

# DIFERENÇAS DE GÉNERO NAS CONSULTAS DE PLANEAMENTO FAMILIAR E SAÚDE MATERNA

Paula Barbosa <sup>(\*)</sup>, Teresa Vilaça <sup>(\*\*)</sup>

## INTRODUÇÃO

**S**egundo a Organização Mundial de Saúde (2001), 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.

O termo 'género' descreve as características de homens e mulheres, baseadas em influências ambientais, como a sociedade, a cultura e a história (Laranjeira, Marques, Soares & Prazeres, 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).

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.

O *International Council of Nurses* (s.d.) defende, por isso, 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. Da mesma forma, 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.

Ao longo do tempo, a partir da Conferência Internacional dos Direitos Humanos, realizada em Teerão, em 1968 (UN, 1968), sucederam-se inúmeras orientações e directivas legais sobre a saúde sexual e reprodutiva. A nível nacional, a primeira linha orientadora desta evolução surgiu em 1976, com a Constituição da República Portuguesa que defende os direitos da maternidade e paternidade como 'valores sociais

eminentes' e o dever do Estado em divulgar o planeamento familiar (PF) e organizar estruturas jurídicas e técnicas que permitam a paternidade consciente.

No entanto, actualmente continua a verificar-se frequentemente que uma grande parte das atenções está voltada para a satisfação das necessidades das mulheres e o envolvimento dos homens é encarado, apenas, de um modo tendencialmente conducente à sua colaboração na satisfação das necessidades das mulheres nesta área da saúde. O que tem vindo a constatar-se 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 (Nogueira, 2009). 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. 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.

Partindo destes pressupostos, e dentro de uma investigação mais abrangente, visou-se analisar as percepções e práticas dos/das utentes das consultas de PF e SM sobre as suas fontes de informação em SSR, os seus conhecimentos, atitudes, valores e comportamentos sobre o PF e vida em família e a equidade de género nas consultas de PF e SM.

## **METODOLOGIA**

### **Descrição do estudo**

O que se pretendeu com este estudo foi analisar

quais eram as necessidades educativas de homens e mulheres, utentes das consultas de PF e SM, para promover a equidade de género na SSR.

A escolha do método qualitativo prendeu-se com o interesse em compreender e dar sentido à experiência vivida pelo grupo em estudo. Depois de se ter seleccionado a entrevista semi-estruturada como instrumento de recolha de dados, foi construído e validado um guião de entrevista para ser aplicado aos/às utentes da amostra. Esta entrevista foi realizada anonimamente no Centro de Saúde, gravada em áudio e transcrita na totalidade para posterior análise e definição das categorias emergentes. As categorias foram apresentadas recorrendo-se à análise de frequências e clarificadas através de pequenos excertos das entrevistas realizadas.

### **Amostra**

Os/as informantes foram seleccionados/as intencionalmente, constituindo-se uma amostra propositada de variação máxima (Patton, 1990; Straubert & Carpenter, 2002), onde se seleccionaram os/as entrevistados/as que poderiam fornecer informações ricas em relação aos objectivos do estudo. Pretendia-se uma amostra com igual número de homens e mulheres e igual número de utentes das consultas de PF e SM, 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 (tabela 1).

Desta forma, o grupo de utentes entrevistados/as, foi constituído por 7 utentes da consulta de SM e 5 utentes da consulta de PF,

num total de 12 utentes, em igual número de homens e mulheres.

utentes vão de encontro aos temas que vigoram na Lei n.º 3/84, de 24 de Março. Relativamente à procura de informação sobre SSR, a fonte de

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)							Total	Planeamento Familiar (PF) (n=5)					Total	
	SM1	SM2	SM3	SM4	SM5	SM6	SM7		PF1	PF2	PF3	PF4	PF5		
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	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	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 têxtil				✓	✓		✓	3	✓	✓				2	
Encarregado – construção civil				✓				1							
Funcionário emp. de limpeza												✓		1	
Podologista						✓		1							
Desempregado											✓			1	
Doméstica													✓	1	
Nº DE FILHOS	0	0	1	0	0	1			2	1	3*	3*	2		
IDADE DOS FILHOS							1								
Crianças				1					1	1					
Pré-Adolescentes						1			1					1	
Adolescentes													1		
Jovens / Adultos											3	3			

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

## APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No âmbito da educação sexual em idade escolar, verificou-se que a maior parte dos utentes (5♀ e 2♂ em doze) referiu ter abordado esta matéria na escola. Foram os/as utentes mais jovens (como SM4 e SM5) que referiram ter tratado mais temas de educação sexual na escola. 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 consideraram 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), o SIDA e os métodos contraceptivos. Os temas referidos pelos/as

informação que os/as entrevistados/as identificaram como a mais utilizada foi a comunicação social, onde se inclui televisão, internet e revistas (2♀ e 4♂). A par desta fonte de informação, as colegas e amigas foram as escolhas referidas pela maior parte das mulheres.

Na área do PF a grande maioria dos/as utentes (5♀ e 3♂) pensou prevenir a gravidez quando iniciou a actividade sexual. Dos/as quatro que não pensaram prevenir a gravidez, três eram homens. As razões apresentadas para não o terem feito prendem-se com o desejo de ter um/a filho/a, com a falta de conhecimento, 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. Os sujeitos que pensaram prevenir a gravidez utilizaram a pílula contraceptiva e o

preservativo, com a mesma frequência de utilização para ambos os métodos, sendo que dois/duas destes/as entrevistados/as referiram ter utilizado o preservativo e a pílula associados. Apenas duas senhoras afirmaram ter recorrido a uma consulta médica prévia, apesar de 4♀ e 3♂ entrevistados/as referirem saber que o CS constitui um dos recursos disponíveis no âmbito dos cuidados de SSR. Nesta questão percebeu-se alguma relutância dos homens em procurar os serviços de saúde, seja o contacto directo com o/a médico/a, 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. Dos/as nove utentes que afirmaram ter tido a preocupação de prevenir as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), oito escolheram o preservativo como método de prevenção, um optou exclusivamente pela monogamia e uma associou a realização de exames complementares de diagnóstico prévios. Notou-se grande sensibilidade, por parte dos/as utentes, para admitirem que falam sobre a relação amorosa em casal: “claro que tudo faz parte – nós dizermos se nos sentimos bem ou não” (Ent. SM1). Neste contexto, um dos assuntos que é mais discutido é do interesse e desejo sexual e os problemas de saúde sexual e reprodutiva. Além dos assuntos relativos à relação amorosa actual e dos sentimentos que

os movem, dos quais todos falaram, os/as utentes falaram sobre: o número de filhos/as e a altura que consideravam propícia para o seu nascimento (n=9); os métodos contraceptivos (n=8) e as IST's (n=2). Relativamente ao assunto da contracepção, alguns/mas entrevistados/as assumiram que o homem limita-se a tomar conhecimento da decisão da mulher (SM1, SM2, SM6, PF4 e PF5). No que toca à discussão dos assuntos que dizem respeito à vida sexual, esta responsabilidade dilui-se um pouco. 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”. Assim, tornou-se pertinente questionar também sobre a iniciativa de discussão dos assuntos relativos à vida sexual no seio do casal. Nove, dos/as doze utentes, admitiram que a iniciativa poderia partir tanto do homem como da mulher. Metade dos/as utentes entrevistados/as considerou que há colaboração mútua no trabalho doméstico e cinco utentes admitiram que desempenham vários tipos de tarefas. 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) e três 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/as participantes consideraram que a falta de informação e de motivação são factores condicionantes importantes da (não) participação do homem no planeamento familiar. Nos mesmos moldes enquadraram-se as opiniões face ao papel que o homem desempenha durante a gravidez da mulher. O apoio/accompanhamento foi o papel mais valorizado, tanto por homens como por mulheres (5♀ e 5♂):

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).

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.

Nove utentes referiram ser indiferente o sexo do/a enfermeiro/a que o/a atende nas consultas de PF e de SM. 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 mamãs [...] 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 sobre a participação de homens e

mulheres na consulta de PF. Muitos/as dos/as participantes consideram que é importante que o casal participe sempre em conjunto nas consultas de PF (n=5) ou, pelo menos, que o homem deve participar sempre que tenha disponibilidade (n=3).

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

64

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).

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.

## CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

A análise dos resultados fez emergir algumas pistas acerca das necessidades educativas em SSR dos/as utentes de ambos os sexos. Por um lado, é importante que os/as utentes aprendam a analisar criticamente as informações sobre SSR veiculadas em contextos informais e formais e que aumentem a sua confiança e o interesse face aos serviços de SSR disponibilizados nos CS, bem como noutros recursos da comunidade. Por outro lado, é urgente clarificar o conceito e âmbito da consulta de PF e aumentar a motivação para recorrer a uma consulta antes de

iniciar/ mudar a contraceção.

Além dos aspectos anteriores, a análise dos resultados também mostrou que é necessário aumentar o conhecimento sobre os métodos contraceptivos e a acessibilidade aos mesmos, clarificar as concepções e valores associados ao uso da contraceção de emergência e investir e insistir na educação/ formação das crianças/ jovens/ adolescentes em temas relacionados com a SSR.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- International Council of Nurses (s.d.a). *El CIE y la salud del hombre*. Consultado a 22/3/2008 em [http://www.icn.ch/matters\\_menshealthsp.htm](http://www.icn.ch/matters_menshealthsp.htm)
- International Council of Nurses (s.d.b). *Salud de la mujer*. Consultado a 22/3/2008 em [http://www.icn.ch/matters\\_womhealthsp.htm](http://www.icn.ch/matters_womhealthsp.htm)
- 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.
- Laranjeira, A. R., Marques, A. M., Soares, C., & Prazeres, V. (coord.) (2007). *Saúde, Sexo e Género: Factos, representações e desafios*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Nogueira, P. C. F. B (2009). *Diferenças de género em educação para a saúde sexual e reprodutiva: Um estudo com utentes e enfermeiros(as) das consultas de Planeamento Familiar e Saúde Materna* (tese de mestrado não publicada). Braga: Universidade do Minho.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva* (Trad. Centro de Estudios de Estado y

- Sociedad). Geneva: OMS.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Política de la OMS en matéria 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/EPShole.pdf>
- Organización Panamericana de Salud (2005). *Política de la OPS en materia de igualdad de género*. Consultado a 10/12/2007 em <http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/viewArticle/90/345>
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. London: Sage Publications.
- Portugal, Lei n.º 3/84 sobre Educação Sexual e Planeamento Familiar (DR n.º 71 – I Série de 24 de Março de 1984).
- Prazeres, V. (2002). Saúde dos adolescentes. In Luísa Ferreira da Silva (org.). *Promoção da Saúde* (pp. 117-140). Lisboa: Universidade Aberta.
- Prazeres, V. (2003). *Saúde Juvenil no Masculino: género e saúde sexual e reprodutiva*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem* (Trad. Ana Paula Sousa Santos). Loures: Lusociência.
- United Nations (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>.
- World Health Organization (2006). *Defining Sexual Health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002*. Geneva: World Health Organization.

---

(\*) Agrupamento de Centros de Saúde do Cávado III, Barcelos/Esposende, Portugal.

[barbosa.paula.c@gmail.com](mailto:barbosa.paula.c@gmail.com)

(\*\*) Universidade do Minho, Portugal.

[tvilaca@ie.uminho.pt](mailto:tvilaca@ie.uminho.pt)



# sexualidade e educação sexual

políticas educativas, investigação e práticas

## Organização

Filomena Teixeira  
Isabel P. Martins  
Paulo Rennes Marçal Ribeiro  
Isabel Chagas  
Ana Cláudia Bortolozzi Maia  
Teresa Vilaça  
Ari Fernando Maia  
Célia Regina Rossi  
Sónia Maria Martins de Melo



Comissão Nacional da UNESCO  
PORTUGAL

Alto Patrocínio



# FICHA TÉCNICA

## Título

Sexualidade e Educação Sexual:  
Políticas Educativas, Investigação e Práticas

1ª edição – ebook  
Novembro de 2010

## Organização

Filomena Teixeira  
Isabel P. Martins  
Paulo Rennes Marçal Ribeiro  
Isabel Chagas  
Ana Cláudia Bortolozzi Maia  
Teresa Vilaça  
Ari Fernando Maia  
Célia Regina Rossi  
Sónia Maria Martins de Melo

iii

## Composição gráfica

Teresa Vilaça  
Ricardo Lemos Ribeiro

ISBN: 978-972-8746-91-9

© Edições CIEd - Centro de Investigação em Educação,  
Universidade do Minho  
Campus de Gualtar  
4710 – 057 Braga, Portugal



Universidade do Minho

Instituto de Educação  
Centro de Investigação em Educação

**Reservados todos os direitos de acordo com a  
legislação em vigor**

As opiniões expressas nesta obra não traduzem, necessariamente, o pensamento da organização, sendo da inteira responsabilidade dos seus autores. A organização e o editor declinam toda e qualquer responsabilidade pela utilização não autorizada de conteúdos ou imagens, por parte dos autores dos trabalhos aqui incluídos, que violem e deixem de observar os direitos de autor.