nível bom ou muito bom), o facto de sentir que os/as profissionais lhes dão pouca importância e o medo de encontrar pessoas que o conhecem e que possam quebrar o sigilo que lhes é devido. Estes últimos receios referem-se mais aos adolescentes e jovens:

[silêncio] Provavelmente, porque não sentem necessidade ou porque não lhes dão grande importância... A

parte médica... saúde... alteração de comportamentos e, por outro lado, pela mesma razão de elas não virem muito, ou virem quase às escondidas... Encontrarem pessoas, desde familiares, desde o médico que os conhece desde pequenos, e poder falar devidamente... às vezes, com algum familiar... (Ent. E5)

A enfermeira E6 defendeu o sentimento de receio, embora não especifique de quê: “Acho que vêm um bocado receosos, acanhados, acho que no fundo é para saber o que é que deve fazer, acho que as mulheres estão mais informadas ou então têm mais à-vontade para dizer o que se passa, eles são mais evasivos” (Ent. E6). Neste caso, poderá estar na origem deste comportamento o caso de serem os próprios serviços de saúde a fazerem os/as utentes sentir-se incómodos. A IPPF/ The Population Council (2001), também afirma que pode acontecer que os/as profissionais de saúde prefiram que o acompanhante masculino, parceiro sexual, aguarde fora do espaço da consulta e, em alguns casos “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).

Independentemente de os homens virem ou não à consulta de enfermagem de PF, foi pertinente investigar sobre o papel que estes têm (ou teriam) nessa consulta (tabela 60).

Tabela 60: Papel dos companheiros na consulta de PF

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Ambos têm a mesma importância	✓					✓	2
As mulheres ajudam na comunicação verbal				✓			1
Varia muito			✓				1
Não sabe/ Não responde		✓			✓		2

Uma enfermeira e um enfermeiro consideram que ambos os elementos do casal têm a mesma importância em termos do desenvolvimento da consulta: “Tão importante como as raparigas, porque há ensinamentos que são importantíssimos também para eles, para eles se protegerem, para protegerem as companheiras e para terem uma vida sexual saudável” (Ent. E2). O enfermeiro E1 confere um papel à mulher de mediadora, considerando que ela ajuda no desenvolvimento da comunicação verbal, em que o homem tem mais dificuldade: “Às vezes são as mulheres, as próprias esposas, companheiras que referem os problemas que o marido tem ou que o companheiro tem” (Ent. E1). Para E6, a postura e a importância que a participação do homem tem na consulta de enfermagem de PF varia muito de caso para caso: “Já tive casos em que os dois participam, já tive casos que é mais ele e casos que é mais ela” (Ent. E6). Dois enfermeiros (um homem e uma mulher) não responderam à questão.

Tendo em conta que muitos/as utentes não procuram o Centro de Saúde na perspectiva da

promoção da SSR e de evitar gravidezes, procurou-se investigar a percepção dos/as enfermeiros/as relativamente aos/às utentes que recorreram à procura de contraceção de emergência (tabela 61).

Tabela 61: Utentes que recorreram ao Centro de Saúde para pedir COE

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Vieram raparigas sozinhas	✓				✓		2
Vieram raparigas acompanhadas por amigas		✓		✓			2
Vieram raparigas acompanhadas pelo namorado/companheiro		✓					1
Vieram rapazes/homens sozinhos			✓				1
Não conhece utentes que recorreram à “pílula do dia seguinte”						✓	1

Apesar da licitude que a regulamentação lhe confere, verifica-se que a procura de COE ainda é constringedora para os/as utentes. Assim, apenas dois dos entrevistados referem ter mais experiência em casos em que as raparigas recorrem sozinhas, “normalmente, para pedir a pílula do dia seguinte” (Ent. E2). Outros dois enfermeiros afirmaram atender, neste tipo de actividade, raparigas que recorrem acompanhadas por amigas. Em ambos os casos, o parecer dos/as enfermeiros/as foi idêntico para homens e mulheres:

Conheço e geralmente quem aparece aqui são as jovens (...) Acompanhadas, acho que nunca vi uma rapariga sozinha. Vem sempre com uma amiga, duas ou três. Houve, uma vez, uma que veio pra'aí com seis ou sete amigas a apoiarem-se umas às outras (Ent. E1).

A enfermeira E3 também tem tido muitas situações nas quais as raparigas vêm com os/as amigas/as, no entanto, também surgem pontualmente algumas utentes acompanhadas pelo namorado/companheiro: “Vêm acompanhadas, sempre. (...) Algumas situações vêm com os parceiros, mas são mais as situações em que vêm com grupos de amigos” (Ent. E3). Apenas uma enfermeira entrevistada referiu ter atendido rapazes/homens sozinhos: “Já apanhei dois [homens na consulta de PF] e geralmente só jovens. E já apanhei um jovem a perguntar como é que havia de fazer para a companheira [a pedir informações em nome da parceira]; e depois veio cá ela” (Ent. E6). Esta experiência nunca ocorreu a E5. Na sua opinião, não tem a ver com o facto de se encontrar relativamente afastado da consulta de PF, mas foi mesmo circunstancial.

Um dos motivos que pode desviar alguns/mas utentes do Centro de Saúde na hora de procurar COE é o facto de ela se encontrar disponível noutros locais, pelo que se questionaram os/as enfermeiros/as relativamente à sua percepção sobre as razões que poderão conduzir os/as utentes a diferentes locais para este efeito (tabela 62).

Tabela 62: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre as razões que levam os/as utentes a recorrer a diferentes locais à procura do COE

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Centro de Saúde							5
Porque desejam esclarecimentos	✓						1
Por factores económicos	✓						1
Os/as utentes não especificaram o motivo		✓	✓	✓	✓		4
Farmácia							1
Mais fácil acesso		✓					1
Dificuldade em recorrer ao Centro de Saúde da área de residência		✓					1
Não sabe/ Não responde						✓	1

À excepção de E5, que não se manifestou, todos/as os/as outros/as enfermeiros/as consideraram que os/as utentes recorrem ao Centro de Saúde para requerer COE. No entanto, quatro dos/as enfermeiros/as desconhecem as razões pelas quais eles/elas lá vão em vez de ir a outro local:

Não... não especificaram... A primeira opção foi vir ao CS, talvez porque têm conhecimento que nós aqui temos... a chamada pílula do dia seguinte, só que não fazem ideia de como... pensam que é só chegar cá e “quero a pílula do dia seguinte porque tive relações e não estávamos protegidos, ou eu, ou ele, ou nenhum” e só querem mesmo a pílula. Não querem saber... não querem saber de mais nada (Ent. E4).

Os motivos sugeridos pelos/as enfermeiros/as para justificar o recurso ao Centro de Saúde, baseiam-se na procura concomitante de esclarecimentos por parte de profissionais, a quem atribuem competências, e por factores económicos. Os/as utentes que procuram este tipo de apoio são, segundo E2, na sua maioria jovens (estudantes, com escassos recursos), de modo que, ter ao seu dispor este recurso de forma gratuita, como é o caso nas instituições de saúde, torna-se uma grande mais-valia:

Elas vêm cá, primeiro, para se aconselhar, para fazer questões, e já com a ideia da pílula do dia seguinte, mas normalmente questionam... se devem tomar... quais são os efeitos da pílula. Eu penso que muito por isso, eles procuram o Centro de Saúde e, claro, os mais jovens por ser gratuita. Porque dependem, muitas vezes, dos pais e o dinheiro não chega para adquirirem a pílula do dia seguinte (Ent. E2).

A enfermeira E3 apontou, também, outras razões que poderão estar na base da escolha da Farmácia como recurso de eleição e que se fundamentam no acesso mais fácil a este meio e na dificuldade de recurso ao Centro de Saúde da sua área de residência; este motivo poderá também encontrar-se associado ao desconhecimento da possibilidade de recurso ao Centro de Saúde da área onde se encontra deslocada/o:

Eles não especificaram porque é que preferiram vir aqui [...] Conheço uma situação duma rapariga que foi comprar a pílula do dia seguinte à farmácia e tomou-a uma série de dias a seguir à relação sexual desprotegida. O que aconteceu é que a pílula do dia seguinte já não teve qualquer efeito e ela, neste momento, está grávida [...] Eu penso que ela, sendo utente deste CS, e estando a estudar noutra cidade, e não podendo vir aqui, não procurou ajuda no CS onde está porque pensou que não pudesse recorrer. Então, foi à farmácia (Ent. E3).

O processo de tomada da decisão para utilizar a COE, também mereceu atenção (tabela 63).

Tabela 63: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre o processo de tomada de decisão para recorrer ao COE

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Discutiu o assunto previamente com o namorado/ companheiro	✓	✓	✓				3
Tomou a decisão sozinha		✓		✓	✓		3
Não sabe/ Não responde						✓	1

Assim, pode-se verificar que as enfermeiras que participaram no estudo têm atendido uma grande quantidade de raparigas/mulheres que já tinham discutido previamente com o namorado/companheiro a hipótese de recurso à contraceção de emergência:

Na maioria dos casos, acho que sim [que falaram sobre este assunto com o parceiro sexual], embora haja algumas exceções, em que nem querem falar com o companheiro e tentam elas resolver a situação, sem alertar o companheiro, mas muitas delas têm essa conversa, sem dúvida (Ent. E2).

Assim se pode verificar a existência de um paralelo entre estas respostas e as dos/as utentes que, na sua maioria (nove em doze), admitiram que a iniciativa em assuntos que respeitam à vida sexual do casal é tomada, às vezes pelo homem e outras vezes pela mulher, como se observa na tabela 12 deste estudo.

Existem experiências diferentes, como a de E3 que, além das utentes que já tinham discutido o assunto com o namorado, também tem encontrado jovens que tomaram a decisão sem auscultação da opinião do namorado e apenas contam com o apoio de amigos/as, como afirma no relato:

Algumas situações vêm com os parceiros, mas são mais as situações em que vêm com grupos de amigos [...] As raparigas que vinham com o parceiro já tinham discutido entre eles a possibilidade da pílula do dia seguinte. As que vinham com o grupo de amigos, por norma, os parceiros ainda não sabiam da situação. Sabiam que tinham tido uma relação desprotegida, ou porque não utilizaram o preservativo, ou porque o preservativo rompeu, mas o namorado ou companheiro não sabia da procura delas ao CS [...] É assim... pode ser... perplexo, mas até agora, só tenho apanhado jovens à procura de pílula do dia seguinte. Ainda não encontrei nenhuma mulher, digamos, a partir dos 20 anos à procura da pílula do dia seguinte (Ent. E3).

Na opinião dos enfermeiros E1 e E4, as raparigas raramente abordam este assunto com o

namorado:

Não. Não... não lhe tinham dito nada... ao parceiro. Tentam resolver elas, antes de... Dizem que é para não os preocupar. Dizem elas que é para não os preocupar... cedo... Elas é que estão com medo. Afinal de contas, quem vai ter o bebé, o possível bebé, que elas pensam que podem vir a ter, são elas (Ent. E4).

A outra metade dos/as enfermeiros/as considera que as raparigas/mulheres decidem por iniciativa própria recorrer à pílula do dia seguinte. Um dos enfermeiros entrevistados não emitiu qualquer opinião sobre este assunto, dada a sua escassa (ou inexistente) experiência nesta matéria.

O problema em estudo também remete para a necessidade de estudar a opinião dos/as enfermeiros/as sobre a abordagem (ou não) dos temas relacionados com a sexualidade do casal, entre os casais seus utentes (tabela 64).

Tabela 64: Opinião dos/as enfermeiros/as sobre a abordagem da vida sexual entre os casais

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Costuma abordar temas da vida sexual com o namorado/companheiro	✓	✓		✓			3
Não costuma abordar temas da vida sexual com o namorado/companheiro			✓			✓	2
Não sabe/ Não responde					✓		1

Como já se pode aferir através da análise dos dados que constam das tabelas 12 e 63, metade dos/as participantes é de opinião que o casal costuma abordar temas da sua vida sexual conjunta: “Depende. Há assuntos que se nota que falam. São assuntos que têm mesmo que ser decididos a dois, no entanto, e principalmente as senhoras, acho que há muitos aspectos que escondem dos companheiros” (Ent. E2). Houve dois enfermeiros (um homem e uma mulher) que consideraram que não é comum a abordagem da sexualidade no seio do casal. Para estes enfermeiros, esta pode ser uma questão cultural, que tem a ver com o meio no qual estão inseridos:

Não. Acho que há um bocado de falta de diálogo nesse aspecto, principalmente nas pessoas com mais idade, é uma questão de cultura, de como foram educados. Acho que, no fundo, antigamente eram mais educados a esconder a sua sexualidade. Agora não, agora há mais abertura. Naquela altura tínhamos de esconder; era tabu, portanto, há uma certa dificuldade nessas mulheres em falar com o seu marido ou seu companheiro sobre as relações e a sua actividade sexual. Pronto... apanha-se muita mulher a falar da sua vida sexual, que a gente sabe que ela não consegue dizer isso ao seu companheiro; há muito isto nas pessoas com mais idade. Mais idade não quer dizer que sejam velhas... [risos] mas, nos jovens já conversam mais um bocado, apesar de haver um bocado de falta de diálogo nos jovens (Ent. E6).

Mais uma vez se verifica que esta atitude está legalmente suportada na Lei 3/84. A figura indis-

sociável do casal é protagonista ao longo desse documento, como se pode constatar, também, no art.º 3º, ao verificar que “o planeamento familiar postula acções de aconselhamento genético e conjugal”, sendo “do foro pessoal e conjugal as opções sobre meios e métodos contraceptivos.”

Nesta resposta, revelou-se novamente que um dos informantes manifestava falta de experiência que sustentasse a sua resposta, optando por abster-se de comentários. Assim, estão descritos na tabela 65, os temas relativos à vida sexual que os/as enfermeiros/as pensam que os/as utentes costumam discutir no seio do casal.

Tabela 65: Opinião dos/as enfermeiros/as sobre os assuntos da vida sexual que os/as utentes costumam abordar em casal

	Enfermeiros/as (n=4)				Total
	M		H		
	E2	E3	E1	E4	
Planeamento do número de filhos e quando os vão ter	✓		✓	✓	3
Relacionamento sexual		✓	✓		2
Sentimentos, prazer			✓		1
Métodos contraceptivos	✓				1

O assunto que os/as participantes consideram ser o mais facilmente abordado nas conversas de casal, é o do planeamento do número de filhos que pretendem ter e quando lhes é mais favorável ter. Este tema foi referido por três dos/as enfermeiros/as que admitiram a possibilidade dos/as utentes discutirem estes assuntos em casal:

Numa idade adulta... Em estudantes, acho difícil eles falarem de filhos, e quando os querem ter... São ilações muito incipientes, ainda. Mas, com trabalhos fixos, estáveis, poderão, poderão falar nisso... Poderão estar a projectar uma vida futura com filhos, com quantos, quais os sonhos que eles queriam, quais os sonhos que eles possam ter para os filhos, os futuros filhos... acho que sim (Ent. E4).

De forma análoga, o tema do planeamento do número de filhos que querem ter também foi um dos mais citados entre os/as utentes (tabela 11), mas o relacionamento amoroso encontrava-se naquela tabela em primeiro lugar, com referência de todos/as os/as utentes, causando alguma surpresa face à opinião dos/as enfermeiros/as, que se reflecte apenas em metade das respostas. O enfermeiro E1 considerou ainda que os casais falam dos seus sentimentos e do prazer que trocam nas relações sexuais:

O casal que funcione direito e seja casal mesmo, fala dos seus problemas sexuais e virtudes sexuais dentro do casal, o que está bem e o que está mal. Em termos de sentimentos, de prazer ou não prazer. Se está a correr bem ou a correr mal, acho que sim. Isto num casal que funcione bem, não é?! (Ent. E1).

Esta opinião também coincide com as respostas dos/as utentes (tabela 11), que citaram o inte-

resse/desejo sexual como um dos temas tratados em casal (1/3 dos utentes deu esta resposta).

Para a enfermeira E2, além do planeamento da concepção dos/as filhos/as, os casais também falam em conjunto sobre os métodos contraceptivos a utilizar no controlo da natalidade, tal como referiram oito dos/as doze utentes entrevistados/as (tabela 11). Esta enfermeira também dá a sua opinião acerca de outros assuntos que considerava importante que fossem discutidos entre o casal, mas que, na sua experiência profissional, tem verificado que não acontece:

De uma forma geral, discutem [sobre os métodos contraceptivos] apesar de, muitas vezes, não estarem em acordo e aí está a importância que tinha virem os dois [à consulta de PF], em relação ao método a usarem; no entanto, acho que há essa discussão entre o casal [...] Eu, nas consultas tenho a experiência de, às vezes, as senhoras falarem que têm dores quando têm relações, ou que o marido não espera o tempo que elas precisam para atingir o ponto de prazer, ou que os maridos querem ter relações muitas vezes e elas não querem. Acho que há pouca conversa sobre o prazer que dão um ao outro, sobre como melhorar as relações sexuais, como tornar aquilo em prazer para os dois. Acho que ainda há pouca conversa sobre esse assunto (Ent. E2).

Outros assuntos foram citados pelos/as utentes (tabela 11) e não mereceram realce por parte dos/as enfermeiros/as, tais como a prevenção de IST's, recordações de outrora e problemas de SSR.

Quando se trata da existência de alterações ao normal funcionamento do sistema biológico, em termos de reprodução, as opiniões divergem segundo a percepção dos/as enfermeiros/as sobre a atitude que os/as utentes pensam que devem ter perante a dificuldade de engravidar (tabela 66).

À excepção de um enfermeiro, que não tem opinião formada sobre o assunto, todos/as os/as outros/as consideraram que a primeira atitude que os/as utentes pensam em tomar na presença de dificuldades em engravidar é recorrer a uma consulta médica: “Penso que, se calhar recorrem a um médico de família ou a um ginecologista [...] Acho que a primeira tentativa é tentarem fazer um filho seu, serem pai e mãe, dele” (Ent. E1).

Em segundo lugar, os/as participantes referem-se aos tratamentos de infertilidade, sem especificar pormenorizadamente quais:

Eu acho que as soluções, depois dos tratamentos de fertilidade, é terem de passar pelas análises e não obterem resultados, a maioria das pessoas, pelo que eu conheço, acaba por desistir. Poderiam pensar noutras formas de conseguirem ter um filho... a adopção ou coisa do género, no entanto, devido a todas as burocracias que existem no nosso país e a isso tudo, a maioria dos casais acaba por desistir (Ent. E2).

Tabela 66: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a atitude que os/as utentes pensam que devem tomar perante a dificuldade de engravidar

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
1º lugar:							
Recorrer a uma consulta médica	✓	✓	✓	✓		✓	5
2º lugar:							
Tratamentos de infertilidade (não específica)	✓	✓					2
Doação de esperma/óvulos				✓			1
Adopção			✓				1
Última hipótese:							
Adopção		✓		✓			2
Fertilização <i>in vitro</i>			✓				1
Desistência	✓						1
Não sabe/ Não responde					✓		1

A opinião dos/as enfermeiros afastou-se da que os/as utentes tinham referido (tabela 13), na medida em que estes/as apontaram em primeiro lugar a adopção como saída viável (sete em doze respostas) e, em segundo lugar, o recurso à consulta médica (quatro respostas), seguido da realização de exames médicos (três respostas).

Dentro das soluções possíveis apontadas pelos/as utentes, foi o pedido de esclarecimentos sobre fertilização, que vem ao encontro da resposta de E1, que aponta a doação de esperma e/ou de óvulos para fazer face à infertilidade: “Se não for possível, se calhar pensam em partir para doação do esperma, se for problema do homem, ou então os óvulos, se o problema for dela” (Ent. E1). A adopção, referida por E6, surge também na segunda linha de hipóteses em causa: “Acho que se aceita mais a adopção do que a fertilização *in vitro*, já se vê muitas pessoas que, se não conseguirem, adoptam” (Ent. E6). Esta hipótese (adopção) é, no entanto relegada para último plano para algumas pessoas, segundo a perspectiva dos/as enfermeiros/as: “Na última linha, quando não conseguem ter um filho mesmo, pensam na adopção...” (Ent. E1); “É sempre no último plano. É a última... possibilidade deles. O último recurso.” (Ent. E3). Para outros/as, o último recurso é a fertilização *in vitro*, como já se verificou na anterior citação de E6.

Após tentar por todos os meios conceber um/a filho/a, muitos casais entram em desânimo e acabam por desistir do seu sonho, tal como afirmou anteriormente E2. Verificou-se uma resposta nula de um enfermeiro que não tinha opinião formada sobre o assunto.

Mediante estes resultados, justifica-se a pertinência de apresentar os da tabela 67, onde se reflecte a percepção dos/as enfermeiros/as acerca da informação que os/as utentes dominam a respeito das consultas e tratamentos de infertilidade, dado que estes conhecimentos podem estar na

base das atitudes que os/as enfermeiros/as pensam que os/as utentes tomariam.

Tabela 67: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a informação dos/as utentes a respeito das consultas e tratamentos de infertilidade

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Desconhecem os procedimentos envolvidos na consulta de infertilidade	✓	✓		✓			3
Desconhecem os procedimentos envolvidos nos tratamentos de infertilidade	✓			✓			2
Conhecem sumariamente os procedimentos envolvidos nos tratamentos de infertilidade		✓	✓				2
Conhecem sumariamente os procedimentos envolvidos na consulta de infertilidade			✓				1
Não sabe/Não responde					✓	✓	2

Verifica-se, assim, que metade dos/as participantes consideraram que os/as utentes desconhecem os procedimentos envolvidos na consulta de infertilidade. Relativamente aos exames e tratamentos, confirma-se uma situação algo semelhante, uma vez que dois dos enfermeiros consideraram que os utentes também desconhecem estes procedimentos: “Não conhecem, mas como procuram ajuda, acho que acabam por ter acesso a eles, mas que o senso comum conheça as análises e os testes que devam fazer, não sabem” (Ent. E2). A opinião das enfermeiras E3 e E6 difere da anterior, na medida em que elas pensam que os/as utentes conhecem sumariamente os procedimentos envolvidos nos tratamentos de infertilidade:

Os casais que têm dificuldades e que nunca procuraram ajuda, não sabem o que se faz nessas consultas [...] Eles só sabem que existe uma possibilidade remota de fazer inseminação... Que existe... eles falam de um ou outro tratamento, mas os tratamentos em si, as análises, os exames, o tipo de acompanhamento que têm que fazer, eles não fazem ideia [...] Sabem, porque essas pessoas quando, quando não conseguem engravidar e quando alguém diz “Podes ter algum problema de infertilidade”, elas procuram logo, logo informação. Não informação de profissionais, mas procuram logo. Vão pesquisar na *Net* o que poderá ser, que tipos de tratamentos é que existem, não sabendo elas que tipo de tratamento é que poderão fazer, mas elas de geral, assim um bocadinho de cada tratamento, têm uma ideia. (Ent. E3)

A enfermeira E6 considera ainda, que os/as utentes também conhecem minimamente os procedimentos envolvidos na consulta de infertilidade. Dois dos entrevistados não sabem/ não respondem a esta questão. Estes dois indivíduos são homens, que não costumam prestar cuidados de enfermagem na área da SSR, o que pode ter influência na resposta.

De uma forma geral, a opinião dos/as enfermeiros/as é de que os/as utentes não dominam esta matéria, o que se confirma através das respostas dadas pelos/as utentes (tabela 14), em que

nove em doze admitiram que não sabem ou não se manifestaram sequer sobre o assunto.

Relativamente ao assunto da infertilidade, também se considerou oportuno questionar os/as enfermeiros/as acerca da sua opinião sobre o impacto que as análises e exames complementares de diagnóstico, que se realizam neste âmbito, têm sobre os/as utentes (tabela 68).

Tabela 68: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre o impacto das análises e exames de infertilidade nos/as utentes

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
O homem sente-se constrangido	✓		✓				2
O homem sente-se “diminuído”				✓			1
O homem sente repulsa					✓		1
À mulher custa menos que ao homem					✓	✓	2
A mulher sente-se com esperança	✓						1
A mulher sente-se ansiosa e incapaz			✓				1
Afecta ambos os elementos do casal da mesma forma		✓		✓			2

Duas das enfermeiras entrevistadas consideraram que o homem se sente constrangido na iminência de ter de realizar estes exames: “Os homens ficam um bocado mais acanhados, ficam mais incomodados com o facto de ter de se fazer o estudo” (Ent. E6). O enfermeiro E1 acentua ainda mais a ideia, considerando que o homem se sente “diminuído” na sua condição quando tem de recorrer a exames médicos de diagnóstico de infertilidade, principalmente se a origem deste problema residir no seu sistema reprodutor:

Diminuído... se o problema é dele. Só se consegue descobrir depois das consultas de infertilidade se é dele ou se é dela. Se é dele, é muito mais complicado, tem muita dificuldade em abordar o assunto e sentem-se diminuídos em relação aos outros homens...é aquela figura de macho (Ent. E1).

Outro dos homens deste grupo de participantes considera ainda que o homem sente repulsa por este tipo de procedimentos:

A maioria dos homens portugueses, tem aquela mentalidade de, no geral, “Sou machão. Eu não tenho problemas. Eu é que sei. Eu é que sou bom. Comigo está sempre tudo bem”, por isso, o problema é quase sempre da mulher – acham eles. Às vezes, acho que se sentem, ficam... sentem uma certa repulsa por fazer... serem obrigados a fazer os testes. Acho que lhes custa mais a eles do que a elas. (Ent. E4)

Já no caso das mulheres, dois dos participantes (homens) opinam que, para elas é mais fácil aceitar estas circunstâncias, como se pode verificar no anterior excerto de E4. A enfermeira E2 considerou que o sentimento patente nas mulheres, neste caso, é mais de esperança. Para E6, o sentimento das mulheres é de ansiedade e incapacidade:

Há pessoas que ficam muito ansiosas, muito mesmo. Ficam nervosas e metem na cabeça que não conseguem. Há outras que não demonstram tanto, mas que estão nervosas. Tudo depende muito, muito da pessoa. (...) É moroso... e custa mais a nível sentimental, porque são processos muito demorados e, muitas das vezes, essas mães querem as coisas... esses casais querem as coisas resolvidas... de imediato porque é um projecto em conjunto. É um projecto que, se calhar, eles têm há muito. E também porque eles vão fazer, pronto, fazem os exames e tudo o que têm de fazer para saber onde está o problema na situação, mas depois, quando é para fazer o tratamento, dão prioridades, não é, e muitas das vezes, um casal pode estar no fim da lista de montes, de imensos casais que existem e eles perdem um bocadinho, se calhar, a esperança... de continuarem a fazer os tratamentos (Ent. E6).

A afectação mútua de ambos os membros do casal também é a opinião de E1 e E3.

Comparando com os dados recolhidos dos/as utentes face a esta questão (tabela 19), verifica-se que metade não tem opinião formada e, dos/as restantes, três (em doze) consideram que a situação é difícil para ambos os elementos do casal, dois acham que se torna mais complicado para a mulher e um afirma que a maior dificuldade é do portador da disfunção. Estas opiniões vêm, de certa forma, coincidir com as enunciadas pelos/as enfermeiros/as.

Feitos os exames e confirmado o diagnóstico de infertilidade, uma das soluções que se podem colocar é a da inseminação artificial. Neste estudo, considerou-se relevante auscultar a percepção dos/as participantes acerca da opinião dos/as utentes sobre o recurso a esperma de dadores desconhecidos a fim de levar a cabo este procedimento (tabela 69).

Tabela 69: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a opinião dos/as utentes acerca da fertilização *in vitro* com esperma de dador

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
O homem sente-se “diminuído”	✓			✓			2
O homem sente que perde masculinidade	✓						1
O homem pensa que a criança não é, biologicamente, filha deles	✓						1
O homem sente que há uma invasão da esfera íntima	✓						1
É mais fácil aceitar para as mulheres	✓				✓		2
A mulher sente-se triste				✓			1
Não sabe/Não responde		✓	✓			✓	3

Considerada pelos/as utentes como “um dos últimos recursos” (tabela 16), e tal como na realização de exames, volta-se a verificar, na opinião de dois dos enfermeiros, que o homem se sente “diminuído” nestes procedimentos: “Os homens não gostam. Apesar de, se calhar, até com o passar do tempo se habituarem à ideia e até anuírem que, pronto, que é uma solução; para eles, perdem a masculinidade deles, ... sentem um bocado que não é deles, como uma invasão, uma traição” (Ent.

E2).

Neste excerto, pode-se compreender outros pontos de vista desta questão. E2 considera, assim, que o homem que necessita de recorrer a estes meios, sente que perdeu a masculinidade; que o filho não é biologicamente dele e que, no global, este recurso é entendido como uma invasão à esfera íntima do casal. Esta percepção coincide globalmente com a dos/as utentes, como se pôde verificar na tabela 16, que consideram que a fertilização *in vitro* “é um processo complicado” e que a pessoa infértil se sente desconfortável porque assume um filho que não é biologicamente seu. Por este motivo, os resultados que constam da tabela 18 reflectem uma preferência nítida pela adopção comparativamente com a fertilização *in vitro* (sete utentes).

Para as mulheres, volta a ser considerado que este recurso é mais fácil de aceitar do que para os homens por dois dos participantes:

Para as mulheres, eu acho que é mais fácil. Elas querem tanto ter um filho que, se aquela é a solução, apesar de não ser... o esperma do marido, apesar de ser de outra pessoa, acho que para as mulheres, como vão ser elas que vão estar grávidas, como vai ser delas... acho que para elas é mais fácil aceitar (Ent. E2).

Nesta questão, metade dos/as entrevistados/as não soube/não respondeu, comprovando-se desta forma a delicadeza do assunto em discussão:

Ai, não sei! Não tenho conhecimento de nenhuma situação dessas... Mas acho que isso... vai depender da cultura... do homem, e também, se calhar, de como é dada a informação... prepará-lo logo no início para os vários tipos de tratamento e não esquecer de os informar que essa pode ser uma possibilidade (Ent. E3).

Se as percepções sobre a opinião dos/as utentes acerca da fertilização *in vitro* com esperma de dador foram variadas, o mesmo já não se verifica em relação à percepção acerca do conhecimento dos/as utentes sobre a legislação relativa ao aborto em Portugal (tabela 70).

Tabela 70: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre o conhecimento dos/as utentes acerca da legislação sobre a interrupção voluntária da gravidez (IVG) em Portugal

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Conhecem a actual lei da IVG em Portugal		✓	✓	✓	✓	✓	5
Não conhecem a actual lei da IVG em Portugal	✓						1

Cinco dos/as participantes consideraram que embora possam ser conhecimentos pouco sólidos e subdesenvolvidos, os/as utentes têm uma ideia sobre este assunto:

É assim, eles sabem... os utentes sabem que agora existe p'raí uma lei que lhes permite abortar sem ser

penalizado, mas não sabem até quantas semanas, em que moldes e qual é o processo disso (Ent. E3). Assim ao certo não. Sabem que se pode mas, não sabem qual o tempo. Ainda há pouco apareceu uma senhora com algum tempo... não é... não têm noção que é até aquelas x semanas ou então deixam andar para decidir e quando chegam...enfim... (Ent. E6)

Verifica-se, porém, que esta percepção dos/as enfermeiros/as está longe da realidade que os/as utentes admitiram na tabela 20, onde metade afirmou o seu desconhecimento pela referida lei e uma grande maioria (nove utentes) não se mostrou sequer interessada em procurar saber mais.

Apenas uma das enfermeiras entrevistadas opinou que os/as utentes não conhecem, por opção, a lei sobre o aborto em Portugal. Nos casos pontuais, já anteriormente descritos na lei, a opinião dos/as utentes, segundo a perspectiva dos/as enfermeiros/as, já não é tão linear (tabela 71).

Tabela 71: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a opinião dos/as utentes acerca da IVG em caso de malformação fetal

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Opinião dos homens							
A favor do aborto		✓	✓	✓	✓		4
Aceitam com mais dificuldade que as mulheres	✓						1
Não aceita						✓	1
Opinião das mulheres							
A favor do aborto	✓	✓	✓	✓	✓	✓	6

Quatro dos/as enfermeiros consideraram que os homens são a favor da IVG em caso de malformação fetal: “Acho que compreendem perfeitamente, acho que não se põe em causa homens nem mulheres em caso de má formação, o aborto, isto é a minha opinião, não quer dizer que não haja aí alguns que não pensem de maneira diferente, que afectaria fazer o aborto” (Ent. E1).

Uma das enfermeiras considerou que os homens aceitam esta situação com mais dificuldade que as mulheres:

Eu acho que os homens aceitam menos do que as mulheres um aborto por malformação do feto [mmm] (...). Porquê? Não sei explicar, no entanto, o que eu verifico nas conversas que tenho... sobre o assunto, é isso. Os homens, normalmente, aceitam menos o aborto. Muito menos (Ent. E2).

Por outro lado, houve ainda a opinião de quem considera que os homens deixam a decisão de abortar ou não à responsabilidade da mulher, como afirma E5: “Penso que são capazes de deixar sempre a... “pastilha” para a mulher, do aceitar ou não aceitar ou o que fazer...” (Ent E5).

Estas percepções a respeito da opinião dos homens faz com que a percepção acerca das opi-

niões femininas sejam mais a favor do aborto nesta situação pontual. Assim, todos os entrevistados consideram que as mulheres são a favor do aborto nesta situação: “Acho que conseguem decidir em conjunto e acho que aceitam o aborto. Há casos em que não aceitam e querem ir com a gravidez até ao fim” (Ent. E6). Convém não descurar que se trata de uma decisão conjunta do casal, difícil para ambos os membros e, por isso, implica sofrimento para os dois:

Da experiência que eu tive, do meu estágio na especialidade, eu apanhei lá várias situações de mulheres que abortaram por mal formação fetal... e é assim, o homem... tem que aceitar..., o aborto, mas eu acho que o homem sofre na mesma e... vive aquele momento, à maneira dele... A mulher é mais expressiva emocionalmente, mas o homem vive aquele momento como se fosse algo que ele perdeu naquele momento. E eles, naquela altura, daquilo que observei, apoiam-se muito, o marido na mulher e vice-versa (Ent. E3).

O enfermeiro E4 manifestou indecisão na sua opinião, tanto a respeito dos homens, como das mulheres:

Não sei. Tudo depende da confiança que há entre o casal, do amor que existe entre eles, porque isso não é uma decisão muito... se for pelo racional, a pensar nos problemas que vão ter, nas dificuldades extra e acrescidas que irão ter para o resto da vida, caso dêem à luz uma criança com deficiência... pode levar a que eles não... pode levar a pesar... mas acho que decidem pelo... eu acho que decidem pelo aborto. Se for uma razão emocional, pelas emoções, pelo amor e de um acto de coragem, acho eu – acho que é mesmo um acto de coragem – eles decidem ir para a frente (Ent. E4).

Estas percepções assemelham-se muito às opiniões verbalizadas pelos/as utentes, exploradas na tabela 21. Verifica-se que três das sete senhoras entrevistadas concordou com a IVG em caso de malformação congénita e outras três concordam com algumas reservas, verificando-se apenas uma resposta nula. A opinião dos homens também confere com a percepção dos/as enfermeiros/as, concordando maioritariamente com a IVG nesta circunstância.

Questionaram-se também os/as participantes sobre a sua percepção a respeito da opinião dos/as utentes acerca do aborto em caso de risco de vida da mãe. De novo se pôde verificar a existência de discrepâncias entre a percepção que os/as enfermeiros/as entrevistados/as tinham sobre a opinião dos homens e das mulheres (tabela 72).

Tabela 72: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a opinião dos/as utentes acerca do aborto em caso de risco de vida da mãe

Enfermeiros/as (n=6)		Total
M	H	

	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Opinião dos homens							
A favor do aborto		✓	✓	✓	✓		4
Contra o aborto						✓	1
Indeciso	✓						1
Opinião das mulheres							
A favor do aborto			✓	✓	✓		3
Contra o aborto	✓						1
Não sabe/Não responde		✓				✓	2

Quatro dos/as entrevistados/as consideraram que os homens se manifestam a favor do aborto em situação de risco de vida da mãe, face a três enfermeiros/as que opinam que esta seja a atitude que as mulheres defendem. Esta ideia é corroborada pelas respostas dos/as utentes (tabela 22), em que quatro homens e três mulheres (utentes) se manifestam a favor do aborto nesta situação específica:

Acho que aí eles não hesitam, acho que os homens entre... a mãe e o filho acham que a mãe está em primeiro e claro que aceitam (...) Se calhar, o homem aceita mais rapidamente; a mulher (Ent. E6).

Uma enfermeira opinou que os homens poderão aceitar esta solução com mais dificuldade que as mulheres: “Aí já depende... Há homens que são peremptórios e dizem “se há risco de vida da mãe, vamos abortar, não vamos correr o risco” e há outros que, se calhar, não gostam tanto da mãe, não sei... dizem e lutam até ao fim pelo filho [...]” (Ent. E2). Em igualdade de percentagem, os/as entrevistados/as consideraram que os homens não aceitam o aborto em qualquer circunstância.

Quanto às situações em que a mulher é vítima de violação, verificam-se divergências entre a percepção que os/as enfermeiros/as têm sobre a opinião das mulheres e dos homens (tabela 73).

Tabela 73: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a opinião dos/as utentes acerca do aborto em caso de violação

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Opinião dos homens							
A favor do aborto			✓		✓		2
Contra o aborto	✓						1
Não sabe/Não responde		✓		✓		✓	3
Opinião das mulheres							
A favor do aborto	✓		✓		✓		3
Não sabe/Não responde		✓		✓		✓	3

Dois enfermeiros consideraram que os homens se posicionam a favor do aborto nesta circunstância, ao passo que três consideraram que as mulheres seriam a favor desta solução. A enfermeira

E2 considerou que as mulheres se manifestariam mais favoráveis a esta possibilidade do que os homens: “No caso de violação, acho que a mulher seria mais a favor do aborto do que o homem... acho que o homem iria dizer... deixa nascer... A mulher teria... como à partida, poderia sofrer da mesma situação... iria ser mais a favor do aborto” (Ent. E2).

Metade da amostra, apesar de se mostrar muito sensível ao problema, não emitiu a sua percepção em relação àquilo que consideraria ser a resposta mais frequente de homens e mulheres face à situação de gravidez resultante de violação:

Acho que já se divide um bocado, e mesmo entre homens e mulheres, acho que já se divide um bocado se levariam ou não levariam até ao termo a gravidez. Na minha opinião, um filho deve ser sempre gerado em amor, um filho gerado em violência, depois não sei como aquela mãe olharia para aquele filho. Não quer dizer que não fosse uma excelente mãe na mesma e iria amar muito aquele filho na mesma (Ent. E1) .

Estes dados não se distinguem significativamente dos que se apresentam na tabela 23, sobre a opinião dos utentes acerca da IVG em caso de violação, onde quatro homens e três mulheres concordam. Apenas dois homens e uma mulher se manifestaram contra a IVG neste caso concreto.

No caso da gravidez indesejada, a opinião em relação ao aborto surge ligeiramente invertida (tabela 74).

Tabela 74: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a opinião dos/as utentes acerca da IVG em caso de gravidez indesejada

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Opinião dos homens							
Contra o aborto	✓	✓				✓	3
Indeciso				✓	✓		2
Não sabe/não responde			✓				1
Opinião das mulheres							
A favor do aborto		✓					1
Contra o aborto	✓						1
Indeciso				✓	✓		1
Não sabe/não responde			✓			✓	2

Observa-se que três enfermeiros/as consideraram que os homens se manifestariam contra o aborto, em contraposição com o número de mulheres que adoptaria esta posição (apenas uma enfermeira):

Por exemplo, nos casais solteiros, nos pares de namorados, se calhar, eles são muito mais a favor do aborto; não querem aquela responsabilidade. Se calhar elas, a maior parte das vezes, até assumiriam a responsabilidade... e acabam até por fazer o aborto... muito “forçadas” (entre aspas), pelos companheiros (...)

... Acho que no caso de pessoas mais maduras, ... se calhar, os homens... teriam a mesma opinião da mulher. Aceitariam da mesma forma, um e outro (Ent. E2).

Apenas uma enfermeira considerou que as mulheres seriam a favor do aborto em caso de gravidez indesejada:

Acho que... Eu acho que aí se dividem (silêncio) um bocado porque é assim, ... numa gravidez indesejada, se calhar, ... as mulheres pensam mais ... eu sei lá ... como é que vão ... criar aquele filho, como é que vão criar um filho que não é desejado... mais o papel maternal. O marido, se calhar, não apoiaria tanto um aborto numa gravidez indesejada (Ent. E3).

Houve dois indecisos em relação à decisão das mulheres e um no caso dos homens: “[silêncio]. Aí, já entra a ética. [silêncio] Aí, é tudo uma questão de ética, tudo depende dos valores que a mãe tem, porque vai ser ela a decidir... a mãe e o... possível pai” (Ent. E4). Da mesma forma, dois dos enfermeiros não sabem/não respondem face à posição a tomar pelas mulheres nestes casos, ao passo que, um se abstém de resposta relativamente à postura dos homens:

Em relação ao aborto, ainda há uma grande retracção... principalmente, pelo facto de ser indesejada, não é... Só... e mesmo... penso que o homem é capaz de ser mais retraído, mais fechado... não aceitar qualquer hipótese que seja o aborto. Seja por... risco, até mesmo por risco da mulher... (Ent. E5).

Relativamente a esta questão, quando colocada aos/às utentes (tabela 24) também se verificou que apenas uma mulher concordou com a IVG, sendo as restantes onze respostas manifestamente contra, o que ultrapassa ligeiramente a margem referida pelos/as enfermeiros/as. Este grupo dá pontos à resposta nula (indecisos, não sabe/não responde).

No próximo subcapítulo serão abordadas as percepções dos/as enfermeiros/as sobre os comportamentos, atitudes e valores dos utentes sobre a vida em família e as suas opiniões pessoais sobre os mesmos.

4.3.3. Percepções dos enfermeiros/as sobre a vida em família dos/as utentes

A opinião sobre a distribuição das tarefas domésticas entre o casal é alvo de diversos pareceres por parte dos/as enfermeiros/as entrevistados/as (tabela 75).

Tabela 75: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a distribuição das tarefas domésticas entre o casal

Enfermeiros/as (n=6)		Total
M	H	

	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Homens							
Partilham responsabilidades	✓	✓	✓				3
Mais aptidão para as tarefas no espaço exterior da casa	✓						1
Colabora com a mulher, mas a responsabilidade é dela				✓	✓		2
Não colaboram/Colaboram pouco						✓	1
Mulheres							
Partilham responsabilidades	✓	✓	✓				3
Mais aptidão para as tarefas no espaço interior da casa	✓						1
Têm empregada doméstica e outras ajudas exteriores						✓	1
Fazem tudo/Quase tudo				✓	✓		2

Metade dos/as enfermeiros/as entrevistados/as (todas as mulheres) consideram que ambos os elementos do casal partilham responsabilidades domésticas:

Pode realizar tudo, desde que tenha sido de mútuo acordo. Acredito que há casais ultra-conservadores, em que as mulheres é que trabalham em casa, é que cuidam dos filhos, mas hoje em dia, desde que o casal se sintam bem e que converse, o homem pode fazer tantas coisas como faz a mulher, cuidar dos filhos, cozinhar, arrumar a casa... (...) Fazem! Hoje em dia fazem... (...) As coisas, como estão actualmente e como vão estar no futuro, possibilitam a perfeita relação entre o casal. Vão ter mais tempo para os dois (Ent. E3).

Da mesma forma, na tabela 25 se pode verificar que metade dos/as utentes entrevistados/as considera que existe colaboração mútua nas tarefas domésticas (quatro homens e duas mulheres).

A enfermeira E2 opinou que os homens têm mais aptidão para desempenhar tarefas no espaço exterior da casa, ao passo que as mulheres se sentem mais aptas para desenvolver tarefas que dizem respeito ao espaço interior da casa:

Eu acho que... as coisas estão numa fase de mudança radical nesse aspecto, em que nos casais mais velhos, as mulheres continuam a fazer as tarefas todas de casa sem ajuda nenhuma do marido ou, pelo contrário, o marido ainda ajuda a piorar a situação. No entanto, eu acho que nos casais mais novos, e também pela exigência profissional que as mulheres hoje em dia têm, são mesmo obrigados a partilhar tarefas e, acho que os homens já têm... começam a ter, essa mentalidade e essa... e começam a ver que realmente têm que ajudar... porque ... os desafios profissionais normalmente são muito parecidos (Ent. E2).

Também parece algo frequente (dois entrevistados) a adopção, por parte dos homens, da posição de colaboração com a mulher, mas deixando à responsabilidade dela a organização das actividades:

É assim, eu acho que comparado com os nossos pais ou com os nossos avós, os homens hoje fazem mais coisas em casa. As mulheres, pela sua própria biologia e forma de pensar, acabam sempre por trabalhar mais

que um homem em casa, até acabam por trabalhar mais que um homem, porque trabalham em casa mais que ele e na sua vida profissional. Um homem, se calhar, faz a sua vida profissional e depois vai para casa e ajuda um pouco, mas nunca faz tanto como uma mulher acaba por fazer em casa (Ent. E1).

Esta modalidade, que os/as utentes definem como “a mulher gere e o homem colabora” apresenta-se na tabela 25 com forte impacto (cinco utentes, dois homens e três mulheres).

Na opinião do enfermeiro E5, os homens não costumam colaborar com as tarefas domésticas ou colaboram pouco, sendo que as mulheres também não costumam estar muito envolvidas, uma vez que, com frequência, a família dispõe de empregada doméstica ou de outras ajudas exteriores:

Chegar a casa, comer, ir dormir (risos)... de uma maneira geral, falando em percentagens, é uma minoria que participa, seja no cuidado dos filhos, seja nas actividades domésticas (...) [as mulheres] ...Se calhar, também cada vez menos... Cada vez mais, se contrata alguém para limpar a casa, apesar de não haver dinheiro, não é... leva a roupa à lavandaria... vai-se buscar *fast-food*, vai-se comprar o frango ali, ao lado... para não se cozinhar – apesar de não haver dinheiro, não é! Mas, cada vez mais, no geral, se cozinha menos em casa, se como em família, se vive em família. A família é um item morto, cada vez mais morto [...] (Ent. E5).

Desta forma, dois enfermeiros entrevistados continuam a achar que são as mulheres que fazem tudo ou quase tudo em casa.

Passando para uma abordagem mais íntima das funções do casal, questionaram-se os/as enfermeiros/as relativamente à sua opinião sobre o papel que o homem tem, realmente, no planeamento da família (tabela 76).

Tabela 76: Opinião dos/as enfermeiros/as sobre o papel que o homem tem no PF

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Discutir decisões/traçar objectivos em conjunto			✓		✓	✓	3
Semelhante ao da mulher	✓						1
Depende do papel que a mulher lhe permitir		✓					1
Muito reduzido				✓			1

Metade dos/as enfermeiros/as responderam que o papel do homem no planeamento da família passa por discutir decisões, com vista à concretização dos objectivos traçados em conjunto: “Acho que eles... Acho que eles falam um com o outro. Acho que falam e tentam definir ou projectar desejos, tanto um como outro. Flexibiliza ali, o outro flexibiliza acolá, de modo a chegarem a entendimento” (Ent. E4). Uma das enfermeiras considera que o papel do homem se assemelha ao da mulher: “planeamento, como diz o nome é o planeamento da família, é aquele que dá ou que vai planear a

família que se está a construir e não é a mulher ou o homem só, sozinhos a partilhar” (Ent. E2). Outra das entrevistadas referiu que o papel do homem no PF depende, não só do seu próprio interesse, mas também da abertura que a mulher lhe permitir:

É assim, o papel do homem, neste momento, no PF, é o papel que a mulher permite que ele tenha, não é? Porque eu acho que eles sentem lá dentro interesse em acompanhar as opções da mulher, em termos de contracepção e de planeamento da gravidez, mas eles só vão até onde a mulher o permite. Se a mulher disser: “Podes vir comigo a uma consulta? Vamos programar uma gravidez; vamos planear quais são os nossos métodos contraceptivos...”, ele, eu acho que ele acompanha a mulher. Se a mulher não falar disto em casa, ele não se vai sentir à vontade para estar a perguntar à mulher, ou para decidir ir (Ent. E3).

Os/as utentes também afirmaram (tabela 26) que o papel do homem no PF é importante (quatro em doze, em igual número de homens e mulheres), ao mesmo tempo que outros/as três utentes (dois homens e uma mulher) referiram a falta de informação e de motivação dos homens no PF.

O enfermeiro E1 foi o único a considerar que o papel do homem no PF é muito reduzido: “Muito reduzido. Os métodos contraceptivos estão direccionados para elas; são elas que vêm à consulta de planeamento familiar. O homem só tem, a nível de casal, a decisão se vão ter mais filhos ou não” (Ent. E1).

Além do papel que o homem tem no planeamento da família, importa perceber a opinião dos/as enfermeiros/as a respeito do papel que os homens deviam ter (tabela 77).

Tabela 77: Opinião dos/as enfermeiros/as sobre o papel que o homem devia ter no PF

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Discussão/Decisão conjunta	✓	✓					2
Devia participar (não especifica como)						✓	1
Nenhum/Compete apenas às mulheres					✓		1
Não sabe/Não responde			✓	✓			2

Ao mesmo tempo que os/as utentes afirmam (tabela 28) que o papel que o homem deveria desenvolver no PF deve manter-se idêntico ao que tem tido (oito utentes), os/as enfermeiros/as apontam a discussão e decisão conjunta como a posição correcta para o casal. Esta resposta foi apontada por duas enfermeiras:

Eu acho que é a forma mais correcta, como é óbvio... Se planearem os dois, à partida, vai haver ali um consenso, vai haver uma discussão. Quando as coisas acontecerem, já estavam previstas, já estavam previamente discutidas entre o casal (Ent. E2).

O enfermeiro E5 também considerou importante a participação do homem, mas não especificou de que forma. Em consonância, um dos utentes (tabela 28), também referiu que devia acompanhar mais a esposa, o que por si só, já é uma forma de participação.

Um dos/as participantes considerou, ainda, que os utentes mantêm a ideia de que os homens não devem adoptar qualquer papel no âmbito do PF, uma vez que este tema continua a ser delegado à responsabilidade da mulher: “Acho que eles pensam... a ideia que eles têm é que isso é para mulheres. Acho que não têm consciência daquilo que pode ser uma consulta de PF... com o homem presente” (Ent. E4). Os restantes membros da amostra não se manifestaram.

Depois desta abordagem, considerou-se importante auscultar a opinião acerca da participação de ambos os elementos do casal na consulta de PF, em simultâneo (tabela 78).

Mais uma vez, se verificou que a opinião de que a consulta de PF se destina exclusivamente às mulheres voltou a assumir os primeiros lugares da tabela. Cinco dos/as enfermeiros/as consideraram que os homens têm esta opinião, e metade acharam que as mulheres também a partilham:

Eu acho que os homens acham que isso é uma consulta para mulheres e que eles não têm nada que cá estar [...] Eu acho que a maioria [das mulheres] também acha que o homem não precisa de vir, porque associam muito o PF à citologia apenas e, como é uma citologia, o homem não precisa de vir. Acho que a mulher também cultiva um bocado esta mentalidade dos homens (Ent. E2).

Tabela 78: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a opinião dos/as utentes acerca da participação de ambos os elementos do casal na consulta de PF

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Homens							
Pensam que a consulta de PF é só para mulheres	✓		✓	✓	✓	✓	5
Pensam que deviam vir à consulta de PF com a companheira		✓					1
Mulheres							
Pensam que a consulta de PF é só para mulheres	✓		✓			✓	3
Pensam que deviam vir à consulta de PF com o companheiro		✓					1
Não sabe/Não responde				✓	✓		2

Contrariamente a esta versão, surge a dos/as utentes (tabela 40), em que apenas três dos/as doze entrevistados/as refere não sentir necessidade de participar ou que o marido participe na consulta de PF. Os/as utentes defendem com mais vigor (cinco utentes, três dos quais são mulheres) que o homem deve participar nesta consulta sempre que tenha disponibilidade. E ainda, três utentes que não coincidem com os das respostas anteriores, afirmam que é importante participarem sempre

os dois elementos do casal na consulta de PF. Daqui se depreende que a percepção dos/as enfermeiros/as se encontra longe das necessidades sentidas pelos/as utentes.

Apenas uma enfermeira acredita que, tanto os homens, como as mulheres, pensam que deviam vir com a/o companheira/o à consulta de PF. Esta enfermeira poderá ter esta opinião por ser a que, dentro da amostra, detém mais formação académica e profissional sobre saúde reprodutiva, mas também poderá ser porque, devido à sua preparação, é a que está em contacto mais directo com os/as utentes que recorrem a este tipo de consulta:

Acham que deviam vir, mas não vêm mais porque, se calhar, os profissionais nunca perguntaram à mulher... ou, melhor, nunca informaram a mulher de que o marido poderia participar nessa consulta e também, se calhar, nas mulheres de 40 e 50 anos que vêm à consulta de PF, se calhar, também não se sentem muito bem com o marido na consulta (Ent. E3).

Dois dos enfermeiros entrevistados não emitiram a sua percepção sobre a opinião das mulheres a respeito deste assunto.

Em relação à situação de gravidez, já as opiniões mudam substancialmente, como se pode verificar através da opinião dos/as enfermeiros/as sobre o papel que o homem tem durante a gravidez (tabela 79).

Tabela 79: Opinião dos/as enfermeiros/as sobre o papel que o homem tem durante a gravidez

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Apoio à companheira	✓	✓		✓	✓		4
Acompanhamento às consultas e aulas de preparação para o parto	✓	✓			✓	✓	4
Acompanhamento às consultas, dependendo da disponibilidade			✓				1

Neste caso, os/as enfermeiros/as são mais unânimes em considerar que compete ao homem, não só apoiar a companheira (quatro em seis enfermeiros), como também acompanhar às consultas e aulas de preparação para o parto (quatro enfermeiros). Esta visão identifica-se com a dos/as utentes (tabela 29), como se pode analisar no discurso de E2 e E3:

Actualmente, o papel é cada vez maior. É o de acompanhamento da mulher a todas as consultas de vigilância; é o de acompanhamento da mulher às aulas de preparação para o parto... às sessões de educação sobre os cuidados ao recém-nascido. O homem tem um papel muito activo. Não está grávido, mas de certa forma, acompanha a mulher em todos os passos da gravidez (Ent. E2). Durante a gravidez, o papel é semelhante ao da mulher... muito importante... em tudo. Desde apoiar a mulher durante a gravidez – a grávida tem alterações de humor muito frequentes, tanto está felicíssima, como está triste e o homem precisa de a apoiar, de a

acompanhar, e a mulher precisa de saber que o homem... o projecto que os dois idealizaram, que o homem está lá para acompanhá-la (...) Já se verifica muito na realidade, o acompanhamento do homem durante a consulta e no processo de gravidez (Ent. E3).

A enfermeira E6 foi a única a deixar reservas quanto a este assunto. Deixou um parecer que depende da disponibilidade do homem poder ou não participar activamente na gravidez: “É assim, depende do homem [risos] se for um homem com disponibilidade, eu acho que ele acompanha a mulher. Se não tem, não muda porque não pode” (Ent. E6).

Assim sendo, tornou-se oportuno, também, ouvir a opinião dos/as enfermeiros/as acerca do papel que consideram que o homem devia ter (tabela 80).

Tabela 80: Opinião dos/as enfermeiros/as sobre o papel que o homem devia ter durante a gravidez

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Acompanhamento integral da gravidez	✓						1
Valorizar o papel da mulher					✓		1
Devia participar (não especifica como)						✓	1
Não sabe/Não responde		✓	✓	✓			3

Desta vez, as opiniões dividiram-se em três categorias, com um/a entrevistado/a cada. Assim, uma das opiniões manifestou-se a favor do acompanhamento integral da gravidez pelo homem (E2).

A valorização do papel da mulher faz parte da opinião de E4: “Na gravidez, eu acho que estamos a caminhar para... o homem a acompanhar desde o início a gravidez e a estar tão entusiasmado como a companheira. [...] Na de saúde da mulher, acho que eles [homens] pensam... acho que a ideia deles é de valorizar mais o papel da mulher do que o dele...”. O enfermeiro E5 defendeu, também, a participação do homem, mas sem especificar como ou de que forma. É de valorizar a abstenção de metade dos/as entrevistados/as na resposta a esta questão.

Também se revela importante perceber a percepção dos/as enfermeiros/as sobre o papel que o homem pensa que deve ter na consulta de Saúde Materna (tabela 81).

Metade dos/as enfermeiros/as, assim como muitos dos utentes entrevistados, defende a presença do homem na consulta de SM, ainda que seja como mero observador (tabela 30):

Na minha faixa etária e mais novos, acho que sentem a necessidade de estarem presentes ao longo de todo o ciclo de evolução (Ent. E1). Eu acho que o homem acha que deve estar lá num cantinho, a acompanhar a mulher, a ver ... só. Sem participar muito. Só a observar (Ent. E2). Ele vai... Ainda vai muito como observador... basicamente. [silêncio] Raramente, as dúvidas partem dele, digamos assim (Ent. E5).

Tabela 81: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre o papel que o homem pensa que deve ter na consulta de SM

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Deve estar presente	✓			✓		✓	3
Depende do comportamento dos/as profissionais		✓	✓				2
Deve preocupar-se					✓		1

Além de defenderem a presença do homem nas consultas de SM, três dos/as doze utentes entrevistados também advogam o acompanhamento na realização dos exames ecográficos (tabela 30).

Na opinião de duas enfermeiras, o papel que o homem acaba por incarnar depende muito do comportamento dos/as profissionais de saúde:

É assim, o comportamento que ele acha que deve ter... vai depender do comportamento do profissional. Se for um profissional aberto, que interaja com o casal, que puxe o marido para participar na consulta, ele vai sentir-se participativo e vai achar que é importante naquele momento. Agora, se for um profissional, que o marido até esteja a participar durante a consulta e for um profissional que não fala com o marido, que não lhe pergunta alguns aspectos de como a mulher está a passar em casa, como é que ele está a viver a gravidez, ele vai-se sentir rejeitado e não vai participar, nem se vai sentir útil (Ent. E3).

O enfermeiro E4 considerou que a opinião do homem compreende essencialmente a preocupação de acompanhar a companheira ao Centro de Saúde para a consulta e aguardar por ela fora da porta; perguntar, em casa, sobre os desenvolvimentos da consulta e participar nas aulas de preparação para o parto:

Apesar de que eu acho que eles se preocupam com elas; vêm com elas e o facto de estarem nas aulas de preparação para o parto... por saberem que pode ser em conjunto e... tendo conhecimento já prévio e participam... não digo em todas as sessões, mas na maior parte. Na consulta de SM, na parte de enfermagem, acho que eles se preocupam com elas, mas não tomam a decisão de perguntar se podem assistir (Ent. E4).

De seguida, os/as enfermeiros/as foram questionados acerca da sua própria opinião sobre o papel que os homens devem ter na consulta de Saúde Materna (tabela 82).

Tendo a maior parte dos/as utentes (sete) referido que os/as enfermeiros/as dão a mesma importância ao homem e à mulher na abordagem da SSR, seria de esperar que a participação dos homens nestas consultas também fosse idêntica à das mulheres. Assim se confirma esta posição ao verificar que todos/as os/as participantes consideraram que o homem deve ser participativo e intervir activamente na consulta, fazendo parte dela: “Se tem dúvidas, tem que as pôr, não é? Agora, se

calhar, deixa ou porque pergunta à mulher em casa, se tiver alguma dúvida, ou porque espera que a mulher a faça, não é?” (Ent. E5).

Tabela 82: Opinião dos/as enfermeiros/as sobre o papel que o homem deve ter na consulta de SM

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Deve ser participativo/interventivo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	6
Interessado nas alterações que ocorrem durante a gravidez		✓					1
Preocupado com a adaptação familiar ao nascimento do filho/a		✓					1
Preocupado com os cuidados ao/à recém-nascido/a e à puérpera		✓					1

A enfermeira E3 acrescentou, ainda, mais três categorias a esta resposta que englobam o interesse nas alterações que ocorrem durante a gravidez, a preocupação com a adaptação familiar ao nascimento do/a filho/a e a preocupação com os cuidados ao/à recém-nascido/a e à puérpera.

A participação conjunta do casal na consulta de SM é uma das metas desejáveis, pelo que também se tornou importante auscultar a opinião dos/as enfermeiros/as acerca deste facto (tabela 83).

A Lei n.º 4/84 defende que “os pais são iguais em direitos e deveres quanto à manutenção e educação dos filhos” (artigo 2º). Desta forma, procura-se consciencializar e responsabilizar os progenitores, sem distinção, pelos cuidados e pela educação dos filhos, em ordem à defesa da saúde e à criação de condições favoráveis ao pleno desenvolvimento da criança.

Tabela 83: Opinião dos/as enfermeiros/as sobre a participação de ambos os elementos do casal na consulta de SM

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Homens							
Sentem-se incluídos	✓	✓	✓	✓		✓	5
Deve-se valorizar mais a mulher grávida					✓		1
Mulheres							
Gostam da participação do homem	✓	✓	✓				3
Não sabe/Não responde				✓	✓	✓	3

Com exceção do enfermeiro E4, que considerou que se deve valorizar mais a presença da mulher grávida na consulta, todos/as os/as outros/as enfermeiros/as, tal como se defende na lei supra citada, consideraram que os homens se sentem incluídos na consulta:

Há muitos maridos que participam, mas alguns que optam por não vir... (...) Durante a consulta, se calhar, por questões laborais, são mais aqueles que não vêm, no entanto, nas aulas de preparação para o parto, como já é em horário mais pós-laboral, são mais os maridos que vêm (Ent. E3).

No sentido de poder prestar um cuidado de saúde o mais aproximado possível das necessidades dos/as utentes, é crucial que os/as enfermeiros/as tenham noção das alterações que lhes estão subjacentes. Assim, os/as participantes foram questionados sobre a sua opinião relativamente às alterações sofridas na alimentação e hábitos de vida da mulher grávida (tabela 84).

Tabela 84: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre as alterações sofridas na alimentação e hábitos de vida da mulher durante a gravidez

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Cuidados com a dieta	✓	✓	✓	✓	✓	✓	6
Necessidade acrescida de sono/repouso				✓		✓	2
“Desejos”				✓			1
Alterações sentidas na vivência da sexualidade				✓			1
Deixar de fumar						✓	1

Todos/as os/as enfermeiros reconheceram os cuidados com a dieta como uma das mais frequentes alterações sentidas e necessárias durante a gravidez:

É assim, na consulta de SM, logo na primeira oportunidade, na primeira consulta que faço sobre SM, intervenho logo no aspecto da alimentação. O que verifico é que as mulheres têm comportamentos alimentares algo alterados. Desde fazerem só as refeições principais, pequeno-almoço, almoço, um lanchezito e jantar, e alimentam-se mal; e eu intervenho logo na alimentação, que acho que é fundamental, de forma que elas façam uma alimentação mais regular, mais equilibrada, também, porque se verifica que elas comem mal e em excesso (Ent. E3).

Estas alterações sentidas e necessárias durante a gravidez vêm ao encontro da revisão de literatura (capítulo II, 2.2.1) e das respostas apontadas pelos/as utentes na tabela 31.

Dois enfermeiros referiram ainda a necessidade acrescida de sono e repouso ao longo da gravidez: “Com o avançar da gravidez, quer elas queiram, quer não, muda, não é? Não têm hipótese. O cansaço começa a ser evidente” (Ent. E5). O enfermeiro E1 acrescentou os “desejos” sentidos por algumas mulheres durante a gravidez e que se podem tornar incómodos, bem como as alterações sentidas na vivência da sexualidade. O enfermeiro E5 frisou também a dificuldade com que muitas mulheres se deparam no controle e evitamento do tabagismo em face da gravidez:

Elas tentam... Principalmente, quem trabalha por turnos, tenta dentro dos possíveis, fazer algumas alterações, desde o aumento de refeições, porque há empresas que nem sequer permitem os 10 minutos para elas irem comer qualquer coisa... Dentro de alguns aspectos, tentam mudar. Se calhar, por exemplo, o tabaco é muito difícil... de mudar... sem ir à consulta... (Ent. E5).

Por outro lado, também é de interesse investigar sobre as alterações sofridas na alimentação e hábitos de vida do homem durante a gravidez da companheira (tabela 85).

Tabela 85: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre alterações sofridas na alimentação e hábitos de vida do homem durante a gravidez da companheira

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Não altera os hábitos diários de vida		✓	✓		✓	✓	4
Alterações semelhantes às necessárias na dieta da grávida	✓	✓		✓			3
Satisfação dos “desejos” da companheira				✓			1
Necessidade acrescida de sono/repouso da companheira				✓			1
Alterações sentidas na vivência da sexualidade				✓			1
Necessidade de colaborar mais nas actividades domésticas						✓	1
Evitar fumar perto da companheira					✓		1

Apesar de a maior parte dos/as participantes (quatro em seis enfermeiros/as) ter referido que os homens não alteram os seus hábitos diários de vida em consequência da gravidez da companheira, foram descritas várias alterações pelos/as enfermeiros/as para o período gravídico:

Se o homem não estiver na consulta de SM, não acompanhar a mulher durante a gravidez, vai ser extremamente difícil a mulher chegar a casa e dizer “vamos mudar os meus hábitos, porque alguém no Centro de Saúde me disse que eu ando a comer mal”, que ele, se calhar, não vai aceitar (Ent. E3) .

Neste aspecto, os/as utentes referiram em grande número (oito dos/as doze entrevistados/as) que, devido à gravidez, os homens aumentaram a ajuda prestada à mulher (tabela 32)

Metade dos/as enfermeiros/as entrevistados/as e mais de metade dos/as utentes (sete) afirmam que os homens sofrem alterações semelhantes às necessárias na dieta da grávida:

Eu acho que os homens devem ter hábitos semelhantes. Ajuda muito na motivação da mulher se o homem a acompanhar nas alterações e nos bons hábitos que ela vai ter que adquirir durante a gravidez. Porque se ela tem bons hábitos e ele não, vai ser muito complicado para ela manter-se motivada e conseguir levar aqueles hábitos avante (Ent. E2).

O enfermeiro E1 refere, como anteriormente, que o homem sofre também com a satisfação dos “desejos” alimentares da companheira; assim como com a necessidade acrescida de sono/repouso da companheira que, por vezes, o impele a colaborar mais nas tarefas domésticas; e com as alterações sentidas na vivência da sexualidade. A necessidade de colaborar mais nas actividades domésticas faz parte das perturbações sentidas pelo homem que o enfermeiro E5 referiu. O enfermeiro E4 acrescentou ainda, a necessidade de evitar fumar perto da companheira como mais um dos sacrifícios sentidos pelos homens.

Relativamente à alimentação, em específico, foi opção investigar a opinião dos/as enfermeiros/as sobre o tipo de dieta que a mulher e o homem devem fazer durante a gravidez (tabela 86).

Tabela 86: Opinião dos/as enfermeiros/as sobre a alimentação que, idealmente, a mulher e o homem devem fazer durante a gravidez

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Dieta variada, equilibrada e fraccionada		✓				✓	2
Ter cuidados durante a gravidez (não específica)	✓						1
Reduzir a ingestão de pão						✓	1
Cuidados na confecção dos alimentos						✓	1
Não sabe/Não responde			✓	✓	✓		3

A dieta saudável vem à cabeça dos estilos de vida a adoptar durante a gravidez, tanto sob o ponto de vista dos/as enfermeiros/as, como dos/as utentes (metade dos/as utentes entrevistados/as, em igual número de homens e mulheres, focaram este aspecto na tabela 33). Dois dos enfermeiros defendem que, tanto as grávidas como os seus companheiros, deviam fazer uma dieta variada, equilibrada e fraccionada. A enfermeira E2 apenas refere a necessidade de ter alguns cuidados durante a gestação, embora não especifique. Dos cuidados com a dieta, E5 especifica a redução da ingestão de pão e os cuidados na confecção dos alimentos: “os hábitos habituais que têm, nesta zona que é muito têxtil, é comerem e entrarem, e saírem e comerem; é estarem aquelas horas todas, geralmente, nas fábricas sem fazerem os intervalos” (Ent. E5). Metade dos/as enfermeiros/as não respondeu concretamente à questão. Relativamente a esta questão, os/as enfermeiros/as não foram além do tema da alimentação, ao passo que os/as utentes também se reportaram ao stress, apoio psicológico e ajuda do marido (tabelas 33 e 34).

O aleitamento materno é um tema de primordial importância, pelo que interessa a percepção dos/as enfermeiros/as sobre a opinião das senhoras acerca do assunto (tabela 87).

Tabela 87: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a opinião das utentes mulheres acerca do aleitamento materno

	Enfermeiros (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Mulheres muito motivadas para amamentar		✓	✓	✓	✓		4
Dividida entre mulheres muito motivadas e mulheres que não aderem por aspectos estéticos e de facilidade	✓						1
Não sabe/Não responde						✓	1

Quatro enfermeiros/as consideraram que as mulheres se sentem muito motivadas para amamentar:

As senhoras, o casal está muito mais informado acerca do aleitamento materno e acho que há uma maior

adesão ao aleitamento materno do que havia há uns anos atrás. Foi feito um bom trabalho nesse aspecto (Ent. E1). Acho que a grande maioria está predisposta para o aleitamento materno. Em algumas mulheres, caso não o consigam por algum motivo, sentem-se culpadas (Ent. E6).

Da mesma forma, os/as utentes já tinham enumerado diversas vantagens do aleitamento materno (tabela 35) que fortalecem esta motivação percebida pelos/as enfermeiros/as. A enfermeira E2 mostrou-se dividida entre mulheres muito motivadas e mulheres que não aderem por aspectos estéticos e de facilidade:

Aqui temos dois lados. Temos aquelas mulheres que dizem que sim, que querem amamentar até quando puderem, não interessam as consequências. E depois, temos outras que começam a olhar para o físico, começam a pensar na chatice que é ter que dar de mamar, preferem preparar um biberão, porque ... o bebé mama melhor. Eu acho que aqui temos os dois lados bastante equilibrados (Ent. E2).

Tal como noutras decisões que visam os elementos da família, a opinião dos homens é muito relevante. Por isso, os/as enfermeiros/as foram questionados a este respeito (tabela 88).

Tabela 88: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a opinião dos/as utentes homens acerca do aleitamento materno

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Forte adesão dos/as utentes		✓	✓	✓			3
Poder de decisão delegado na mulher	✓				✓	✓	3

Neste campo, as opiniões dividem-se a meio entre os/as enfermeiros/as que consideram que os utentes homens aderem fortemente ao aleitamento materno e os/as que opinam que os homens continuam a delegar o poder de decisão na mulher:

Eu acho que o homem não interfere nesta questão. Normalmente o homem deixa isso com a mãe; a mãe é que tem o leite, é que sabe se dá ou se não dá ... Existem alguns pais que questionam, que dizem se o leite da mãe chegará, se não... mas são poucos, ainda (Ent. E2).

A posição que os/as utentes demonstram face a este assunto (tabela 35), mostra que quatro dos seis homens entrevistados considerou o leite materno como o alimento melhor para o bebé. Além disso, muitas foram as vantagens apontadas à amamentação, tais como “é mais saudável”, “dá mais defesas à criança”, “é mais prático”, “ajuda a recuperar a forma do peito”, “ajuda o bebé a crescer”, “reduz as cólicas e obstipação” e “bebés amamentados são mais calmos”. Assim sendo, compreende-se que haja uma forte adesão a este alimento, tanto pelos homens, como pelas mulheres que responderam em igualdade numérica.

Além da opinião sobre o aleitamento materno, pediu-se aos/às enfermeiros/as o seu parecer

acerca da opinião do parceiro sobre a decisão da mulher de amamentar (tabela 89).

Tabela 89: Opinião dos/as enfermeiros/as sobre a influência da opinião do parceiro sobre a decisão da mulher de amamentar

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
A opinião do companheiro pode influenciar de forma positiva	✓	✓		✓			3
A opinião do companheiro pode conduzir, directa ou indirectamente, à desmotivação	✓	✓				✓	3
A opinião do companheiro pode influenciar, mas a decisão final cabe à mulher			✓		✓		2

As respostas dadas pelos/as enfermeiros/as mostraram que metade consideram que a opinião do companheiro pode influenciar, directa ou indirectamente, a decisão de amamentar, tanto pela positiva, como pela negativa:

Acho que, se o parceiro tentar motivar muito a companheira a amamentar é uma motivação a mais para ela e ela poderá amamentar durante mais tempo (...) Eu já vi casos desses, em que o pai acha que o leite não chega e ... não vale a pena ... e a mãe acaba por desmotivar e deixar de amamentar (Ent. E2). Eu acho que, se calhar, a mulher é mais influenciada... pelas condicionantes estéticas, em alguns casos, do que propriamente pelo companheiro, ou será pelo companheiro, mas indirectamente [...] Serão mais as vezes que a mulher... seja por pensar que o companheiro acha que... não fica bem, a nível de aspecto, seja pela própria debilidade que tem após o parto, muitas vezes, psicológico, terá, indirectamente, mais influência, porque penso que, directamente, o companheiro não se apercebe do que se está a passar... (Ent. E5).

Paralelamente, apenas um quarto dos/as utentes entrevistados/as considera a opinião do homem importante, face ao acto de amamentar o bebé (tabela 36). Este grupo de participantes defende mais que a decisão cabe apenas à mãe (quatro respostas). Dois dos enfermeiros consideraram, contudo, que em qualquer dos casos, a decisão final compete à mulher: “Não, é assim, como as mulheres estão tão motivadas para amamentar, não estou a ver o homem a dizer para não amamentar. (...) A percepção que eu tenho é que ela pode valorizar mas, acho que ela consegue fazer valer a sua opinião à do homem” (Ent. E6). Dois utentes (homens) admitiram ainda que a opinião do homem pode influenciar a decisão da mulher amamentar, embora não considerem que lhe seja lícito (tabela 36).

Outras preocupações existem depois do nascimento do novo elemento da família (tabela 90).

Metade dos/as enfermeiros/as da amostra defende que os pais participam no cuidado ao/à bebé:

Se forem casais abertos, e hoje verifica-se mais isso, em que o marido não só acompanha a mulher e o

bebé à consulta, como também ajuda em casa: levanta-se durante a noite para mudar a fralda, a mulher amamenta e depois ele próprio fica a mudar a fralda, à espera que o bebé adormeça... eles participam muito em casa (Ent. E3).

Tabela 90: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre o comportamento do homem, enquanto marido/companheiro, durante os primeiros meses e anos de vida do/a bebé

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Participa no cuidado ao/à bebé		✓	✓			✓	3
Participa nas visitas ao Centro de Saúde		✓	✓				2
Participa nas tarefas domésticas		✓					1
Sente-se realizado					✓		1
Sente-se preocupado					✓		1
Colaboração depende da ocupação laboral					✓		1
Não sabe/Não responde	✓			✓			2

Duas das enfermeiras verificam que os pais participam nas visitas da criança ao Centro de Saúde:

Muito participativos. Agora... é assim, o que eu vejo é que antigamente não se passava isto. Víamos muitas mulheres sozinhas no Centro de Saúde, com os bebés para fazer as vacinas. Hoje em dia, o que nós vemos, é que os maridos são muito participativos. Só aquele marido que depende muito do trabalho, que não pode faltar porque há risco laboral, é que não vai. Hoje os maridos muito participativos: na vacinação, nas consultas de SI, na consulta de revisão de puerpério à mulher... eles acompanham (Ent. E3).

O enfermeiro E4 descreveu o novo pai como uma pessoa realizada, preocupada e que colabora com as novas lides, consoante o tempo livre que lhe resta da ocupação laboral.

Não se tendo debruçado especificamente no cuidado directo ao/à filho/a, os/as utentes defenderam que o papel do homem passa muito pela partilha de tarefas, que não especificam (quatro respostas na tabela 38). Ainda se apresentaram dois homens que afirmaram não sentir necessidade de mudar a sua postura, o que poderá querer dizer que a postura habitual já contempla as alterações que outros apenas vislumbram em face desta situação particular. Por outro lado, também poderá significar alguma renitência na alteração de velhos costumes.

As opiniões dos/as enfermeiros/as sobre o comportamento que o homem deve ter durante os primeiros meses e anos de vida do/a bebé (tabela 91), diferem ligeiramente das que eles/elas consideram que são as reais.

A resposta a esta questão ficou algo limitada ao receber três abstenções, no entanto, a enfermeira E3 enriqueceu-a com o seu parecer que aponta para a participação do homem nas actividades

domésticas, nas consultas do bebé e da puérpera, assim como no cuidado do bebé:

Se forem casais abertos, em relação, e hoje verifica-se mais isso, o marido, não só acompanha a mulher e o bebé à consulta, como também ajuda em casa: levanta-se de noite para mudar a fralda, a mulher amamenta e depois ele fica a mudar a fralda, à espera que o bebé adormeça, participam muito em casa (Ent. E3).

Tabela 91: Opinião dos/as enfermeiros/as sobre o comportamento que o homem deve ter, enquanto marido/companheiro, durante os primeiros meses e anos de vida do/a bebé

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Participar nas actividades domésticas, nas consultas do/a bebé e da puérpera, no cuidado do/a bebé		✓					1
Devia estar mais atento e disponível			✓				1
Devia ser educado desde cedo para a parentalidade			✓				1
Não sabe/Não responde	✓			✓		✓	3

Em comparação com a opinião dos/as utentes, verifica-se que se pode resumir a perspectiva destes/as informantes na “ajuda em tudo o que for preciso”, tal como eles/elas próprios/as a classificam (tabela 37) e como Galastro e Fonseca (2007) concebem nesta nova visão de paternidade. A enfermeira E6 também contribuiu fortemente nesta resposta que sugere mais atenção e disponibilidade por parte do homem, bem como uma educação precoce orientada para a parentalidade:

Poderia ser ainda mais e começar no planeamento. Não quer dizer que um casal que começa no planeamento... não quer dizer que vão casar e ter filhos os dois, mas terem a lição. Mesmo que seja com outros; comecem desde o princípio a entender que a vida sexual é a dois; o casamento é a dois; o viver junto é a dois e o ter um filho é a dois. Se quando começassem a namorar fosse assim, começavam a acompanhar os filhos desde que nascem. Estava a falar em planeamento e reprodução. Refiro-me a essa época. Claro que se for desde pequeninos, já vão habituados (Ent. E6).

Depois de analisar as percepções dos/as enfermeiros/as sobre os comportamentos, atitudes e valores dos/as utentes sobre o PF e as suas opiniões pessoais sobre os mesmos, no próximo subcapítulo, será abordada a percepção dos/as participantes sobre a equidade de género nas atitudes, valores e práticas dos/as utentes e enfermeiros/as nas consultas de PF e SM.

4.3.4. Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a equidade de género nas atitudes, valores e práticas dos/as utentes e enfermeiros/as nas consultas de PF e SM

Uma das dúvidas que subsiste sempre que se fala das consultas de SM e PF é a preferência em relação ao sexo do/a profissional que o/a atende. Daí que se tornou essencial a colocação desta

questão (tabela 92).

Tabela 92: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a preferência dos/as utentes em serem atendidos/as nas consultas de PF e SM por enfermeiros/as do mesmo sexo

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Homens							
É indiferente		✓		✓		✓	3
Confiam mais nas enfermeiras (mulheres)	✓						1
Não sabe/Não responde			✓		✓		2
Mulheres							
Preferem ser atendidas por enfermeiras (mulheres)	✓	✓		✓		✓	4
Não sabe/Não responde			✓		✓		2

Verificou-se que a esmagadora maioria (nove utentes, dos/as quais quatro mulheres e cinco homens) afirmou ser-lhe indiferente o sexo do enfermeiro/a que o/a atende na consulta de PF e SM (tabela 38). Na opinião de metade dos/as enfermeiros/as, os homens não têm preferência pelo sexo dos/as enfermeiros/as que os atendem nas consultas de PF e SM:

Os homens? Na saúde materna e obstétrica? Os homens, acho que preferem [risos]...eles têm dificuldade em falar com qualquer um [risos], homem ou mulher é indiferente (...) Depende (Ent. E1). Para os homens, é indiferente [...] Eu já atendi homens no PF e não se mostraram nada... desconfortáveis por eu os ter atendido (Ent. E3). Acho que os homens ainda estão... na de... acompanhamento... Se calhar, o estar uma mulher ou um homem ainda é... para eles, se calhar, é indiferente. Se calhar, para estar com a mulher,... para a observar, fazer o ensino do auto-exame ou o que for, se calhar, uma mulher, se calhar está na preferência deles, do que estar lá um homem, não é... com a companheira... (Ent. E5).

A enfermeira E2 considerou que os homens confiam mais nas enfermeiras (mulheres): “Eu acho que os homens acabam por não ter preferência, no entanto, eu acho que eles vêm na enfermeira um maior nível de conhecimentos, apesar de isso não se verificar, porque temos todos a mesma formação” (Ent. E2). Dois dos entrevistados (uma mulher e um homem) não responderam concretamente a esta questão.

Em relação à opinião da mulher, os/as enfermeiros/as já têm uma opinião um pouco diferente. Quatro enfermeiros/as consideraram que as mulheres preferem enfermeiras (mulheres) a atendê-las no âmbito da SSR:

Das mulheres, já ouvi de tudo. Já ouvi dizer que são melhor tratadas pelos enfermeiros do que pelas enfermeiras, desculpa lá. Mas, a maior parte preferem ser acompanhadas pelo seu par, que se calhar até já percorreu o caminho que ela está a percorrer, do que por um homem (Ent. E1). Normalmente, quando temos internos de Medicina ou estagiários de Enfermagem homens que estão dentro da consulta, elas [as utentes]

manifestam muitas vezes a vontade de que eles saiam, porque não se sentem à vontade (Ent. E2).

Relativamente à preferência que os/as enfermeiros/as percebem que os/as utentes têm por serem atendidos por um enfermeiro ou por uma enfermeira, obteve-se, no estudo efectuado por Laranjeira *et al.* (2008), diferentes resultados, consoante os/as utentes fossem homens ou mulheres. Assim, os primeiros não têm preferência, na opinião dos/as enfermeiros/as, ao passo que as mulheres preferem ser atendidas por enfermeiras (mulheres). Estas preferências não se revêem totalmente nas reais preferências referidas neste estudo pelos/as utentes.

Os/as enfermeiros/as também foram questionados sobre a sua percepção relativamente à importância que os/as utentes acham que eles/as dão ao homem/mulher nas consultas de PF/SM (tabela 93).

Tabela 93: Percepção dos/as enfermeiros/as sobre a importância que os/as utentes pensam que os/as enfermeiros/as dão ao homem e à mulher nas consultas de PF e SM

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Homens							
A consulta direcciona-se mais para as mulheres	✓		✓	✓			3
Não pensam no assunto					✓		1
Não sabe/Não responde		✓				✓	2
Mulheres							
A consulta direcciona-se mais para as mulheres	✓		✓	✓			3
Ambos os elementos do casal são importantes de igual forma					✓		1
Não sabe/Não responde		✓				✓	2

A maior parte dos/as enfermeiros/as defendeu que a consulta, de facto, se centra mais na mulher, porque é ela que recorre lá mais frequentemente. Também poderá ser porque alguns/algumas dos/as enfermeiros/as afirmaram que se sentiam mais preparados para trabalhar as questões da SSR com as mulheres do que com os homens.

Da mesma forma, a opinião de metade dos/as enfermeiros/as, tanto de homens como de mulheres, é de que a consulta se direcciona mais para a mulher:

Os profissionais quando fazem as consultas, fazem-nas direccionadas para mais para as mulheres do que para os homens. As mulheres também sentem a consulta mais voltada sobre si [...] Eu acho que eles pensam isso e, por isso, é que as consultas são direccionadas para as mulheres e, então, só elas é que aparecem (Ent. E1). Como eles acham que não devem vir cá no PF, com certeza que acharão que nós damos muita mais importância à mulher, porque o nível de ensinamentos que fazemos à mulher, se calhar, é um leque de ensinamentos maior do que o que fazemos a eles e, na SM o enfoque está muito na grá-

vida, porque é ela que está grávida ... Eles sentir-se-ão um bocadinho colocados de lado (Ent. E2).

Comparando com os dados registados na tabela 41, verifica-se uma ligeira discrepância, uma vez que os/as utentes entrevistados/as no âmbito desta dissertação consideraram, predominantemente (sete em doze utentes), que os/as enfermeiros/as dão a mesma importância tanto aos homens como às mulheres. Apenas quatro utentes afirmaram que os/as enfermeiros/as dão mais importância à mulher nas consultas de SM e PF mas, na sua opinião, esta atitude está correcta.

Um dos participantes considerou que os homens não pensam sequer no assunto. Existiu uma pequena diferença, no parecer dos/as enfermeiros/as, em relação à opinião da mulher sobre este assunto. Um enfermeiro pensa que a mulher considera que ambos os elementos do casal têm de ser e são tratados com igual grau de importância. Um enfermeiro e uma enfermeira não responderam à questão. Comparando com o estudo referido no Capítulo II, realizado por Laranjeira *et al.* (2008), obtiveram-se resultados concordantes sobre a percepção dos enfermeiros relativamente à importância que os utentes pensam que eles dão ao homem e à mulher nas consultas de PF e SM.

Na realidade, também importa saber qual é a importância que os/as enfermeiros/as dão efectivamente ao homem e à mulher nas consultas de SM e PF (tabela 94).

Tabela 94: Opinião dos/as enfermeiros/as sobre a importância que se dá ao homem e à mulher nas consultas de PF e SM

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
A consulta centra-se mais na mulher porque é ela que recorre mais frequentemente	✓	✓	✓	✓			4
Dá-se igual importância a ambos					✓	✓	2

Apesar de todos/as os/as enfermeiros/as entrevistados/as concordarem que se devia dar a mesma importância ao homem e à mulher, no âmbito das consultas de SM e de PF e de os/as utentes entrevistados/as assim o considerarem (tabela 41), quatro dos/as enfermeiros/as (dois terços da amostra) afirmaram que a consulta acaba por se centrar mais na mulher, uma vez que é ela que recorre mais frequentemente à consulta. Esta também é uma postura que, como se viu anteriormente, corresponde às expectativas de alguns/algumas utentes. As razões que subsistem a este facto podem residir, segundo E1, na formação deficiente dos/as profissionais para abordar o PF no masculino:

Nós damos a mesma importância, mas uma coisa é dar a mesma importância e outra coisa é que só nos aparecem mulheres, então a gente tem de direccionar para elas. Mas acho que damos a mesma importância. [...] Acho que já há uma má preparação, acho que não há preparação para fazer consultas de planea-

mento familiar. Mas, acho que uma colega que faça planeamento familiar, se lhe perguntar como é que reagiria ou como é que faria uma consulta de planeamento familiar a um homem, acho que se calhar, ela se veria um bocado “à rasca”, dizendo o que é que teria de fazer. Aquilo já está definido, aquilo é um padrão quase aplicado. [No curso de enfermagem] Dizem que o homem deve ser incluído, mas só falam da mulher (Ent. E1).

As enfermeiras E3 e E6 responsabilizaram a atitude dos/as enfermeiros/as por este facto, defendendo que deviam estar mais atentos/as e incentivar à participação dos homens:

O que eu sei é que nós, nessas consultas, devemos dar tanta importância ao homem como à mulher e deixar que eles verbalizem também as dificuldades e as dúvidas deles. (...) Damos muita mais importância à mulher... do que ao homem (...) Se a nossa atitude durante as consultas fosse de que o homem poderia participar, durante a consulta nós dêssemos oportunidade ao marido para falar sobre os seus problemas, as suas dúvidas, ou o que ele quisesse falar, ele sentir-se-ia tão receptivo como a mulher e tão útil como a mulher (Ent. E3). Não. [risos] Sou-te sincera. Acho que talvez não. É mais pelo deixa levar. Às vezes, até podíamos alertar ou pressionar a senhora “Então, e o seu marido? O seu companheiro porque não vem ...?”, Mas, passa-me muitas vezes ao lado (Ent. E6).

A participação masculina na consulta também foi considerada como muito relevante pelos/as utentes, quando questionados/as a propósito. Cinco dos/as doze utentes afirmaram que o homem deve participar sempre que tenha disponibilidade e três admitiram ser sempre importante a participação de ambos os elementos do casal na consulta de PF (tabela 40).

Consegue-se perceber melhor a importância desta presença do casal na consulta de SM e PF quando se visualizam os objectivos da mesma, mencionados na revisão de literatura. Segundo se descreveu, estas consultas proporcionam ao casal informações essenciais à tomada de decisões sobre o seu futuro, do ponto de vista reprodutivo, ao mesmo tempo que o orienta no sentido da prevenção de gestações indesejadas. Alude-se, também, aos benefícios de comportamentos saudáveis, alerta-se para os riscos, numa perspectiva de promoção da saúde da mulher, do casal e, eventualmente do feto. Assim sendo, além do ponto de vista técnico-científico essencial ao/à profissional, exige-se, também, competências de nível relacional e educacional. Em contrapartida, apenas dois enfermeiros consideraram que se dá a mesma importância a ambos os membros do casal.

Com base nas reflexões que os/as enfermeiros/as foram tecendo ao longo da entrevista, foi-lhes solicitada a nomeação de algumas sugestões que considerassem úteis, no sentido de mudar as consultas de PF e SM para promover a equidade de género na promoção da SSR (tabela 95).

Tabela 95: Sugestões dos/as enfermeiros/as para mudar as consultas de PF e de SM

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Incentivar à participação dos homens	✓	✓	✓	✓			4
Dispor de mais tempo para a consulta		✓	✓			✓	3
Descentralizar a importância da consulta na realização da citologia	✓					✓	2
Realizar consultas de PF para os casais (os dois em simultâneo)				✓			1
Não sabe/Não responde					✓		1

Neste sentido, uma das sugestões deixadas por quatro dos/as entrevistados apela a favor do incentivo à participação dos homens nestas consultas:

Numa primeira fase, como são só as mulheres que aparecem, tentaria incentivá-las a que trouxessem os maridos (Ent. E1). Em relação à SM, já se faz alguma coisa para os introduzir mais. O facto de eles virem assistir às aulas, às sessões de educação de preparação para o parto, o facto de eles já acompanharem as mulheres à consulta, acho que a mentalidade já está a mudar e que temos é de continuar no mesmo caminho, de os motivar para virem cá com as companheiras (Ent. E2). Se calhar um pouco de... Despertar o interesse... não é o interesse, é alertá-los para sobre esta coisa da vida do casal, se calhar que os profissionais estejam mais abertos a estas situações e ter, pelo menos, empatia e, depois, mediante aquilo que nos aparece pela frente conseguir lidar com a situação de acordo com o que nos aparece (Ent. E6).

Metade dos/as participantes consideraram que necessitavam de mais disponibilidade de tempo para concretizar as consultas com mais êxito, no âmbito da SSR:

Mudava. Mudava. A primeira coisa que mudava é que, infelizmente, por recursos humanos, nós não temos tempo para fazer uma consulta de PF como deve ser, para a mulher, quanto mais para o casal! Porque se nós tivéssemos mais tempo para, para, tempo necessário que o casal quisesse, nós conseguíamos que eles, das próximas vezes, voltassem (Ent. E3). Tempo... acho que é o ideal. Porque se uma pessoa, nos solicita e nós não temos tempo como é que nos vamos conseguir cativar, criar empatia, o tempo acho que está na base e espaço e se calhar se a gente mesmo que não o tenho arranjasse sempre um cantinho desde que tenhamos tempo, disponibilidade (Ent. E6).

Na opinião de dois enfermeiros da amostra, é necessário descentrar a importância da consulta de PF da realização da colheita para citologia ou exame de Papanicolaou:

Em relação ao PF, eu não centraria tanto a consulta de PF na citologia como ela é hoje; é muito concentrada na citologia. As senhoras, normalmente, só vêm à consulta de PF para fazerem a citologia e, daí que os homens não se sintam minimamente motivados para virem cá (Ent. E2). As consultas de PF é, basicamente, a consulta do exame de Papanicolaou. De maneira geral, seja para ir buscar os preservativos, os anti-conceptivos... seja por outro problema, é ir ao fundo do corredor, chamar o enfermeiro que lá está, que tem que deixar a actividade em que está, para vir fazer a entrega em 5 minutos e voltar para a actividade onde

estáva. Ou seja, mesmo que queira, não tem disponibilidade para estar a dar uma consulta, ouvir o que o utente tem para dizer ou quer saber. “É isto que quer? Tenho ali mais 50 pessoas à minha espera.” Eu penso que é os moldes que estão, tirando as excepções, consultas planeadas com o médico de família... Não tens um enfermeiro disponível para estar ali, ouvir quem quer que seja, o tempo que for necessário... tudo contado ao minuto...” (Ent. E5).

Antes de mais, importa clarificar o conceito de consulta que, de acordo com a Federação Internacional de Planeamento Familiar (IPPF, 2000, p. 5) “se refere ao exame médico realizado por um profissional que pode ser o médico, a enfermeira, a parteira ou matrona”. Uma consulta de planeamento familiar (PF) inclui, portanto, segundo este documento, “serviços relacionados com todos os métodos contraceptivos (modernos e tradicionais), incluindo os casais na tomada de decisão sobre anti-concepção e sobre outros aspectos relacionados” (IPPF, 2000, p. 6). Este esclarecimento vem justificar a resposta dos enfermeiros E2 e E5, já que confirma a abrangência da consulta de PF, com uma extensão superior à mera colheita de espécimes para análise citológica.

O enfermeiro E1 considerou que a opção passa por marcar e realizar as consultas de PF para os casais, com marcação para os dois elementos em simultâneo: “Eu acho que as consultas a casal, não deve ser uma consulta para o homem, uma consulta para a mulher mas uma consulta para o casal e neste caso devem estar os dois presentes” (Ent. E1). Apenas o enfermeiro E4 não tem opinião formada que sustente a resposta a esta solicitação.

Cientes da inexistência de uma estratégia única para a promoção da saúde sexual ser aplicada por igual em todos os contextos, a OMS (s.d.) defende que é preciso compreender como funcionam os programas em cada contexto social em particular para que os Cuidados de Saúde Primários sejam capazes de garantir uma continuidade mais efectiva e global das acções desenvolvidas. Assim, Prazeres (2002) deixa a proposta para que, em todas as iniciativas tomadas sobre promoção da saúde, se actue uma perspectiva de «género», “ponderando as especificidades masculinas e femininas em saúde, a constância e a evolução dos comportamentos tidos por cada género, bem como as interacções existentes entre as [suas] condutas” (Prazeres, 2002, p. 129).

Desta forma, seria de grande utilidade apontar algumas propostas de possíveis estratégias que os/as enfermeiros/as consideram que deviam existir no Centro de Saúde, no sentido de promover a equidade de género na promoção da SSR (tabela 96).

Apontadas por diferentes grupos constituídos por metade dos/as enfermeiros/as, surgem três sugestões diferentes, como sejam o incentivo à participação dos homens, a flexibilização dos horários

de atendimento e a formação em serviço para os/as profissionais de saúde:

Incentivá-los durante a consulta a participar; fazer programas na comunidade para homens e... alertar sobre... devia ser alertar, tanto homens, como mulheres, para essas situações, informar, sei lá, tanta coisa que se podia fazer [...] O que nós podíamos mudar era a... nossa mentalidade em relação a isso porque, se calhar, em alguns colegas, uma mulher marcar uma consulta de PF é banal, é rotina, mas se calhar, naquele período de consultas de PF, se nos aparece lá escrito o nome de um homem, já acharíamos estranho. Mas, se a nossa mentalidade estivesse aberta para isso, nós já não estranharíamos, e isso já parte um bocadinho de fazer formação no serviço para os profissionais, para dar importância ao homem nessa consulta e saber trabalhar também com eles, da mesma forma como se trabalha com as mulheres (Ent. E3).

Tabela 96: Estratégias que os/as enfermeiros/as consideram que devem existir no Centro de Saúde para promover a equidade de género nos cuidados de SSR

	Enfermeiros/as (n=6)						Total
	M			H			
	E2	E3	E6	E1	E4	E5	
Incentivar à participação dos homens	✓	✓		✓			3
Flexibilizar os horários de atendimento	✓			✓	✓		3
Formação em serviço para os/as profissionais de saúde		✓	✓			✓	3
Mostrar proximidade e disponibilidade ao casal	✓					✓	2
Investir na formação dos/as adolescentes/jovens	✓			✓			2
Programas comunitários de informação/formação		✓					1
Instituir e divulgar a consulta de Enfermagem de PF			✓				1

Dois dos participantes defendem a demonstração de maior proximidade e disponibilidade ao casal, bem como o investimento na formação dos/as adolescentes/jovens:

Mostrar disponibilidade, ... de forma a que ... o casal saiba que pode contar com o CS, que pode vir cá, que será esclarecido das dúvidas, que se tentará, ao máximo, resolver o problema. Acho que passa muito pela proximidade e pela disponibilidade que o CS tem de mostrar aos utentes (...) Acho que ainda estão muito pouco informados. No entanto, junto dos jovens começamos já a ter outra visibilidade e eles começam já a estar informados acerca do nosso trabalho e das ajudas que podem encontrar aqui. (Ent. E2).

A sugestão de um dos entrevistados passou pela criação de programas comunitários de informação/formação, bem como da instituição e divulgação da consulta de enfermagem de PF.

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. O ICN também defende como medida importante a formação de enfermeiros/as, de modo a que estes/as possam ajudar os homens a manifestar os seus sentimentos, de uma forma saudável e a procurar ajuda adequada. O incentivo à participação dos homens também poderá passar pela organização de campanhas que fomentem o contacto dos mes-

mos com os serviços de saúde ou pela criação de grupos de consciencialização dos homens acerca da sua saúde sugeridas pelo ICN. Desta forma se verifica que a opinião dos/as enfermeiros/as se encontra no caminho certo e que as instituições de relevo para a prática de enfermagem, como o ICN neste caso, não se encontram desfasadas da realidade e não perspectivam práticas baseadas em lirismos e utopias.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

5.1. Introdução

Neste capítulo apresentam-se as conclusões do estudo realizado em função dos objectivos e das questões de investigação apresentadas no capítulo I (5.2) e discutem-se as implicações decorrentes desta investigação (5.3). Por último, com base nos resultados obtidos na investigação e nas limitações do estudo, apresentam-se algumas sugestões para futuras investigações (5.4).

5.2. Conclusões da investigação

Este estudo descritivo sobre as experiências subjectivas dos/as participantes, deu especial ênfase à percepção dos/as mesmos/as acerca da experiência vivida a nível da saúde sexual e reprodutiva e do significado que atribuem à essência dessa experiência. A investigação, dividida em dois estudos complementares, visou analisar quais eram as necessidades educativas de homens e mulheres, utentes e enfermeiros/as das consultas de Planeamento Familiar e Saúde Materna, para promover a equidade de género na saúde sexual e reprodutiva dos/as utentes. O primeiro estudo foi dirigido a utentes da consulta de enfermagem de SM e de PF, de um Centro de Saúde do Distrito de Braga. O segundo foi dirigido aos/às enfermeiros/as que exercem funções nessa instituição de saúde.

Dada a existência de dois grupos de estudo diferentes, realizaram-se e seguiram-se dois guiões de entrevista adaptados à especificidade de cada um. A entrevista dirigida aos/às utentes visou investigar as diferenças de género nas suas fontes de informação sobre SSR; os seus conhecimentos, atitudes, valores e comportamentos sobre PF e a vida em família e a sua percepção sobre a equidade de género nas consultas de PF e SM. A segunda entrevista, dirigida aos/às enfermeiros/as, investigou a sua percepção sobre a sensibilidade ao género na sua formação e prática e a sua percepção sobre os aspectos estudados nos utentes.

Desta forma, o primeiro estudo “Conhecimentos, atitudes, valores e comportamentos dos/as utentes das consultas de PF e SM sobre a equidade de género na promoção da SSR”, procurou dar resposta a três questões de partida, cujas principais conclusões se apresentam de seguida.

i) Os homens e as mulheres, utentes das consultas de PF e SM, tiveram as mesmas fontes de informação sobre saúde sexual e reprodutiva?

Relativamente à primeira dimensão em estudo, apuraram-se como principais conclusões, que a maior parte destes/as utentes referiu ter abordado temas relacionados com a educação sexual na escola. Na sua maioria, estes/as utentes são mulheres, coincidindo também com os/as mais jovens da amostra e os/as que têm um nível de escolaridade superior ao primeiro ciclo de ensino básico. Estes resultados também permitem verificar o impacto da introdução da Lei n.º 3/84, de 24 de Março, como componente do direito fundamental à educação.

Os/as utentes entrevistados/as, recordam-se dos temas de educação sexual tratados na escola que estão mais directamente relacionados com as suas necessidades presentes. Nos/as utentes da consulta de saúde materna houve a referência ao desenvolvimento na escola de temas como as relações sexuais, IST's, aborto, ciclo menstrual e adolescência/ puberdade, tal como a lei supracitada prevê. De igual forma, só entre os/as utentes da consulta de planeamento familiar foram referidos os temas da reprodução, do sistema reprodutor e das transformações físicas como temas tratados na educação sexual na escola.

Quase todos/as os/as entrevistados/as apontaram o recurso a diferentes fontes de informação no âmbito desta temática, além do currículo escolar. A fonte de informação que os/as entrevistados/as identificaram como a mais utilizada foi a comunicação social (televisão, internet e revistas). Verifica-se também que a maior parte dos/as utentes que referiu esta fonte de informação eram homens. A par desta fonte de informação, situam-se os/as colegas e amigos/as, desta vez, mais focados pelas senhoras. Os livros, também mais focados pelas senhoras, ocupam o terceiro lugar na lista de destaques das fontes de informação utilizadas, seguidos da família, onde se destacam os pais e as irmãs mais velhas. Apenas um dos entrevistados reconheceu a figura do enfermeiro como educador na área da SSR, apesar de metade da amostra ter referido que sabia da possibilidade de recurso aos serviços disponibilizados gratuitamente pelo Estado nos Centros de Saúde, como um direito fundamental à vida dos cidadãos, que fornece serviços de planeamento familiar e, portanto, acesso livre à educação e à informação relativa à sexualidade. Este reconhecimento por parte destes/as uten-

tes dá visibilidade às orientações emanadas na Declaração de Alma Ata (OMS, 1978), que preconizam a inclusão, nos cuidados de saúde primários, de actividades de educação sobre os problemas de saúde predominantes e os meios de os prevenir e tratar, entendendo-se como parte integrante das suas funções, a educação para a saúde. Pode-se verificar, também, a necessidade de fazer esforços, no sentido de promover a informação dos/as doentes relativamente ao direito de serem informados acerca dos serviços de saúde existentes e suas competências e níveis de cuidados, como preconizado pela Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (DGS, 2004a).

No âmbito das fontes de informação que estes/as utentes assinalam como as que mais contribuíram para a aprendizagem sobre sexo e relações interpessoais, as mais citadas são os/as namorados/companheiros/as, os/as amigos/as e a comunicação social, sem distinção entre as preferências de homens e mulheres.

- ii) Os homens e as mulheres, utentes das consultas de PF e SM, diferem em relação aos seus conhecimentos, atitudes, valores e comportamentos face ao planeamento familiar e à vida em família?

Quanto à segunda dimensão do estudo, verificou-se que a grande maioria dos/as entrevistados/as pensou em prevenir a gravidez quando iniciou a actividade sexual, sendo que este grupo se constituiu com a resposta favorável de quase todas as mulheres que faziam parte da amostra, encontrando-se proporcionalmente melhor representadas que os homens, nesta resposta. Os sujeitos que pensaram prevenir a gravidez utilizaram o Contraceptivo Hormonal Oral (CHO) e o preservativo, com a mesma frequência de utilização para ambos os métodos.

Apesar da maioria dos/as entrevistados/as referir saber que o Centro de Saúde constitui um dos recursos disponíveis no âmbito dos cuidados de SSR, poucos/as afirmaram ter recorrido a uma consulta médica prévia e os/as que o fizeram eram mulheres.

Nenhum/a dos/as entrevistados/as recorreu alguma vez à contracepção de emergência, apesar de terem conhecimento da sua existência. De uma forma geral, abordaram o assunto com indiferença e alguma repulsa.

Tal como com a prevenção da gravidez, também se notou grande preocupação por parte dos/as entrevistados/as em evitar as IST's, tendo sido o preservativo sinalizado por quase todos/as, sem diferença entre homens e mulheres, como o método preventivo utilizado.

Nota-se grande sensibilidade, por parte dos/as utentes, ao admitirem falar da relação amorosa actual. Neste contexto, um dos assuntos que é mais discutido por este grupo de participantes é o do interesse e desejo sexual. Os problemas de saúde sexual e reprodutiva também foram referidos como tema de conversa. Além dos assuntos relativos à relação amorosa actual e dos sentimentos que os movem, dos quais todos/as falaram, de uma ou de outra forma, também foram tocados os temas do número de filhos e a altura que se considera propícia para o seu nascimento e, conseqüentemente, os métodos contraceptivos.

A discussão destes assuntos relacionados com a vida sexual do casal depende, na opinião da maior parte dos/as utentes entrevistados/as, da iniciativa tanto do homem, como da mulher. Assim se poderá acreditar numa participação crescente dos homens nas questões que dizem respeito à saúde reprodutiva, como refere a IPPF/ The Population Council (2001), se acreditarmos que a sexualidade se encontra circunscrita a um contexto histórico e cultural concreto, que determina e é determinada por costumes, tradições e valores, tal como defendem a OPS, OMS (2000). Esta atitude permite aos/às utentes dar visibilidade às suas percepções pessoais de vida saudável e de ambiente saudável e, por conseguinte, favorece uma participação activa na tomada de decisões sobre a sua saúde, de acordo com a definição de saúde da WHO, segundo defende Vilaça (2006).

Face a uma situação de dificuldade em engravidar, a opinião mais consensual entre os/as utentes, especialmente referida pelos homens, foi a da adopção. Esta posição pode fundamentar-se no facto que os/as utentes referem, e que condiz com a literatura consultada (Bobak *et al.*, 1999), de haver um considerável investimento físico, emocional e económico que envolve o diagnóstico e tratamento das alterações da fertilidade, e que se arrasta por longos períodos de tempo.

Acerca das formas que estes/as utentes conhecem para ultrapassar este problema, a maior parte, independentemente do sexo, não sabe ou não responde, da mesma forma como se verifica a respeito dos exames complementares de diagnóstico. Alguns/algumas utentes referem apenas que sabem que existem estes exames, mas não os identificam.

A respeito da fertilização *in vitro*, uma grande parte dos/as entrevistados/as (homens e mulheres da mesma forma) refere-se a este recurso como um dos últimos recursos, por ser complicado. Na opinião de alguns utentes (homens), a pessoa infértil sente-se desconfortável porque assume um filho/a que não é biologicamente seu/sua, o que não corresponde obrigatoriamente à realidade, uma vez que os gâmetas utilizados poderão ser do próprio casal e não de dadores.

Para muitos utentes inquiridos (a maior parte homens), a adopção também é um processo emocionalmente complicado e envolvido por dificuldades burocráticas. Ainda assim, esta solução ganha adeptos, principalmente do grupo dos homens, quando comparada com a fertilização *in vitro*. Sendo que metade dos/as entrevistados/as (essencialmente as mulheres) não sabe ou prefere não se manifestar acerca do impacto da infertilidade no casal. Outros houve (na sua maioria, homens) que consideraram a infertilidade difícil para o casal e, outros, em menor número, também consideraram que se torna mais difícil para a mulher.

Acerca do conhecimento dos/as utentes entrevistados/as sobre a lei Portuguesa actual relativa à interrupção voluntária da gravidez (Lei n.º 16/2007), pôde verificar-se que as posições estão divididas entre os/as que dizem conhecer a lei e os/as que não conhecem. Do primeiro grupo, constam quase todas as mulheres e, do segundo, quase todos os homens que fizeram parte da amostra. A maior parte dos/as utentes, independentemente do sexo, não manifesta interesse em saber mais sobre este tema. De qualquer modo, a maioria dos/as entrevistados/as concorda com a IVG em determinados casos descritos na referida lei, tais como: no caso de malformações congénitas (dentro destes, a maioria são mulheres), caso a mãe corra risco de vida e perante situações de violação (nestes dois casos, os homens são mais favoráveis ao aborto). Este nível de concordância já não se verifica quando se trata de IVG em caso de gravidezes indesejadas, no qual quase todos/as os/as participantes, tanto homens como mulheres, se opõem.

No âmbito da vida em família, foi possível concluir que uma grande parte dos/as utentes entrevistados/as, principalmente, homens, considera que existe colaboração mútua entre os elementos do casal, no que respeita às actividades de vida doméstica ou, em segunda análise, que a mulher gere estas actividades e o homem colabora. Esta última opinião corresponde mais à percepção que as mulheres têm, revelando uma ligeira discrepância entre o que os homens consideram como “colaboração mútua” e o que as senhoras entendem como mera ajuda a pedido/sugestão delas.

No âmbito do planeamento familiar, tanto homens como mulheres consideram, por um lado, importante a participação masculina e, por outro, consideram que existe falta de informação e falta de motivação, condicionando-se o papel do homem a uma ajuda relativa, “ajuda no que pode”. Esta visão enquadra-se integralmente no exposto por Laranjeira *et al.* (2008), quando se verifica 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, apenas em regime de colaboração ou participação, na sombra das representações que tendem a colocar as mulheres como principais respon-

sáveis.

Nos mesmos moldes se enquadram as opiniões face ao papel que o homem desempenha durante a gravidez da mulher. Assim, o apoio/acompanhamento foi o papel mais valorizado, tanto por homens como por mulheres, verificando-se que a maior parte dos homens entrevistados e/ou casados com as mulheres entrevistadas, participam ou participaram nas consultas de SM. Quanto à consulta de SM propriamente dita e ao papel que estes/as utentes defendem que o homem deveria ter, verifica-se o mesmo resultado, com uma grande parte dos/as entrevistados/as, essencialmente homens, a considerar que o homem deveria acompanhar a esposa em todas as fases da gravidez ou, pelo menos, nas ecografias. Da mesma forma, a maior parte dos/as utentes revela satisfação pela sua participação no PF, ou pela participação do companheiro.

Relativamente aos hábitos de vida da mulher enquanto grávida, a principal conclusão retirada, tanto de homens como de mulheres, consiste em não cometer excessos a nível alimentar ou nos hábitos da vida diária. A este propósito foram enunciados diversos exemplos de cuidados a seguir, todos eles de acordo com a perspectiva apresentada por Bobak *et al.* (1999). No entender da maioria destes/as utentes, o homem acaba por fazer a mesma dieta da esposa durante a gravidez. Outra das repercussões sentidas no estilo de vida do marido/companheiro, tem a ver com a ajuda que este presta à mulher e que aumenta em consequência da gravidez. Esta perspectiva foi referida por todos os homens que participaram no estudo e por algumas mulheres.

Em jeito de resumo, os/as utentes entrevistados/as consideraram, independentemente do sexo, como essencial ao estilo de vida ideal para a grávida, a alimentação saudável e a ausência de stress. Quanto ao estilo de vida do homem durante a gravidez da companheira, as mulheres sublinharam a importância de ajudar a companheira a fazer uma alimentação saudável e homens e mulheres reforçaram a importância da ajuda nas actividades domésticas.

Relativamente ao papel que o homem ocupa durante a gravidez, puerpério e primeiros anos de vida do/a bebé, os/as utentes (homens e mulheres da mesma forma) consideraram que este dá apoio à mulher, ajuda em tudo o que for preciso, inclusivamente, de noite, para cuidar do/a bebé. De forma ideal, defendem que o homem deve partilhar tarefas com a mulher ao longo deste período. Esta atitude vem contrariar a bibliografia consultada, que afirma que, no mundo ocidental moderno, o homem ainda ocupa um papel mínimo na vivência da gravidez e da parentalidade, actuando na maioria das vezes, como mero espectador do nascimento do/a filho/a. Segundo os resultados obtidos,

verifica-se que 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 promoção da autonomia individual.

Reportando-nos especialmente ao cuidado do/a bebé, pudemos apurar que, na opinião dos/as entrevistados/as, o leite materno é o que alimenta melhor e é mais saudável, entre outras vantagens apontadas por homens e mulheres, tal como se defende na literatura consultada de Gartner *et al.* (2005) e Alden (2008). Neste contexto, alguns/algumas utentes opinam que a decisão de amamentar cabe exclusivamente à mãe, sendo também a opinião do pai importante. Também se insinua que, apesar de a decisão não ser dele, o homem acaba por interferir, ainda que indirectamente, e que as próprias mulheres se podem sentir constrangidas por amamentar em público, devido à sua exposição física.

- iii) Os homens e as mulheres, utentes das consultas de PF e SM, têm a mesma percepção sobre a equidade de género nas atitudes, valores e práticas dos/as utentes e enfermeiros/as nessas consultas?

Neste enquadramento, verificou-se que o sexo do/a enfermeiro/a que realiza as consultas de SM e PF é indiferente para a maior parte dos/as entrevistados/as, quer para os homens, quer para as mulheres, e que a participação do casal, em conjunto, é importante nas consultas de PF. Esta postura concorda com o estipulado pelo ICN, no que respeita à necessidade de participação de cada um/a na identificação das suas necessidades e prioridades. Desta feita, os/as utentes, essencialmente as mulheres (todas), consideram que os/as enfermeiros/as dão a mesma atenção ao homem e à mulher nas consultas, assumindo-se o conceito de equidade, na perspectiva de Gómez (2001), como “um imperativo de carácter ético, associado a princípios de justiça social e direitos humanos”(p. 3).

Das estratégias que os/as utentes consideram que devem existir no Centro de Saúde para promover a equidade de género na SSR, homens e mulheres salientaram, entre outras: mais divulgação sobre o papel do homem no PF; intervenção mais pró-activa do Centro de Saúde; flexibilidade de horário e cumprimento dos mesmos, no sentido de permitir o envolvimento activo dos indivíduos na construção do seu próprio conhecimento e da sua competência de acção, como preconiza Jensen (1995) e Vilaça (2006).

No segundo estudo, “Percepções dos/as enfermeiros/as sobre a equidade de género nas atitudes, valores e comportamentos dos/as utentes e nas práticas clínicas de SSR”, foi possível retirar

algumas conclusões, que se organizam, também, segundo as três questões de partida.

- i) Os enfermeiros e enfermeiras das consultas de PF e SM têm a mesma percepção sobre a sensibilidade ao género na sua formação e prática profissional?

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, contudo, 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 promoção 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). Assim, verifica-se que estes/as profissionais de saúde não se sentem suficientemente bem preparados/as, quanto a conhecimentos, atitudes e competências apropriadas para proteger e promover a saúde sexual e reprodutiva, tal como defendia a OMS (2004), no documento *Política de Saúde para Todos para o Século XXI*.

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 promoção da SSR, tal como defende Laranjeira *et al.* (2008), uma vez que, cada um destes grupos tem, forçosamente, necessidades específicas e vivências diferentes. Segundo as enfermeiras, as mulheres demonstram mais interesse e estabelecem uma relação mais próxima com o/a enfermeiro/a. Na sua perspectiva,

estas diferenças não comportam diferenças nos critérios de definição de diagnóstico. Mesmo na prescrição de intervenções, há muita discrepância de respostas, contrariando os resultados obtidos por Laranjeira *et al.* (2008) que indicavam que os/as profissionais, “em média, afirmaram ter pouca importância o sexo do utente no contexto das práticas clínicas” (p. 47). Neste estudo, houve quem defendesse que algumas são semelhantes e outras diferentes (mulher), ou que a abordagem do homem deve ser mais “camuflada” (homem).

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.

As opiniões voltam a dividir-se relativamente à influência que pensam que o sexo dos/as enfermeiros/as tem na escolha de cursos de pós-licenciatura de especialização. Metade considera que tem influência, mas a outra metade é de opinião contrária. Para alguns/algumas destes/as profissionais, as opiniões dividem-se: as enfermeiras consideram que as mulheres preferem a área de especialização em saúde da mulher e da criança, homens e mulheres admitem o interesse particular dos homens por cursos de pós-licenciatura de especialização em enfermagem de reabilitação e saúde mental e há aqueles/as (dos dois sexos) que consideram que a escolha destes cursos é indiferente relativamente ao sexo do/a profissional.

- ii) Os homens e as mulheres, utentes das consultas de PF e SM, diferem na sua percepção sobre as atitudes, valores e comportamentos dos/as utentes face ao planeamento familiar e à vida em família?

Os temas que os/as enfermeiros/as costumam desenvolver numa primeira consulta de PF com uma mulher/rapariga que inicia a actividade sexual prendem-se mais, na opinião dos homens, com a análise de necessidades em formação da mesma. As mulheres apontam mais a abordagem da contracepção e das IST's. Tendo em conta a lista das acções preconizadas na Plataforma de Acção que resultou da Declaração de Beijing (UN, 1995) e as orientações técnicas emanadas pela Direcção-Geral de Saúde (2008), estes temas citados pelos/as entrevistados/as acabam por se verificar redutores.

A maioria dos/as entrevistados/as, sobretudo as mulheres, considera que a vivência da sexualidade diz respeito ao casal, pelo que a participação do/a companheiro/a na primeira consulta de PF se revela importante, assim como o papel que lhe cabe nas restantes consultas de PF, justificando-se a importância assegurada pela Lei n.º 3/84, de 24 de Março, que garante o livre acesso às consultas

e outros meios de PF, a todos/as os/as utentes, sem discriminações.

Na opinião dos/as participantes, os homens/rapazes recorrem pouco às consultas de PF e, segundo a sua experiência profissional, os motivos aos quais se deve este facto são diversos, podendo variar entre o facto de os utentes considerarem o assunto como tabu, não sentirem necessidade, acharem que os profissionais lhes dão pouca importância, pelo medo de encontrar pessoas conhecidas ou que se quebre o sigilo profissional. De certa forma, estes motivos aproximam-se do que a IPPF/RHO & AVSC International (1998) apontam e que consiste na dificuldade dos homens falarem com outras pessoas sobre sentimentos e experiências íntimas associadas à sexualidade. Assim sendo, as poucas vezes que os homens recorrem, acabam por ser para solicitar contraceptivos.

Relativamente à procura de contraceção oral de emergência, enfermeiros e enfermeiras entrevistados têm verificado que, maioritariamente, são as raparigas que se deslocam ao Centro de Saúde sozinhas ou acompanhadas por amigas. As percepções dividem-se quanto à tomada de decisão. As enfermeiras opinam que as mulheres que procuram a pílula do dia seguinte já discutiram o assunto previamente com o companheiro/namorado, e a outra metade, maioritariamente de homens, é da opinião que as mulheres tomam essa decisão sozinhas.

Segundo a ideia que os/as enfermeiros/as têm, os casais costumam abordar temas da vida sexual, dentro dos quais, consideram que o planeamento do número de filhos e quando os vão ter, é o tema que encabeça a lista de assuntos referidos.

Perante a dificuldade de engravidar, o procedimento que os enfermeiros e enfermeiras consideram que as pessoas devem tomar é o recurso a uma consulta médica. Na sua opinião, os/as utentes desconhecem os procedimentos envolvidos na consulta e nos tratamentos de infertilidade. Por seu lado, a percepção das enfermeiras sobre o impacto que as análises e os exames complementares de diagnóstico provoca é que, gera constrangimento nos homens. A percepção dos enfermeiros (homens) é que custa mais aos homens do que às mulheres.

Face à possibilidade de fertilização *in vitro*, estes/as enfermeiros/as, independentemente de serem homens ou mulheres, opinam essencialmente, que o homem se sente “diminuído” e que, por conseguinte, se torna mais difícil que aceitem esta hipótese do que as mulheres. Esta percepção coincide globalmente com a dos/as utentes, que consideram que a fertilização *in vitro* “é um processo complicado” e que a pessoa infértil se sente desconfortável porque assume um/a filho/a que não é biologicamente seu/sua.

Respectivamente à interrupção voluntária da gravidez, a opinião dos/as enfermeiros/as é quase unânime quando defendem, na sua maioria homens, que os/as utentes conhecem a lei actual que rege este procedimento. A maior parte dos/as enfermeiros e enfermeiras opina, também, que os/as utentes se mostram a favor do aborto em caso de mal formação do feto, principalmente as mulheres, coincidindo com a opinião que os/as utentes tinham deixado. Já no caso de risco de vida da mãe e de gravidez indesejada, os/as enfermeiros/as consideram que os homens seriam mais favoráveis ao aborto que as mulheres. Perante situações de violação, voltam a avançar o favoritismo das mulheres face ao aborto, quando comparadas com os homens. Nos casos de gravidez indesejada, as enfermeiras consideram que os homens são mais contra o aborto, ainda que a posição das mulheres a favor do aborto seja também muito discreta.

Relativamente à distribuição das tarefas domésticas, as enfermeiras consideram que homens e mulheres partilham responsabilidades, ou em segunda instância, que os homens colaboram com as mulheres, mas, segundo a opinião dos enfermeiros, a responsabilidade é delas.

Em termos de PF, a percepção dos enfermeiros (homens) é que os utentes discutem decisões e traçam objectivos em conjunto, sendo esta a atitude que consideram como mais correcta. Contudo, no entendimento quase unânime dos/as entrevistados/as, os/as utentes, principalmente os homens, pensam que a consulta de PF é só para mulheres.

Durante a gravidez, os/as enfermeiros/as percebem que o papel desempenhado pelo homem é de apoio, que se traduz, frequentemente, em acompanhamento às consultas e às aulas de preparação para o parto. Assim, na opinião dos/as participantes, principalmente dos homens, o companheiro deve estar presente nas consultas de SM, de forma participativa/interventiva. Neste contexto, eles consideram, quase unanimemente, que os homens se sentem incluídos na consulta e que as mulheres ficam satisfeitas pela participação dos companheiros.

Ao longo do período gravídico, a percepção dos/as enfermeiros/as sobre as alterações dos hábitos de vida da grávida apontam, de forma unânime, para os cuidados com a dieta, embora enfermeiros e enfermeiras considerem, em maioria, que o homem não sofre alterações nos seus hábitos diários, como consequência desta realidade. De uma forma geral, os/as enfermeiros/as defendem que os/as utentes (homens e mulheres) deviam fazer uma dieta variada, equilibrada e fraccionada durante a gravidez.

Em relação ao aleitamento materno, a opinião maioritária dos/as enfermeiros/as, independen-

temente do sexo, é que as mulheres se manifestam muito motivadas para amamentar, assim como os homens mostram uma forte adesão a este tipo de alimentação, sustentada nas vantagens que se conhecem e que se encontram cientificamente comprovadas. Segundo a percepção dos/as enfermeiros/as, a opinião do companheiro pode influenciar directa ou indirectamente, de forma positiva ou não, a decisão da mulher de amamentar.

Verifica-se também, mais pela percepção das entrevistadas, que o homem habitualmente participa no cuidado ao/à bebé, durante os primeiros meses e anos, bem como, inclusivamente, participa nas visitas dele/a ao Centro de Saúde. Esta percepção vai ao encontro do comportamento que as enfermeiras consideram que o homem deve ter, durante os primeiros meses e anos de vida do/a bebé. Neste âmbito, a opinião feminina defende que o homem deve ser educado desde cedo para a parentalidade, de forma a potenciar a participação nas actividades domésticas, nas consultas do/a bebé e da puérpera, no cuidado do/a bebé, e a proporcionar atenção e disponibilidade.

- iii) As percepções dos enfermeiros e enfermeiras sobre a equidade de género nas atitudes, valores e práticas dos/as utentes e enfermeiros/as nas consultas de PF e SM são diferentes das que consideram que deveriam ter?

No âmbito das preferências dos/as utentes relativamente ao sexo dos/as enfermeiros/as que os/as atendem na consulta de PF e SM, os/as entrevistados/as de ambos os sexos consideram que as mulheres preferem enfermeiras (mulheres), ao passo que, para os homens, é indiferente. Esta conclusão coincide com a de Laranjeira *et al.* (2008) relativamente ao mesmo assunto.

As enfermeiras entrevistadas entendem ainda que os/as utentes (tanto homens, como mulheres) pensam que a consulta de PF e de SM se direcciona mais para as mulheres, o que acaba por conferir com a sua própria opinião, na medida em que afirmam que a consulta se centra mais na mulher porque é ela que recorre a essa consulta mais frequentemente. De novo, as conclusões voltam a concordar com as de Laranjeira *et al.* (2008).

Quanto a sugestões para mudar as consultas de PF e SM, estas enfermeiras apontam o incentivo à participação dos homens e a disponibilização de mais tempo para a consulta, no sentido de actuar numa perspectiva de género, tal como defende Prazeres (2002), ponderando as especificidades masculinas e femininas em saúde, a constância e a evolução dos comportamentos tidos por cada género, bem como as interacções existentes entre as [suas] condutas. Enfermeiros e enfermeiras apontam também a descentralização da importância da consulta de PF na realização da citologia,

conferindo à consulta de PF a abrangência que lhe é devida, segundo as orientações da IPPF (2000), e que ultrapassa a mera colheita de espécimes para análise citológica.

Ainda como proposta de estratégias que consideram que devem existir no Centro de Saúde, os/as enfermeiros/as referem-se à flexibilização dos horários de atendimento e à formação em serviço para os/as profissionais de saúde.

Em suma, partindo do problema de investigação que deu origem a esta dissertação, “Quais são as necessidades educativas de homens e mulheres, utentes e enfermeiros/as das consultas de PF e SM, para promover a saúde sexual e reprodutiva dos utentes?”, chegou-se às seguintes conclusões:

1º As necessidades educativas específicas das utentes entrevistadas incluem as seguintes dimensões:

- aprender a analisar criticamente as informações sobre SSR dadas por colegas, amigos/as ou irmãs mais velhas;
- incentivar para a tomada de decisões conscientes, informadas e autónomas, no âmbito da SSR;
- encorajar para a partilha de responsabilidades domésticas e familiares.

2º Para os utentes homens entrevistados, há uma maior necessidade em educar para a SSR nos seguintes aspectos:

- aumentar o recurso aos livros de SSR, bem como a outras fontes de informação fidedignas;
- tomar consciência dos possíveis riscos envolvidos nas relações sexuais desprotegidas;
- interiorizar a utilidade do preservativo masculino como o método de barreira mais acessível em Portugal capaz de evitar a transmissão de IST's;
- reflectir sobre as consequências da gravidez não planeada;
- esclarecer sobre as diferenças introduzidas pela nova lei que regula a interrupção voluntária da gravidez;
- incentivar à participação em actividades que visam a educação para a parentalidade;
- assimilar conhecimentos sobre os benefícios do leite materno, para a mãe, para o/a filho/a e para a família, bem como desmistificar os mitos existentes em relação a este assunto.

3º Necessidades educativas em SSR comuns aos dois sexos:

- aprender a analisar criticamente as informações sobre SSR veiculadas pela comunicação social (televisão, internet e revistas);
- aumentar a confiança e o interesse face aos serviços de SSR disponibilizados gratuitamente pelo Estado nos Centros de Saúde;
- clarificar o conceito e âmbito da consulta de PF que se desenvolve no Centro de Saúde;
- esclarecer sobre outros recursos da comunidade que visam responder às necessidades em SSR dos/as utentes;
- aprender a analisar criticamente o valor das aprendizagens sobre SSR realizadas com o/a namorado/a, ou noutros contextos informais e formais;
- aumentar a motivação para recorrer a uma consulta antes de iniciar/ mudar a contraceção;
- aumentar o conhecimento sobre os métodos contraceptivos existentes, para além da pílula e do preservativo masculino e da acessibilidade aos mesmos;
- clarificar as concepções e valores associados ao uso da contraceção de emergência;
- aumentar o conhecimento sobre os meios de prevenção das IST's existentes, para além do preservativo masculino;
- desmistificar o conjunto de medidas terapêuticas disponíveis para responder aos problemas de infertilidade;
- investir e insistir na educação/ formação das crianças/jovens/adolescentes para os valores da família;
- investir e insistir na educação/ formação das crianças/jovens/adolescentes sobre temas relacionados com a SSR.

4º Não se verificaram necessidades educativas específicas das enfermeiras entrevistadas comparativamente com os enfermeiros, pelo que se encontram todas incluídas, nas necessidades comuns aos dois sexos.

5º Para os enfermeiros entrevistados, há uma maior necessidade educativa no que diz respeito aos seguintes aspectos:

- tomar consciência das competências do/a enfermeiro/a em CSP e, nomeadamente, na prestação de cuidados de SSR;
- clarificar valores, conceitos e preconceitos existentes face à prestação de cuidados de SSR;
- desmistificar o papel do/a enfermeiro/a na consulta de SM e de PF e o conteúdo das mesmas;
- manifestar iniciativa e habilidade na prestação de cuidados de SSR sensíveis às questões de género.

6º Necessidades educativas na área da prestação de cuidados de SSR comuns aos dois sexos:

- introduzir/desenvolver conhecimentos e habilidades, no âmbito dos currícula académicos, na área da prestação de cuidados de SSR, em cuidados de saúde primários;
- 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;
- informar-se sobre os recursos da comunidade em termos de cuidados de saúde do foro sexual e reprodutivo, de forma a ser capaz de proporcionar informação e encaminhamento adequado e atempado aos/às utentes;
- incutir e sensibilizar para a necessidade de uma abordagem da SSR sensível às questões de género;
- intervir de forma pró-activa junto dos/as utentes, aproveitando todos os contactos para informar/ esclarecer sobre o âmbito e competências do Centro de Saúde perante a população;
- sensibilizar para a educação para a saúde sensível às questões de género dos indivíduos/famílias;
- incentivar a integração do casal/família no processo de promoção da saúde, numa perspectiva holística;
- mostrar disponibilidade, solicitude, cordialidade e competência no atendimento dos/as utentes/familiares, no sentido de cativar a sua confiança nos serviços prestados pelo Centro de Saúde;
- desenvolver habilidades no domínio da linguagem CIPE/SAPE, relativamente à observação,

diagnóstico, registo e avaliação na prestação de cuidados do foro da SSR sensíveis às questões de género.

5.3. Implicações dos resultados da investigação

A sexualidade continua a ser um tema de difícil investigação devido aos constrangimentos sentidos por parte dos/as profissionais e dos indivíduos, que se sentem tocados/as na sua intimidade. Assim, o facto de se ter conseguido obter a colaboração de uns/umas e outros/as para a colheita de dados que dá corpo a esta investigação é, por si só, um aspecto de relevo e de encorajamento para o desenvolvimento deste trabalho. Este facto poderá querer dizer que as pessoas se encontram receptivas à abordagem do tema, no sentido de melhorar o nível dos cuidados prestados em SSR e o nível de saúde que estes mesmos cuidados podem proporcionar.

As conclusões decorrentes desta investigação mostram que as representações sobre homens e mulheres categorizam e distinguem os dois grupos, de uma forma que justifica e legitima a natureza assimétrica da relação entre eles.

Estas conclusões sugerem algumas implicações a nível da formação dos/as utentes e formação e prática dos/as enfermeiros/as a vários níveis, tal como foi o propósito anunciado no subcapítulo 1.4. desta dissertação (importância do estudo).

- i) Da realização deste estudo, obteve-se uma base teórica sobre o conceito de género e a sua aplicabilidade no âmbito das práticas de cuidados promotores da saúde sexual e reprodutiva, nos Centros de Saúde. Da mesma forma, foi possível perceber, através do trabalho de campo, a sensibilidade dos/as enfermeiros/as que dinamizam estas práticas face ao tema. Do cruzamento dos referenciais teóricos com as práticas e percepções dos indivíduos envolvidos na amostra deste estudo, foi possível elaborar uma reflexão crítica acerca da aplicação prática que os/as enfermeiros/as fazem da educação para a saúde sexual e reprodutiva sensível às questões de género, bem como da perspectiva com que os/as utentes a percebem e assumem. Assim sendo, dos resultados deste estudo emerge, a necessidade de se incluir a perspectiva de género na abordagem dos/as utentes, no âmbito das consultas de enfermagem de planeamento familiar e saúde materna, assim como em todas as actividades que visam a promoção da saúde sexual e reprodutiva dos casais.
- ii) Com base nas conclusões obtidas a partir deste estudo, poderão desenhar-se, tal como

sugerem os/as participantes, programas, estratégias e técnicas de educação para a saúde sexual e reprodutiva, envolvendo ambos os sexos, centrados nas necessidades sentidas pela população, de forma implícita ou explícita, às quais se faz menção no capítulo da discussão.

- iii) Esta investigação revela, também que, da mesma forma, os/as profissionais que se encontram no exercício também merecem uma abordagem/reciclagem sobre este tema, em contexto de formação em serviço. Desta forma, atingir-se-á um nível de formação que permita aos/às enfermeiros/as adoptar uma intervenção sustentada junto dos/as utentes e, consequentemente, uma abordagem mais completa, do ponto de vista holístico, ao indivíduo/família.

5.4. Sugestões para futuras investigações

A discussão dos resultados e as conclusões clarificaram alguns aspectos intervenientes no processo de implementação do conceito de género na educação para a saúde sexual e reprodutiva, ao nível das consultas de enfermagem de saúde materna e de planeamento familiar, nos Centros de Saúde. Contudo, seria interessante desenvolver este estudo, no futuro, incluindo uma amostra maior e a observação como método complementar de colheita de dados. Desta forma, seria possível enriquecer o estudo, para além da perspectiva do indivíduo que, num acto introspectivo, se autoavalia para responder à entrevista, com uma perspectiva externa à da pessoa, através da apreensão da perspectiva interna e do registo dos acontecimentos, tal como são percebidos pelo/a observador/a. Comparando esta observação com as conclusões retiradas deste estudo, seria possível desenhar programas e estratégias de intervenção em SSR, tendo em conta a equidade de género.

Outras pistas interessantes de investigação, ainda que algumas possam ser consideradas provocatórias, relacionadas com o estudo realizado são as que a seguir se sugerem:

- Avaliação do impacto da Lei n.º 3/84, de 24 de Março, na educação para a saúde sexual e reprodutiva em ambiente escolar, tendo em conta os conteúdos programáticos desenvolvidos e as estratégias adoptadas e a sua implicação na vida familiar dos indivíduos;
- Análise das fontes de informação utilizadas pelos/as utentes sobre saúde sexual e reprodutiva, relativamente ao conteúdo das mesmas e a forma como é abordado, assim como a validade das mesmas para o quotidiano dos indivíduos;

- Estudo sobre os meios e estratégias a adoptar nas actividades e programas educativos empreendidos pelos Centros de Saúde, no âmbito da promoção da SSR, de forma a torná-los mais apelativos para os/as utentes;
- Levantamento de situação sobre a informação dos/as empregadores/as e possíveis prejuízos que acarreta para a empresa a ausência do/a funcionário/a para consultas de PF e vigilância da gravidez, licença de maternidade/paternidade, comparativamente com os ganhos em saúde obtidos pelos/as funcionários/as, famílias, sociedade, país. Neste estudo seria de incluir a análise dos apoios governamentais existentes, tanto para os/as funcionários/as como para as entidades empregadoras e, assim, comparar o custo/benefício de uma política social de incentivo à natalidade, que suponha apoios sociais para mães e pais, com prejuízos mínimos para as empresas;
- Análise das vantagens da Lei n.º 16/2007, sobre a interrupção voluntária da gravidez, relativamente às anteriores e implicações para as famílias portuguesas e Estado. Neste estudo, seria de analisar se o número de abortos aumentaram ou diminuíram e comparar, em ambos os casos, os factores predisponentes mais frequentes evocados;
- Investigação sobre os meios disponíveis na comunidade onde os casais podem recorrer no caso de problemas de infertilidade, custos para os utentes e Sistema Nacional de Saúde, tempo médio de espera no acesso aos mesmos, tendo em conta os possíveis benefícios sociais do aumento da taxa de natalidade num país que está a “envelhecer”, como Portugal;
- Estudo comparativo entre a relação custo/benefício para os cidadãos/famílias/pais da política de saúde actual face a uma política que incentivasse a natalidade, através de apoios sociais para as famílias e empregadores/as;
- Análise das vantagens a nível do desenvolvimento psicológico para os/as bebés e famílias, da presença e participação dos pais ao longo do período gravidez-puerpério-infância e consequências nos casos de privação;
- Estudo das fontes de informação nas quais se baseiam os pais/mães sobre o aleitamento materno e factores predisponentes para a adesão ou não a este tipo de alimentação; e
- Compreensão dos sinais exteriorizados por homens e mulheres face ao significado psicológico que constitui a maternidade/paternidade.

Estes estudos teriam em comum o objectivo que ultrapassa a simples aquisição de conhecimentos e conteúdos, mas que tem em vista a educação sexual numa vertente que privilegia o pensamento crítico, conducente à aquisição de atitudes positivas face à sexualidade. Da mesma forma, seria propósito fomentar o desenvolvimento dos papéis de género que promovam o respeito e as relações justas entre seres humanos, inseridos num quadro de valores baseado nos direitos humanos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALDEN, Kathryn Rhodes (2008). Nutrição e Alimentação no Recém-Nascido. *Enfermagem na Maternidade* (7ª edição). In Deitra Leonard Lowdermilk & Shanon Perry. (Trad. Isabel Albernaz, Maria Cândida Durão, Maria Teresa Leal e Ana Paula Espada). Loures: Lusodidacta, pp. 648-652.
- ALMEIDA, José Miguel Ramos (1995). Feminino e Masculino. *Análise Psicológica*, XIII, (1-2), pp. 17-21.
- ALMEIDA, Leandro S. & FREIRE, Teresa (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (4ª edição). Braga: Psiquilíbrios.
- ALVES, José Augusto Lindgren (2001). *Relações internacionais e temas sociais: a década das conferências*. Brasil: Petrobras.
- AMÂNCIO, Lígia (1992). As assimetrias nas representações do género. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 34, pp. 9-22.
- AMÂNCIO, Lígia (1993). Género – Representações e Identidades. *Sociologia – Problemas e Práticas*, 14, pp. 127-140.
- APF, Ministério da Educação & Ministério da Saúde (1998). *Relatório Inter-Ministerial para a Elaboração do Plano de Acção sobre Educação Sexual e Planeamento Familiar*. Lisboa: APF, Ministério da Educação & Ministério da Saúde.
- BARDIN, Laurence (2006). *Análise de conteúdo* (3ª edição) (Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro). Lisboa: Edições 70.
- BOBAK, Irene; LOWDERMILK, Deitra & JENSEN, Margaret (1999). *Enfermagem na maternidade* (Trad. Lusociência). Lisboa: Lusociência.
- BOGDAN, Robert & BIKLEN, Sari (1994). *Investigação qualitativa em educação* (1ª edição) (Trad. Maria João Alvarez, Sara Bahia dos Santos e Telmo Mourinho Baptista). Porto: Porto Editora.
- BONINO, Luis (2004). Obstáculos y resistencias masculinas al comportamiento igualitario: una mirada provisoria a lo intra e intersubjetivo. *Actes Séminaire international Les hommes en change-*

ments: les résistances masculines aux changements dans une perspective d'égalité. Toulouse-France: Univ. Toulouse le Mirail, pp. 177-180.

CARVALHO, Amâncio António de Sousa & CARVALHO, Graça Simões de (2006a). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação. Um estudo sobre as práticas de educação para a saúde, dos enfermeiros.* Loures: Lusociência.

CARVALHO, Amâncio António de Sousa & CARVALHO, Graça Simões de (2006b). *Educação para a Saúde em Cuidados de Saúde Primários: Diagnóstico das dificuldades e necessidades de formação.* Consultado a 06/01/2008 em http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4653/1/Educacao%20para%20Saude_Enfermeiros.pdf

Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (2007). *Infecção VIH/SIDA . A situação em Portugal.* Lisboa: Ministério da Saúde, Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge.

Comissão das Comunidades Europeias (2003). *Comunicado da comissão. Indicadores estruturais.* Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias.

DELORS, Jacques (coord.) (2005). *Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI* (9ª edição) (Trad. José Carlos Eufrázio). 9ªEd. Porto: Editora Asa.

DIRECÇÃO-GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (1991). *Vigilância Pré-natal e Revisão do Puerpério* (Orientações Técnicas 2). Lisboa: Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários.

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (1998). *Circular Normativa n.º 2/DSMIA*, de 18/3/98, normaliza a prestação de cuidados pré-concepcionais. Lisboa: DGS.

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2001). *Circular Informativa n.º 16/DSMIA*, de 7/9/2001, sobre o Bole-
tim de Saúde da Grávida. Lisboa: DGS.

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2004a). *Carta dos direitos e deveres dos doentes.* Lisboa: Direcção-
Geral da Saúde. Consultado a 27/05/2006 em <http://www.dgs.pt>

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

- Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2004c). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Orientações Estratégicas* (Vol. II). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2005). *Programas e projectos da Direcção-Geral de Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2006). *Circular Informativa n.º 1/DSMIA*, sobre o Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar. Lisboa: DGS.
- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2007). *Elementos estatísticos: Informação Geral: Saúde 2005*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2008). *Saúde reprodutiva/ Planeamento familiar*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- EURONGOS (2003). *The road to global reproductive health. Reproductive health and rights on the international agenda. 1968-2003*. Bruxelas: EuroNGOs
- 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. Consultado a 18/04/2008 em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/16.pdf>
- GIDDENS, Anthony (2007). *Sociologia* (5ª Edição) (Trad. Alexandra Figueiredo, Ana Baltazar, Catarina Silva, Patrícia Matos e Vasco Gil). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- GÓMEZ, Elsa (2001). *Equidad, genero y salud*. Santiago de Chile: OPS/OMS, División de Salud y Desarrollo Humano, Programa Mujer, Salud y Desarrollo.
- HELMAN, Cecil G. (1994). *Cultura, Saúde e Doença* (2ª ed.) (Trad. Eliane Mussnich). Porto Alegre: Artes Médicas, pp. 137-164.
- ICN (s.d.a). *El CIE y la salud del hombre*. Consultado a 22/3/2008 em http://www.icn.ch/matters_menshealthsp.htm

ICN (s.d.b). *Salud de la mujer*. Consultado a 22/3/2008 em http://www.icn.ch/matters_womhealthsp.htm

ICN (s.d.c). *La perspectiva del género en los servicios de salud*. Consultado a 22/3/2008 em http://www.icn.ch/matters_gendersp.htm

INE (2008a). *Distribuição da população residente (%) por Local de residência (NUTS - 2002), Sexo, Grupo etário e Consumo de bebidas alcoólicas na semana anterior à entrevista*. Lisboa: INE/INSA. Consultado a 07/01/2009 <http://www.ine.pt>

INE (2008b). *Distribuição da população residente com 10 e mais anos de idade (%) por Local de residência (NUTS - 2002), Sexo, Grupo etário e Condição perante o consumo de tabaco*. Lisboa: INE/INSA. Consultado a 07/01/2009 em <http://www.ine.pt>

INE (2008c). *Proporção da população residente (%) por Local de residência (NUTS - 2002), Sexo, Grupo etário e Tipo de alimentos consumidos nas refeições principais no dia anterior à entrevista*. Lisboa: INE/INSA. Consultado a 07/01/2009 em <http://www.ine.pt>

INE (2008d). *Distribuição da população residente (%) por local de residência (NUTS - 2002), sexo, grupo etário e auto-apreciação do estado de saúde*. Lisboa: INE/INSA. Consultado a 07/01/2009 em <http://www.ine.pt>

INE (2008e). *Número de óbitos, em Portugal, por sexo e causa de morte, no ano 2005*. Lisboa: INE/INSA. Consultado a 07/01/2009 em <http://www.ine.pt>

IPPF (2000). *Manual para Evaluar la Calidad de Atención desde una Perspectiva de Género*. Nova Iorque: IPPF/WHO, Región del Hemisferio Occidental, Inc.

IPPF (2006). *Sexuality Education in Europe – a reference guide to policies and practices*. Bruxelas: IPPF European Network.

IPPF / RHO & AVSC International (1998). *Resumen de publicaciones para el Simposio sobre Participación Masculina en la Salud Sexual y Reproductiva: Nuevos Paradigmas*. México: IPPF/RHO & AVSC.

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.

JENSEN, B. B. (1995). Concepts and models in a democratic health education. In B. B. Jensen, (Ed.). Research in environmental and health education. Copenhagen: Research Centre for Environmental and Health Education. The Danish University of Education, p.151-169.

JENSEN, B. B. (1997). *A case of two paradigms within health education*. Health Education Research, 12 (4) p.419-428.

JENSEN, B. B., & SCHNACK, K. (1997). The action competence approach in environmental education. *Environmental Education Research*, 3 (2), pp.163-178.

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

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.

MARTINS, Fátima (2004). *Um olhar sobre a Saúde Reprodutiva em Portugal: o passado, o presente, que futuro?* Coimbra. Comunicação apresentada no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Consultado a 18/04/2008 em <http://www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/FatimaMartins.pdf>

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>

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007). *Associação para o Planeamento da Família divulga informação sobre direitos das mulheres e saúde sexual e reprodutiva*. Consultado a 15/12/2008 em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2007/11/direitos+mulheres.htm>

MINISTÉRIO DA SAÚDE (s.d.). *Educação sexual e reprodutiva. Conheça as principais linhas orientadoras da educação sexual na escola*. Consultado a 15/12/2008 em <http://www.portaldasaude.pt/Portal/printversion?ContentGUID={6B953A14-8D5C-4C14-9129-DD40481B3773}>

NOGUEIRA, Maria da Conceição (2001). Contribuições do construcionismo social para uma nova psicologia do género. *Cadernos de Pesquisa*, 112 (Março) pp. 137-153.

NOGUEIRA, Maria da Conceição (2004). "Ter" ou "fazer" o género: O dilema das opções epistemológicas em Psicologia Social. In Neuza Maria de Fátima Guareshi (org.). *Estratégias de intervenção do presente: a psicologia social no contemporâneo*. Porto Alegre: EDIPUCRS, pp. 249-283.

NUNES, Emília (2002). Saúde no local de trabalho. In Luísa Ferreira da Silva (org.). *Promoção da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta, pp. 207-225.

OIT (2002). *Convenções da OIT*. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego.

OIT (2007). *Convenção n.º 103 (revista em 1952)*. Decreto-Lei n.º 63, de 10/10/1984. Ministério do Trabalho e Segurança Social. Consultado a 22/3/2008 em <http://www.dgert.mtss.gov.pt/Conteudos%20de%20ambito%20geral/OIT/legislacao>

OIT (2008). *Maternidade segura e o Mundo do trabalho* (Trad. Tradutec). Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho e Segurança Social de Portugal.

OMS (1946). *Constituição da OMS*. Nova Iorque: OMS. Consultado a 27/05/2006 em <http://www.onuportugal.pt/oms.doc>

OMS (1975). *Sexual health*. Consultado a 07/01/2008 em <http://who.int/reproductive-health/gender/sexualhealth.html>

OMS (1978). *Declaração de Alma-Ata*. Consultado a 07/01/2008 em <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>

OMS (2001). *Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva. Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud* (Trad. Centro de Estudios de Estado y Sociedad). Ginebra: OMS.

- OMS (2002). *Política de la OMS en materia de género: integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS*. Consultado a 27/05/2006 em <http://who.int/gender/mainstreaming/EPSwhole.pdf>
- OMS (2004). *OMS 21 – Saúde para todos no século XXI*. Loures: Lusodidacta.
- OMS (s.d.). Resumen ejecutivo de la Serie sobre Salud Sexual y Reproductiva de *Lancet*. *The Lancet*. Consultado a 29/03/2008 em http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/srh_lancetseries_es.pdf
- OMS & OPS (2000). *Promoción de la salud sexual: recomendaciones para la acción*. Actas de uma reunião de consulta convocada pela OPS e pela OMS em colaboração com a Associação Mundial de Sexologia. Guatemala: OMS.
- OPS (s.d.). *Equidad de género en salud. Hoja informativa del Programa Mujer, Salud y desarrollo*. Washington: OPS. Consultado a 10/12/2007 em <http://www.paho.org/spanish/ad/ge/GenderEquityinHealthsp.pdf>
- OPS (2005). *Política de la ops en materia de igualdad de género*. Consultado em 10/12/2007 a <http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/viewArticle/90/345>
- PATTON, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. London: Sage Publications.
- 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.
- PRAZERES (2002). Saúde dos adolescentes. In Luísa Ferreira da Silva (org.). *Promoção da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta, pp. 117-140.
- PRAZERES, Vasco (2003). *Saúde Juvenil no Masculino: género e saúde sexual e reprodutiva*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA (1976). *Constituição da República Portuguesa*. Lisboa: Assembleia da República.. Consultado em 07/11/2007 em http://www.presidencia-republica.pt/pt/republica/constituicao/crp_1.html

- PNUD (1998). *Relatório de Desenvolvimento Humano 2002. Aprofundar a democracia num mundo fragmentado*. Lisboa: Mensagem, Serviço de Recursos Editoriais.
- QUIVY, Raymond & CAMPENHOUDT, LucVan (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (4ª edição) (Trad. João Minhoto Marques, Maria Amália Mendes e Maria Carvalho). Lisboa: Gradiva.
- RIBEIRO, José Luís Pais (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Livpsic.
- RODRIGUES, Manuel; PEREIRA, Anabela & BARROSO, Teresa (2005). *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.
- SAMPAIO, Daniel (coord.); BAPTISTA, Maria Isabel; MATOS, Margarida Gaspar de & SILVA, Miguel Oliveira (2005). *Relatório preliminar*. Grupo de trabalho de educação sexual. Lisboa. Consultado em 27/05/2006 a http://www.dgjdkc.min-edu.pt/EducacaoSexual/Relatorio_Preliminar_ES_31-10-2005.pdf
- SILVA, Luísa Ferreira (coord.) (2002). *Promoção da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- SILVA, Filipa (2002b). *Projeção das taxas de fecundidade específicas por idades no horizonte de longo prazo (2001-2050): Estudo de um modelo de previsão com séries temporais*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Consultado a 07/01/2009 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=106446&ESTUDOSmodo=2
- SQUASSERO, Y. (2008). Duración óptima de la lactancia materna exclusiva: Comentario de la BSR. *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*. Ginebra: OMS. Consultado em 30/01/2009 em http://www.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/yscom/es/print.html
- STREUBERT, Helen J, & CARPENTER, Dona R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem* (Trad. Ana Paula Sousa Santos). Loures: Lusociência.
- UN (1968). Conferência Internacional dos Direitos Humanos. Teerão. Consultado a 15/05/2008 em <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/conteudo-tematico/conf-nacional-de-direitos-humanos/documentos/instrumentos-internacionais/Proclamac255eo%20de%20Teer255e.pdf>
- UN (1975). 1ª Conferência Mundial sobre Mulheres, Cidade do México. Consultado a 15/05/2008

em <http://www.escoladefeminismo.org/IMG/pdf/quatroconferencias.pdf>

UN (1995). *Report of the International Conference on Population and Development*. Cairo, 5-13

September 1994. New York: United Nations.

UN (1995). *Fourth World Conference on Women*. Beijing, China - September 1995. New York. Consultado a 15/05/2008 em <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/beijingdeclaration.html>

UN (2000). *Beijing+5 Process and Beyond*. Beijing, 5-9 June 2000. New York. Consultado a 15/05/2008 em <http://www.un.org/womenwatch/daw/followup/beijing+5.htm>

UN (2005). *Recommendation 1716 (2005). Promoting a United Nations 5th World Conference on Women*. New York. Consultado em 15/05/2008 a <http://assembly.coe.int/Documents/AdoptedText/TA05/EREC1716.htm>

VILAÇA, Maria Teresa Machado (2006). *Ação e competência de ação em educação sexual: uma investigação com professores e alunos do 3º ciclo do Ensino Básico e do Ensino Secundário*. Braga: UM (tese de Doutoramento não publicada).

WHO (2006). *Defining Sexual Health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002*. Geneva: World Health Organization.

WHO (s.d.). *Sexual health*. Geneva: World Health Organization. Consultado a 15/05/2008 em <http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexualhealth.html#2>

WILSON, Duncan (2004). Human Rights: promoting gender equality in and through education. *Perspectives*, 34 (1), pp. 11-27.

Legislação

Decreto-Lei n.º 48357, promulga o estatuto hospitalar (DR n.º 101 – I Série de 27 de Abril de 1968), pp. 599-612.

Decreto n.º 48358, aprova o regulamento geral dos hospitais (DR n.º 01 – Série de 27 de Abril de 1968), pp. 612-626.

Decreto-Lei n.º 437/91, que aprova o regime legal da carreira de enfermagem (DR n.º 257 – I Série - A de 8 de Novembro de 1991), pp. 5723-5741.

Decreto-Lei n.º 48/95, que aprova o código penal (DR n.º 63 – I Série – A de 15 de Março de 1995), pp. 1350-1416.

Decreto-Lei n.º 194/1996, Revoga o Decreto-Lei n.º 135/85 de 3 de Maio, e regulamenta as últimas alterações à lei da maternidade e da paternidade introduzidas na Lei n.º 4/84, de 5 de Abril, pela Lei n.º 17/95, de 9 de Junho (D.R. n.º 240 – I Série - A de 16 de Outubro de 1996), pp. 3614-3617.

Decreto-Lei n.º 412/98, procede à reestruturação da carreira de enfermagem (DR n.º 300 – I Série – A de 30 de Dezembro de 1998), pp. 7256-7264.

Decreto-Lei n.º 411/99, procede à alteração do estatuto da carreira de enfermagem (DR n.º 241 – I Série - A de 15 de Outubro de 1999), pp. 6959-6960.

Decreto-Lei n.º 70/2000, altera a Lei n.º 4/84 de 5 de Abril, sobre a protecção da maternidade e paternidade e procede à sua republicação rectificada (DR n.º 103 – I Série - A de 4 de Maio de 2000), pp. 1825-1831.

Decreto-Lei n.º 230/2000, regulamenta a lei n.º 4/84 de 5 de Abril, sobre a protecção da maternidade e da paternidade, no que se refere à protecção de trabalhadores abrangidos pelo regime do contrato individual de trabalho, incluindo os trabalhadores agrícolas e do serviço doméstico (DR n.º 221 – I Série – A de 23 de Setembro de 2000), pp. 5120-5125.

Decreto-Lei n.º 259/2000, sobre organização da vida escolar e organização curricular (DR n.º 240 – I Série - A de 17 de Outubro de 2000), pp. 5784-5786.

Decreto Regulamentar n.º 66/2007, sobre a Lei Orgânica da Direcção-Geral de Saúde (DR n.º 103, I Série de 29 de Maio de 2007), pp. 3504-3506.

Despacho n.º 16/3 de 24 de Março de 1976 determina a criação das consultas de PF nos serviços de ginecologia/obstetrícia.

Despacho n.º 106/98, sobre saúde reprodutiva e planeamento familiar (DR n.º 96, Série I-A de 24 de

- Abril de 1998), pp. 1832-1837.
- Lei n.º 3/84 sobre Educação Sexual e Planeamento Familiar (DR n.º 71 – I Série de 24 de Março de 1984), pp. 981-983.
- Lei n.º 4/84 sobre a protecção da maternidade e paternidade (DR n.º 81 – I Série de 5 de Abril de 1984), pp. 1149-1153.
- Lei n.º 6/84 sobre a exclusão de ilicitude em alguns casos de interrupção voluntária da gravidez (DR n.º 109 – I Série de 11 de Maio de 1984), pp. 1518-1519.
- Lei n.º 46/86, lei de bases do sistema educativo (DR n.º 237 – I Série de 14 de Outubro de 1986), pp. 3067-3080.
- Lei n.º 48/90, Lei de Bases da Saúde (DR n.º 195 – I Série de 24 de Agosto de 1990), pp. 3452-3459.
- Lei n.º 90/97 altera os prazos de exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez (DR n.º 174 – I Série – A de 30 de Julho de 1997), pp. 3930-3931.
- Lei n.º 120/99, que reforça as garantias do direito à Saúde Reprodutiva (DR n.º 198 – I Série de 11 de Agosto de 1999), pp. 5232-5234.
- Lei n.º 12/2001 sobre contracepção de emergência (DR n.º 124 – I Série – A de 29 de Maio de 2001), p. 3148.
- Lei n.º 16/2007 sobre exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez (DR n.º 75 – I Série de 17 de Abril de 2007), pp. 2417-2418.
- Portaria n.º 52/85, que regulamenta as consultas de Planeamento Familiar e Centros de Atendimento de Adolescentes (DR n.º 22 – I Série de 26 de Janeiro de 1985), p. 21920.
- Resolução da Assembleia da República n.º 28/2004, sobre as medidas de prevenção no âmbito da interrupção voluntária da gravidez (DR n.º 67 – I Série-A de 19 de Março de 2004), pp. 1482-1483.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/93, aprova a carta deontológica do serviço público (DR n.º

64 – I Série – B de 17 de Março de 1993), pp. 1272-1273.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 82/2007, que aprova o III Plano Nacional para a Igualdade – Cidadania e Género (2007-2010) (DR n.º 119 – I Série de 22 de Junho de 2007), pp. 3949-3987.

Lei n.º 7/2009, que aprova a revisão do Código do Trabalho (DR n.º 30 – I Série de 12 de Fevereiro).

ANEXO 1
PROTOCOLO DA ENTREVISTA A UTENTES DAS CONSULTAS DE PLANEAMENTO
FAMILIAR E SAÚDE MATERNA NO CENTRO DE SAÚDE

PROTOCOLO DA ENTREVISTA A UTENTES

Fase inicial (pôr à vontade): Com estas primeiras questões, gostava de obter algumas informações relacionadas com as suas fontes de informação sobre sexualidade e o PF.

A. Fontes de informação em SSR

1. Quando andava na escola, alguma vez teve aulas ou fez actividades relacionadas com temas como o amor, a puberdade, métodos contraceptivos, doenças de transmissão sexual, etc.?

- (Se sim): Que temas abordou?
- Como foram as actividades/aulas?
- Nessas aulas/ actividades aprendeu alguma coisa útil para a sua vida do dia a dia? Por que diz isso?

2. Quando queria saber coisas sobre sexualidade recorria, ou não, a alguma pessoa?

- (Se não): Porquê?
- (Se sim): A quem? Porque recorria a essa(s) pessoa(s)?

3. Alguma vez usou os folhetos da Farmácia/Centro de Saúde, filmes/livros pornográficos, novelas/programas da televisão ou a outros materiais para se informar sobre sexualidade?

- (Se não): Porquê?
- (Se sim): Porque recorreu a esse material?

4. Com quem ou com que material sente que aprendeu mais sobre sexo e sobre formas de se relacionar com as outras pessoas? Porquê?

5. Alguma vez recorreu ao Centro de Saúde, a uma consulta de PF, para se informar ou para tirar dúvidas sobre sexualidade? Porquê?

As perguntas que irei fazer nesta parte da entrevista são para ficar a conhecer o que faz, pensa e sente no planeamento familiar, na vida em família e nas consultas de PF/ SM.

B. Comportamentos, atitudes e valores face ao PF

1. Quando começou a ter relações sexuais pensou, ou não, em prevenir a gravidez?

- (Se não) Porquê?
- (Se sim) O que pensou fazer? Porquê?
- (Se sim) O que fez na realidade? Porquê?

2. Nessa altura pensou, ou não, em prevenir as infecções sexualmente transmissíveis?

- (Se não) Porquê?
- (Se sim) O que pensou fazer? Porquê?
- (Se sim) O que fez na realidade? Porquê?

3. Alguma vez recorreu à pílula do dia seguinte? Se sim, porquê?

- (Se sim) Partilhou esta experiência com alguém? Com quem? Porquê?

4. Na sua relação amorosa actual, costuma falar com o/a seu/sua parceiro/a sobre os assuntos relacionados com a vossa vida sexual?

- (Se não) Porquê?
- (Se sim) Sobre que assuntos costumam falar?
 - Falaram, ou não, alguma vez sobre o número de filhos que queriam ter?
 - E sobre o método contraceptivo a usar? E sobre a prevenção de IST's?
 - Falaram, ou não, alguma vez sobre o que sentiam no vosso relacionamento amoroso, nomeadamente, sobre o que gostavam ou não gostavam nas relações sexuais?
- Quem costuma iniciar essas conversas? Como costumam decorrer? Pode, por favor, contar uma dessas conversas?

- 5.** Se um casal não consegue engravidar, mas deseja ter filhos/as, o que pensa que deve fazer?
- (Se falou em recorrer ao/à médico/a): Na sua opinião o que se faz nessas consultas?
 - Conhece, ou não, algum tipo de análises/exames que se devem fazer? Se sim, como se sentiria se as fizesse? E se o/a seu/sua parceiro/a as fizesse?
 - Que formas conhece para ultrapassar o problema de infertilidade?
 - Sabia que, em Portugal, existe a possibilidade de recorrer a esperma de dadores desconhecidos a fim de realizar o processo de fertilização em laboratório e posterior implantação no útero da mulher? O que pensa sobre isto?
 - (Se não falou em adopção) O que pensa sobre a adopção, quando o casal não consegue engravidar?
- 6.** Já teve oportunidade de conhecer a actual legislação sobre o aborto em Portugal?
- (Se não): Gostaria, ou não, de saber alguma coisa sobre a legislação sobre o aborto? Se sim, o quê?
 - (Se sim): O que pensa sobre o aborto no caso de mal formação do feto? E no caso de risco de vida da mãe? E no caso de violação? E no caso de engravidar sem o desejar?
 - Gostaria, ou não, de saber mais alguma coisa sobre o aborto? Se sim, o quê?

C. Comportamentos, atitudes e valores sobre a vida em família

- 1.** Que tarefas costuma realizar em casa? Porquê?
- 1.1.** Deveria, ou não, realizar outras? Porquê?
- 2.** Que tarefas realiza normalmente em casa o/a seu marido/esposa?
- 2.1.** Na sua opinião, deveria, ou não, realizar outras? Porquê?
- 3.** Qual é o papel que o seu marido têm no planeamento da família? E durante a gravidez?
- 3.1.** Que papel gostaria que tivesse em cada um dos casos?
- 4.** Qual é o comportamento que o seu marido tem nas Consultas de Saúde Materna?
- 4.1.** Qual é o comportamento que gostaria que tivesse?
- 5.** Como é que normalmente se (a sua mulher) costuma alimentar (alimentar-se) durante a gravidez? Costuma mudar, ou não, alguma coisa na maneira como vive o seu dia-a-dia?
- 5.1.** Durante a sua gravidez (a gravidez da sua mulher), o seu marido muda (muda) alguma coisa na maneira como se alimenta ou como vive o seu dia-a-dia? Porquê?
- 5.2.** Na sua opinião, como é que, idealmente, as mulheres se deveriam alimentar e viver o dia-a-dia durante a gravidez? E o homem?
- 6.** O que pensa sobre o aleitamento materno? Porquê?
- 6.1.** Na sua opinião, a opinião do parceiro pode influenciar, ou não, a decisão da mulher para amamentar? Porquê?
- 7.** Na sua opinião, que comportamento tem o seu marido (tem) durante os primeiros meses e anos de vida do/a bebé?
- 7.1.** Qual é o comportamento que considera que deveria ter?

D. Percepções sobre a equidade de género nas atitudes, valores e práticas dos/as utentes e enfermeiros/as nas consultas de PF e SM

- 1.** Prefere ser atendido/a na consulta de PF/SM por um enfermeiro ou por uma enfermeira? Porquê?
- 2.** Na sua opinião, deverá, ou não, vir sempre o homem e a mulher às consultas de PF? Porquê? E às consultas de SM? Porquê?
- 3.** Na sua opinião, os/as enfermeiros/as dão, ou não, a mesma importância ao homem e à mulher nas consultas de PF? Por que diz isso? E nas de SM? Porque diz isso?

- Na sua opinião, essa é, ou não, uma atitude correcta? Porquê?

4. O que é que mudaria na consulta de PF/SM para que os homens e as mulheres partilhassem mais os problemas que os levam a essas consultas e as formas de os resolver?

5. Como é que o Centro de Saúde pode ajudar os homens e as mulheres a participarem mais, como casal, no planeamento familiar e o acompanhamento da gravidez, parto e os primeiros anos de vida dos/as filhos/as?

Feedback da entrevista.

1. Há algum aspecto que eu não abordei que considera acrescentar para melhorar as consultas de PF e SM?

2. O que sentiu durante esta entrevista?

E. Pós-Entrevista: Caracterização dos/as utentes

- | | | |
|-----------------------------------|---|--|
| 1. Tipo de Consulta: | <input type="checkbox"/> Planeamento Familiar | <input type="checkbox"/> Saúde Materna |
| 2. Sexo: | <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Feminino |
| 3. Idade: | _____ | |
| 4. Filhos/as: | Nº de Filhos/as _____ | Idades _____ |
| 5. Estado Civil actual: | <input type="checkbox"/> Casado/a
<input type="checkbox"/> União de facto
<input type="checkbox"/> Separado/a
<input type="checkbox"/> Divorciado/a
<input type="checkbox"/> Viúvo/a
<input type="checkbox"/> Solteiro/a | |
| 6. Profissão | _____ | |
| 7. Habilitações Académicas | <input type="checkbox"/> 1º ciclo do Ensino Básico
<input type="checkbox"/> 2º ciclo do Ensino Básico
<input type="checkbox"/> 3º ciclo do Ensino Básico
<input type="checkbox"/> Ensino Secundário
<input type="checkbox"/> Bacharelato
<input type="checkbox"/> Licenciatura
<input type="checkbox"/> Pós-Graduação/ Cursos de Especialização
<input type="checkbox"/> Mestrado
<input type="checkbox"/> Doutoramento | |

ANEXO 2
PROTOCOLO DA ENTREVISTA A ENFERMEIROS/AS NO CENTRO DE SAÚDE

PROTOCOLO DA ENTREVISTA A ENFERMEIROS/AS

Fase inicial (pôr à-vontade): Com estas primeiras questões, gostava de obter algumas informações relacionadas com a sua formação e a sua actividade profissional.

A. Formação em SSR sensível às questões de género e prática profissional

1. No seu curso de enfermagem, que temas foram abordados no âmbito da SSR?
 - Fazem distinção entre saúde sexual e reprodutiva para homem e para mulher?
2. Alguma vez fez consultas de enfermagem de PF ou SM? Porquê?
3. Considera-se mais preparado/a para trabalhar em SSR dos homens ou das mulheres? Porquê?
4. O facto de o/a utente ser homem ou mulher tem importância na maneira como conduz as suas consultas? Porquê?
 - E na relação que estabelece com o/a utente? Porquê?
 - E nos critérios que utiliza para definição do diagnóstico de enfermagem? Porquê?
 - E nas intervenções de enfermagem? Porquê?
5. O facto de estarem ambos os membros do casal presentes na consulta, em simultâneo, torna, ou não, a sua consulta de enfermagem diferente? Porquê?
6. Na sua opinião, o facto de o enfermeiro ser homem ou mulher influencia, ou não, a escolha de um curso de especialização pós-licenciatura? Porquê?
6. Na sua opinião há, ou não, cursos de especialização pós-licenciatura em enfermagem mais apropriados para homens e outros mais para mulheres?
 - (Se sim): Quais são as especialidades mais apropriadas para homens? Porquê?
 - E para mulheres? Porquê?

As perguntas que irei fazer são para ficar a conhecer as suas ideias sobre o que pensam os/as utentes em relação ao PF/ SM e as suas opiniões pessoais sobre esses assuntos.

B. Percepções sobre os comportamentos, atitudes e valores dos/as utentes face ao PF e opiniões pessoais

1. Quando uma rapariga/ mulher começa a ter relações sexuais e vem à consulta de planeamento familiar, o que se deve fazer nessa consulta?
 - (Se não falou do parceiro) Deve, ou não, ser incentivada a trazer o parceiro à consulta? Porquê?
 - (Se falou do parceiro) O que fazia de diferente por estar o parceiro na consulta?
 - Qual é o comportamento do parceiro na consulta?
2. Quando um rapaz/ homem começa a ter relações sexuais costuma, ou não, vir ao Centro de Saúde?
 - (Se não) Por que pensa que não vem? Na sua opinião, seria importante ele vir cá? Porquê?
 - (Se sim) Por que vem cá? Pode-me contar como são geralmente essas consultas?
 - (Se não falou da parceira) Deve, ou não, ser incentivado a trazer a parceira à consulta? Por quê?
 - (Se falou da parceira) Qual é o comportamento da parceira na consulta?
3. Conhece utentes que recorreram à pilula do dia seguinte? Se sim, vieram, ou não, ao Centro de Saúde para lhes ser receitada? Por que razão vieram cá?
 - (Se sim) Vieram sozinhas ou acompanhadas? Por quem?
 - Já tinham discutido o assunto com o parceiro? Por que pensa isso?
4. Na sua opinião, os/as utentes costumam falar com o/a parceiro/a sobre a sua vida sexual?

- (Se não) Porquê?
- (Se sim) Sobre que assuntos costumam falar?
 - Falam, ou não, com o/a seu/sua parceiro/a sobre o número de filhos que querem ter? Porque pensa isso?
 - E sobre o método contraceptivo a usar? E sobre a prevenção de ISTs? Porque pensa isso?
 - E sobre o que sentem no relacionamento amoroso, nomeadamente, sobre o que gostam, ou não, nas relações sexuais? Porque pensa isso?

5. Se um casal não consegue engravidar, mas deseja ter filhos, o que pensam esses utentes que devem fazer?

- (Se falou em recorrer ao/à médico/a): Na sua opinião, o que pensam os/as utentes que se faz nessas consultas?
- As pessoas conhecem, ou não, o tipo de análises/exames que devem fazer? Como se sentem as mulheres a fazê-los? E os homens?
- Que formas é que as pessoas conhecem para ultrapassar o problema de infertilidade?
- Se tiverem que recorrer ao esperma de um dador, o que pensam os homens sobre isso? E as mulheres?
- Já alguma vez acompanhou algum caso destes? Poderia, por favor, contar esse caso?
- (Se não falou em adopção) O que pensam estes casais sobre a adopção?

6. Na sua opinião, os/as utentes conhecem a actual legislação sobre o aborto em Portugal?

- (Se não): Na sua opinião, gostariam, ou não, de saber alguma coisa sobre a legislação sobre o aborto? Se sim, o quê?
- (Se sim): Na sua opinião, o que pensam os homens sobre o aborto na caso de mal formação do feto? E no caso de risco de vida da mãe? E no caso de violação? E no caso de engravidar sem o desejar?
- O que pensam as mulheres em cada uma dessas situações?

C. Percepções sobre os comportamentos, atitudes e valores dos/as utentes sobre a vida em família e opiniões pessoais

1. Na sua opinião, que tarefas realizam em casa o homem e a mulher? Eles/as pensam que deveriam, ou não, realizar outras tarefas? Porquê?

2. Qual é o papel que o homem tem no planeamento da família? E durante a gravidez? Que papel é que deveria ter em cada um dos casos?

3. Qual é a sua percepção sobre o comportamento que o homem pensa que deve ter nas Consultas de Saúde Materna? Na sua opinião, que papel deveria ter?

4. Na sua opinião, como é que a mulher se alimenta durante a gravidez? Costuma mudar, ou não, alguma coisa na maneira como vive o seu dia-a-dia?

4.1. Durante a gravidez da mulher, o companheiro muda alguma coisa na maneira como se alimenta ou como vive o seu dia-a-dia? Por que pensa isso?

4.2. Na sua opinião, como é que, idealmente, as mulheres se deveriam alimentar e viver o dia-a-dia durante a gravidez? E o homem?

5. Qual é a sua percepção sobre a opinião das utentes mulheres sobre o aleitamento materno? E qual é a sua percepção sobre a opinião do homem?

5.1. Na sua opinião, a opinião do parceiro influencia, ou não, a decisão da mulher para amamentar? Porque pensa isso?

6. Qual é a sua percepção sobre o comportamento que o homem tem durante os primeiros meses e anos de vida do/a bebé? Que comportamento considera que deveria ter?

D. Percepções sobre a equidade de género nas atitudes, valores e práticas dos/as utentes e enfermeiros/as nas consultas de PF e SM

1. Na sua opinião, os homens preferem ser atendidos nas consultas de PF e SM por um enfermeiro

ou por uma enfermeira? Porquê? E as mulheres? Porquê?

2. Na sua opinião, os utentes homens pensam que deveria vir sempre o homem e a mulher às consultas de PF? Porquê? E às consultas de SM? Porquê? E as mulheres? Porquê?

2.1. Qual é a sua opinião pessoal sobre isso?

3. Na sua opinião, os homens pensam que os/as enfermeiros/as dão a mesma importância ao homem e à mulher nas consultas de PF/ SM? Porque diz isso? E as mulheres?

3.1. Em função da sua prática, os/as enfermeiros/as dão-lhes, ou não, a mesma importância? Porque diz isso?

4. O que é que mudaria nas Consultas de PF e SM para que os homens e as mulheres partilhassem mais os problemas que os levam a essas consultas e as formas de os resolver?

5. Como é que o Centro de Saúde pode ajudar os homens e as mulheres a participarem mais, como casal, no planeamento familiar e no acompanhamento da gravidez, parto e puerpério?

Feedback da entrevista.

1. Há algum aspecto que eu não abordei que considera acrescentar para melhorar as consultas de PF e SM?

2. O que sentiu durante esta entrevista?

E. Pós-Entrevista: Caracterização dos/as enfermeiros/as

1. Tipo(s) de Consulta(s) PF SM Outra(s): _____
que faz no CS: _____

2. Sexo: Masculino Feminino

3. Idade: _____

4. Tempo de serviço: _____

5. Tempo de serviço neste Centro de Saúde: _____

6. Habilitações Académicas: Bacharelato
 Licenciatura
 Especialidade/ Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem _____
 Pós-Graduação _____
 Mestrado _____
 Doutoramento _____