

CIES e-Working Paper N.º 115/2011

**O Acesso dos Homens aos Cuidados de Saúde Sexual:
Resultados Preliminares sobre o Impacto do Género
nas Perspectivas dos Profissionais de Saúde**

ALEXANDRA TERESO

CIES e-Working Papers (ISSN 1647-0893)

Av. das Forças Armadas, Edifício ISCTE, 1649-026 LISBOA, PORTUGAL,

cies@iscte.pt

Alexandra Tereso é professora adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, é mestre em Ciências da Educação e encontra-se a frequentar o doutoramento em Sociologia no ISCTE-IUL. É investigadora do CIES, ISCTE-IUL, e as suas áreas de investimento situam-se na sociologia da saúde, na sexualidade, na saúde sexual dos homens, na ética e nos direitos sexuais e reprodutivos.

E-mail: alexandra.tereso@esel.pt

Resumo

Este *paper* insere-se no âmbito de uma pesquisa em que se propõe a análise de universos simbólicos relevantes nas práticas dos profissionais de saúde, que se consubstanciam em mapas de significação e idealização normativa que orientam e configuram os contextos de interacção em que decorrem as experiências masculinas, individuais e colectivas, de saúde e de doença sexual. Deste modo, apresentar-se-ão alguns resultados preliminares obtidos através da realização de entrevistas exploratórias aos protagonistas dos cuidados de saúde sexual. Através da análise efectuada, procurou captar-se a diversidade de perspectivas dos vários actores envolvidos nos percursos terapêuticos dos homens no âmbito da saúde sexual, nomeadamente o impacto do género dos profissionais no acesso dos homens aos cuidados de saúde sexual.

Palavras-chave: género, cuidados de saúde, saúde sexual dos homens, profissionais de saúde.

Abstract

This paper is part of a research project that is analysing important symbolic universes in health professionals' practices. These take the form of maps of signification and normative idealisation that guide and configure the contexts of interaction in which, on an individual and collective basis, male health and sexual disease experiences take place. In accordance with this aim, the paper will present certain preliminary results obtained from exploratory interviews with sexual health care workers. Through the analysis carried out, the objective was to capture the diversity of the perspectives of the various actors involved in male therapeutic trajectories relating to sexual health, in particular the impact of the professionals' gender on men's sexual health care.

Keywords: gender, sexual health care, health professionals.

Introdução

O interesse pela saúde sexual, enquanto área de problematização sociológica, emergiu de um percurso profissional centrado na saúde sexual e reprodutiva e das aproximações teóricas ao campo da sociologia da saúde e da do corpo, no âmbito do programa doutoral em Sociologia. À medida que se conheciam trabalhos que, teórica e metodologicamente, abordavam as questões relacionadas com a saúde sexual, foi-se procurando mapear algumas vertentes analíticas dos mesmos. Neste mapeamento realçam-se os contributos das ciências sociais, na medida em que para além de permitirem aceder aos contextos estruturais, institucionais e relacionais que configuram os quotidianos em que decorrem as experiências individuais e colectivas de saúde e doença sexual também possibilitam conhecer e caracterizar as práticas de utilização dos cuidados de saúde sexual (Almeida, 2004).

Perante a escassez de investigação sobre a saúde sexual dos homens realizada em Portugal e as limitações na literatura a nível nacional e internacional sobre a temática, ao partir para a pesquisa procurou ganhar-se sensibilidade ao objecto e obter acesso a informação privilegiada através da apresentação e do debate de comunicações em congressos nacionais e internacionais, acerca da saúde dos homens, da sexualidade e da sociologia da saúde.

Não obstante as dimensões da procriação, da contracepção e da sexualidade poderem ser consideradas partes de um todo (Almeida, 2004), a produção científica a que se acedeu era ilustrada por abordagens que remetiam a sexualidade para o âmbito reprodutivo, excluindo-a do *continuum* de vida dos indivíduos. Este facto, em simultâneo com a constatação da invisibilidade do género masculino enquanto sujeito dessas abordagens, direccionou a reflexão e o questionamento desenvolvidos para o real conhecido, para a construção de uma matriz teórica de base no âmbito da saúde sexual masculina. Neste contexto, destaca-se a complexidade da abordagem de um objecto que requer sensibilidade, pela natureza delicada que toca a esfera íntima de cada indivíduo e pelas formas como se pode encontrar camuflado na esfera pública.

Na sociedade contemporânea, a emergência da pandemia da infecção pelo VIH, o aumento das taxas de infecções sexualmente transmissíveis, o reconhecimento dos direitos sexuais como direitos humanos, a definição da saúde sexual separadamente da saúde reprodutiva e o crescente reconhecimento da importância, na

saúde pública, de aspectos como a violência ligada às questões de género e as disfunções sexuais vieram enfatizar a necessidade de se abordar mais explicitamente assuntos relacionados com a sexualidade e com as suas implicações na saúde e no bem-estar dos indivíduos (WHO, 2004). Até à década de 60, a sexualidade era um tema marginal e descurado na sociologia. Com o surgimento do fenómeno da sida, os estudos empíricos no âmbito da sociologia da sexualidade adquiriram um maior protagonismo. Desenvolvidos no campo de acção da medicina preventiva, os referidos estudos têm incidido essencialmente nos comportamentos e nas práticas sexuais relacionados com as infecções sexualmente transmissíveis, com a noção de risco de contágio e com a dimensão de vulnerabilidade (Loyola, 1999).

Apesar de serem cada vez mais questionados, os padrões de socialização diferenciados pelo sexo continuam a ser uma realidade que se evidencia socialmente (Master e outros, 1992). Esta diferenciação está patente nas políticas de saúde que tradicionalmente distinguem os indivíduos segundo uma perspectiva de género, o que se pode verificar no acesso aos cuidados de saúde e na regulação médica desse mesmo acesso.

Na medida em que as políticas de saúde permitem, incentivam ou limitam o acesso aos cuidados de saúde segundo uma perspectiva de género, elas contribuem para a evidência de um conceito normativo do que é ser homem e ser mulher e do que é o comportamento natural e desejável para a protecção/promoção da saúde sexual de uns e de outros. Neste contexto, tem sido divulgado o reconhecimento do papel dos homens na saúde sexual e reprodutiva das mulheres e da importância de aqueles serem incluídos no desenvolvimento de programas da saúde. Não obstante a uma escala mais global continuar a não haver uma compreensão universalmente aceite do significado dessa inclusão, há uma consciência emergente de que os programas e os serviços de saúde deveriam incluir os homens, não só como meios para satisfazer os imperativos da saúde sexual e reprodutiva das mulheres mas também para satisfazerem as suas próprias necessidades (Lundgren, 2000).

A preservação da saúde sexual, considerada simultaneamente como um direito e como um dever, encontra-se associada à organização política dos cuidados de saúde e aos comportamentos individuais relacionados com a gestão da saúde. Contudo, a saúde sexual extravasa a mera questão do controlo dos comportamentos individuais, principalmente os relacionados com a sexualidade e a identidade de género, ao fazê-los depender dos comportamentos dos outros indivíduos e das condições sociais em

que eles se inscrevem, do acesso aos serviços de saúde e da existência de políticas públicas eficazes. Relativamente à influência das condições sociais, enquanto geradoras de práticas e de representações sociais, realçam-se ainda as implicações que estas podem ter na vulnerabilidade à doença (Paiva e Amâncio, 2004).

A investigação desenvolvida no contexto das ciências médicas tem contribuído para a visibilidade do impacto dos significados sociais e culturais do género no campo da saúde. Vários estudos realizados internacionalmente evidenciam que o género se pode traduzir como elemento diferenciador no que concerne às estratégias adoptadas pelos profissionais de saúde (Prazeres, 2008) e aos aspectos mais específicos, tais como as diferenças de género encontradas relativamente ao estilo de comunicação adoptado por médicas e por médicos (Hall, 1984). Admitindo o género como princípio organizador da diferenciação das atitudes dos homens face à sua saúde sexual e à interacção com os serviços de saúde, optou-se por incidir a análise que se apresenta neste *paper* nas perspectivas dos profissionais relativamente à influência do género no acesso dos homens aos cuidados de saúde sexual. Assim, apresentar-se-ão alguns resultados preliminares do estudo dos dados obtidos através da realização de entrevistas exploratórias aos protagonistas dos cuidados de saúde sexual.

Os dados analisados fazem parte integrante de um universo de dados mais alargado que resultou da realização de 24 entrevistas exploratórias a profissionais colocados em diferentes posições no campo da saúde sexual dos homens. A realização destas entrevistas ocorreu no âmbito de uma pesquisa que se encontra em desenvolvimento e na qual se propõe a realização de um percurso teórico e metodológico em torno do conceito de “saúde sexual”, na sua dimensão masculina, em torno de dois eixos: o das representações sociais e o das práticas de utilização de cuidados de saúde sexual pelos homens.

Metodologia

Caracterização dos participantes

A abordagem do espaço social da saúde sexual dos homens que permitiu a aproximação às configurações assumidas e à identificação de circuitos de concepção e operacionalização de cuidados foi realizada com recurso à pesquisa documental, à análise de dados obtidos através da realização de um estudo prévio acerca das

percepções e práticas masculinas sobre saúde sexual e ao contacto com profissionais no terreno.

A aproximação sociológica ao objecto permitiu o reconhecimento de diferentes posições no campo e a identificação de grupos profissionais heterogéneos (médicos, enfermeiros, psicólogos, sexólogos e farmacêuticos) e de outros actores com posicionamento relevante no âmbito dos recursos e percursos terapêuticos relativos à saúde sexual dos homens, que participaram nesta colheita de dados exploratória.

A selecção dos entrevistados obedeceu a critérios previamente elaborados com base na identificação da relevância do posicionamento dos actores na interacção com os homens no âmbito da saúde sexual e no mapeamento de percursos profissionais que proporcionassem informação privilegiada sobre o campo da saúde sexual masculina. Neste processo de selecção, destacou-se ainda o contributo das sugestões de alguns dos entrevistados (médicos, enfermeiros e psicólogos), ao indicarem outros intervenientes, que foram englobados no estudo.

Os contextos institucionais constituem-se como espaços de produção e de reprodução da assimetria de recursos materiais e psicossociais que contribuem para a protecção da saúde ou para a vulnerabilidade à doença (Prazeres, 2008). Nos critérios que presidiram à selecção dos entrevistados, foram tidos em conta os contextos institucionais dos diferentes actores (hospitais universitários, hospitais centrais, hospitais distritais, hospitais militares, hospitais psiquiátricos, maternidades, clínicas privadas especializadas em doenças dos homens, universidades, centros de saúde, unidades de saúde familiar, organizações não governamentais, centros LGBT, órgãos de comunicação social, farmácias e empresas farmacêuticas), bem como os percursos formativos e operativos construídos em torno da sua saúde sexual. De entre os 24 entrevistados (11 mulheres e 13 homens), destaca-se a participação de alguns deles em aspectos específicos, nomeadamente na organização e reorganização de serviços; na concepção de estratégias sobre saúde sexual e reprodutiva a nível nacional; na direcção de serviços, associações e sociedades no âmbito da saúde sexual e reprodutiva e da sexologia e dos direitos dos homossexuais, transgénero e bissexuais; na formação de profissionais a nível da licenciatura em medicina e em psicologia e a nível da formação avançada em medicina e no mestrado em sexologia; na realização de pesquisas sobre vários aspectos da sexualidade masculina e na publicação de várias obras e vários artigos científicos sobre sexualidade. Houve também a preocupação de

integrar profissionais cuja área de actuação englobasse não só os grandes centros urbanos mas também pequenas localidades, situadas em áreas geográficas litorais e interiores que englobam os distritos de Lisboa, Porto, Setúbal, Évora e Faro.

Quadro n.º 1 – Enfermeiros participantes: níveis de cuidados, instituições e serviços

Enfermeiros	Instituições e serviços
Enfermeiros de cuidados gerais (5)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Unidade de saúde familiar ➤ Hospital central – consulta externa de endocrinologia. ➤ Unidade de saúde familiar – consulta de diabetes e de planeamento familiar. ➤ Centro de saúde; exercício profissional na enfermagem do desporto (futebol masculino) ➤ Hospital distrital – serviço de urgência
Enfermeiros especialistas (2): saúde materna e obstetrícia; reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Unidade de saúde familiar ➤ Hospital central – serviço de urologia
Enfermeiro-chefe (1)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hospital central – serviço de endocrinologia
Total = 8 enfermeiros (6 mulheres e 2 homens)	Total = 7 instituições (Distritos de Lisboa, Setúbal e Évora)

Quadro n.º 2 – Médicos participantes: especialidades, instituições e serviços

Médicos	Instituições e serviços
Psiquiatras (1)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hospital psiquiátrico público; clínica privada – consultas de psiquiatria em articulação com urologistas; experiência na área da infertilidade
Médicos de família (2)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Unidade de saúde familiar ➤ Extensão de uma unidade de saúde familiar; clínica privada em hotéis
Urologistas e andrologistas (2)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hospital universitário; clínica privada; universidade de Medicina ➤ Clínica privada; universidade privada (mestrado em Sexologia)
Infeciologista (1)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hospital distrital – responsável pela consulta de VIH; ONG – apoio a prostitutas e toxicodependentes em carrinhas de apoio
Clínico geral (1)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Empresa farmacêutica que produz fármacos destinados ao tratamento da disfunção sexual masculina
Ginecologistas e obstetras (2)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Maternidade pública; voluntária da associação para o planeamento da família ➤ Clínica privada; participação na elaboração de circulares normativas, orientações técnicas e planeamento de cuidados a nível nacional no âmbito da saúde sexual e reprodutiva
Endocrinologistas e andrologistas (2)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hospital universitário ➤ Hospital militar e clínica privada
Total = 11 (3 mulheres e 8 homens)	Total = 18 instituições (Distritos de Lisboa, Porto e Faro)

Quadro n.º 3 – Psicólogos e outros participantes: áreas de intervenção, instituições e serviços onde desempenham funções.

Psicólogos e outros	Instituições e serviços
Psicólogos clínicos na área da sexologia clínica (2)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Clínica privada; co-responsável por um programa de televisão sobre temas de sexualidade; sexologia clínica e educação sexual como áreas de intervenção ➤ Hospital psiquiátrico público – consultas de sexologia e aconselhamento conjugal; universidade privada (mestrado em Sexologia)
Psicóloga clínica (1)	➤ Coordenadora de um centro LGBT
Professor (1)	➤ Presidente de uma associação criada para promover a solidariedade entre todos os membros da comunidade LGBT portuguesa; realização de programas de rádio; activista dos direitos dos homossexuais
Farmacêutico (1)	➤ Farmácia numa localidade do interior
Total = 5 (2 mulheres e 3 homens)	Total = 8 instituições (Distritos de Porto, Lisboa e Évora)

Do percurso efectuado relativamente à problematização do acesso dos homens aos cuidados de saúde e do levantamento de eventuais participantes que se constituíssem enquanto informadores privilegiados no campo da saúde sexual masculina, emergiram 24 posições. Estas destacam-se num campo em que simultaneamente se contextualiza, institucional e profissionalmente, a saúde sexual masculina e o acesso dos homens aos cuidados de saúde e em que se concebem estratégias e se tomam decisões sobre questões que, directa ou indirectamente, têm que ver com a saúde sexual masculina.

Os participantes seleccionados são indivíduos cujos contributos provêm de conhecimentos formais e informais edificados em percursos académicos legitimadores de práticas profissionais ligadas directamente aos homens e às questões da saúde sexual, e indivíduos com um posicionamento menos visível mas com um protagonismo significativo na elaboração de orientações do que deve enquadrar a perspectiva social e científica sobre os lugares e a valorização da saúde sexual masculina. Estes últimos, aparentemente menos visíveis, situam a sua actividade nos bastidores, onde, apesar da ocultação dos olhares leigos, são tomadas decisões que influenciam e normalizam percursos terapêuticos, estratégias farmacológicas, organização e reorganização de serviços, formação profissional e orientações para as práticas profissionais.

Posteriormente à identificação e ao contacto dos participantes, a realização das entrevistas exploratórias decorreu de Maio de 2010 a Janeiro de 2011. No planeamento e na realização das entrevistas procurou-se que estas decorressem num ambiente o mais informal possível, que contribuísse para os entrevistados exprimirem livremente as suas perspectivas sobre os temas propostos. Foram realizadas 24 entrevistas que, mediante a obtenção da autorização dos entrevistados, foram gravadas e transcritas integralmente. No tratamento e na análise dos dados, que se encontra em curso, está a ser utilizada a técnica da análise de conteúdo temático, por ser a que se considera mais adequada face ao objecto de estudo.

Nesta fase de apresentação de resultados preliminares, incidir-se-á sobre a análise de dados colhidos relativamente às perspectivas dos entrevistados sobre a influência do género no acesso aos cuidados de saúde sexual pelos homens.

O acesso dos homens aos cuidados de saúde sexual

“De homem para homem” – a influência do género masculino como facilitador do acesso dos homens aos cuidados médicos no âmbito da saúde sexual, segundo as perspectivas de médicos e farmacêuticos

Estudos recentes têm incidido na influência do género na interacção entre médicos e pacientes, procurando respostas para questões como: os médicos relacionam-se com os seus pacientes e tratam-nos, mulheres e homens, de forma diferente? Há variações sistemáticas nos padrões de relacionamento, segundo o género do paciente e do médico? Estes aspectos influenciam os cuidados médicos? (Miles, 1991)

Os médicos especialistas do género masculino que foram entrevistados e cuja prática clínica abarca sobretudo uma população masculina, tais como os urologistas, os endocrinologistas e os andrologistas, parecem ser unânimes na consideração de que a feminização progressiva das profissões que povoam os percursos terapêuticos dos homens (que englobam os médicos de família, os urologistas e os farmacêuticos, entre outros) se evidencia como um constrangimento no acesso dos homens aos cuidados de saúde sexual. Riska e Wegar (1993) referem que, actualmente, as mulheres constituem uma proporção crescente de profissionais da classe médica, o que, na

opinião de algumas académicas feministas, pode contribuir para diminuir o viés sexista na prática e na ciência médica (Fee, 1977). Não obstante a eventual preponderância atribuída à salvaguarda dos direitos e interesses das mulheres através do reforço da atenção nos assuntos da saúde das mulheres (Riska e Wegar, 1993), pode-se questionar se estas circunstâncias não estarão na origem do eventual desenvolvimento de assimetrias relativamente à atenção dada aos problemas dos homens, especialmente no que diz respeito à saúde sexual.

Segundo Miles (1991), alguns investigadores referem que o género não influencia a interação entre o médico e o paciente nem interfere no acesso aos cuidados de saúde. Nesta lógica, parece ser evidenciada a assunção de que os médicos são seres “assexuados”, o que legitima a ideia de que a exposição dos assuntos mais íntimos, a exposição física e o exame médico se desenvolvem num ambiente neutro às dimensões de género. No entanto, realça-se que esta óptica partilhada por alguns investigadores médicos não engloba as perspectivas dos pacientes sobre estes aspectos (Miles, 1991). Neste contexto, sobressai a opinião de um dos médicos entrevistados relativamente à influência do género dos médicos no acesso dos homens aos cuidados de saúde sexual, que evidencia a ideia de uma relação “assexuada” entre médico e paciente, a qual parece não interferir na procura de cuidados de saúde sexual pelos homens.

H11 – É um assunto que eu nunca pensei nisso [na importância do género do médico], mas em termos da minha experiência pessoal, não. (...) A relação médico-doente é absolutamente assexual, nunca notei que houvesse qualquer relação diferente entre o médico homem ou mulher e o paciente homem ou mulher.

Contudo, no grupo dos entrevistados, que englobou médicos e farmacêuticos do género masculino e feminino, surge a ideia de que o género dos médicos se pode constituir enquanto elemento facilitador, no caso de os profissionais serem homens, e enquanto elemento de constrangimento, nos casos em que são mulheres.

H2 – E muitas vezes mesmo que eles tenham vontade de ir falar disso, quando se deparam com uma mulher, perdem às vezes essa vontade. Noto isso e eles respiram de alívio quando chegam à consulta: “Aqui é um homem, ainda bem,

porque foi muito difícil falar à minha médica de família.” (...) A esmagadora maioria prefere que seja um homem e que alguns se for uma mulher vão desistir (...), mesmo que seja mulher, havendo essa ligação já mais arrastada, de confiança, o factor do género tem menos importância, mas mesmo assim (...).

H22 – Depois há sempre algum constrangimento. Por exemplo, se o médico de família for uma senhora, eles tendem a não falar do... eles tendem a não falar do problema. Se for um homem, se calhar falam um bocadinho com mais facilidade. (...) [Quando há trocas de serviços com médicas] aí ficam completamente inibidos.

M14 – (...) Eu não acho que só os homens é que possam fazer saúde sexual e reprodutiva dos homens, mas acho que é importante que haja profissionais homens, que nos digam e conversem com os homens porque realmente eu acho que os homens conversam de maneira diferente com eles do que conversam connosco [médicas].

Proximidades e cumplicidades proporcionadas pelo género feminino no acesso dos homens aos cuidados de saúde sexual: A divergência de opiniões

Segundo Meeuwesen e outros (1991), existe alguma evidência de que os médicos e as médicas tendem a diferir no seu estilo de comunicação com os pacientes e de que as médicas têm um estilo mais orientado para o paciente que é propício à verbalização de queixas. Um outro aspecto, que também é realçado na literatura como justificação da opção dos homens por profissionais do género feminino como confidentes privilegiados dos problemas sexuais dos homens, parece estar relacionado com traços de personalidade atribuídos às mulheres. A teoria da socialização sugere que a identidade de género resultará em escolhas profissionais que se encaixem e suportem os estereótipos de género. Tal como os observadores do trabalho das mulheres evidenciaram, às mulheres tendem a ser atribuídos os “trabalhos com as pessoas” (Stacey, 1988) e o “trabalho emocional” (James, 1989), devido à sua suposta “competência natural” para este tipo de trabalhos (Riska e Wegar, 1993). Segundo Leserman (1981), o facto de as mulheres serem socializadas para serem mais expressivas e aptas para a verbalização contribui para que as médicas evidenciem mais disponibilidade para ouvir e obter informação, o que por sua vez pode contribuir

para que os homens se sintam mais capazes de expor os seus problemas e sintam que o acesso aos cuidados é mais fácil.

Foi referido por três médicos (H5, H22 e H24) do género masculino que participaram nas entrevistas que o género feminino na profissão médica pode ser facilitador no acesso dos homens aos cuidados de saúde em casos de problemas e dificuldades do foro sexual. Referem ainda que essa facilidade evidenciada num âmbito de cuidados de saúde centrados em aspectos psicológicos sugere a reprodução de relações de confidencialidade fora dos cuidados de saúde e que integram o quotidiano dos homens.

H5 – Curiosamente, por exemplo na terapia sexual, as terapeutas mulheres têm mais sucesso do que os terapeutas homens. (...) Falar de intimidade, os homens não gostam de falar a outro homem (...), os homens não falam entre eles. (...) É mais fácil o homem falar da sua intimidade a uma mulher do que a outro homem (...).

H24 – (...) Eu acho que curiosamente os homens falam mais facilmente [sobre problemas de saúde sexual] com mulheres do que com homens, (...) mais facilmente os homens entram numa espécie de confidencialidade nesse sentido com uma mulher do que com homens.

No entanto, nas razões evocadas pelos médicos e médicas entrevistados que realçam o género feminino como um constrangimento no acesso dos homens, constata-se uma heterogeneidade de opiniões que remete para as dificuldades sentidas pelos homens na exposição física e na exposição verbal.

- Exposição física: o receio de, perante uma mulher, ser posta em causa a sua masculinidade e de poder surgir uma eventual erotização da consulta.

H2 – Têm um bocadinho de vergonha se calhar de assumir perante as mulheres que não são tão homens assim (...) Na cabeça do homem, a mulher ao olhar para os genitais do homem vai ter uma avaliação diferente daquela que um outro homem terá. (...) Está posta em causa a masculinidade dele. (...) [No] exame físico ainda mais, porque (...) há um medo nos homens jovens de terem uma reacção quando é uma mulher a fazer o exame físico e portanto...

H21 – É um bocadito o medo de mostrar os genitais, de falarem de coisas de que não se fala, de o médico não ser médico mas ser médica (...).

- *Exposição verbal: o pudor em verbalizar aspectos que consideram tabus em relação às mulheres. Neste âmbito, alguns dos médicos entrevistados referem que a dificuldade de os homens exporem problemas e dificuldades sexuais às médicas é maior nos grupos com condições socioeconómicas mais baixas.*

H2 – E depois há algumas coisas nestas histórias que de facto os homens têm dificuldade em dizer às mulheres e que é necessário averiguar: as relações extraconjugais, masturbações,...

H10 – (...) Há muitos homens que hoje se inibem um bocado ainda de falar desse tipo de problemas com médicas, mulheres.

H21 – (...) Homens numa situação socioeconómica alta estão-se nas tintas. (...) Mas o povo em geral – “Eu não falo com a Sr.ª Dr.ª numa coisa do género” – nem passa pela cabeça, (...) nem pensar.

Um aspecto interessante relativamente aos constrangimentos que decorrem do género feminino foi realçado por uma médica e diz respeito à feminização dos espaços físicos em que se situa o acesso dos homens aos cuidados de saúde sexual.

M20 – As revistas são só para mulheres, os quadros são para mulheres. (...) São para as mulheres. (...) Por isso é que eu digo, não são espaços em que um homem se sinta muito confortável. Ia estar lá um único sozinho, a ler a Máxima de há três anos, que é o que costuma estar nas salas de espera? Não vai... É isso que dificulta.

O impacto do género dos profissionais de enfermagem no acesso dos homens aos cuidados de saúde sexual: diferenças de perspectivas entre enfermeiras e enfermeiros

Nas duas últimas décadas, muito do debate académico e público sobre os serviços de saúde centrou-se na natureza da *relação médico-paciente*. No entanto, apesar de na maioria dos casos os médicos serem legalmente responsáveis pelas decisões terapêuticas e pelos cuidados prestados nos serviços de saúde, esta relação parece revelar uma posição de destaque dos médicos no sistema de saúde e, em consequência, uma relação privilegiada com o paciente (Bury, 1997). Em determinadas circunstâncias, o termo *relação médico-paciente* tem sido particularmente associado ao desenvolvimento do papel do médico de família e do clínico geral, em que tradicionalmente se destaca a relação entre os médicos e os pacientes durante longos períodos (Freidson, 1989). No entanto, recentemente, como resultado de várias mudanças nas relações sociais nos cuidados de saúde, o termo *relação médico-paciente* tem sido substituído pelos termos *relação leigos-profissionais* (Nettleton, 1995) ou *relações terapêuticas: médicos, enfermeiros e pacientes* (Radley, 1991). Estas designações parecem evidenciar uma deslocação da abordagem destas relações para as questões da estrutura e para a valorização da perspectiva pluralista, que implica o afastamento do posicionamento central da figura do médico na análise do processo dos cuidados de saúde.

No que diz respeito ao protagonismo do género dos profissionais de enfermagem e ao seu impacto no acesso e na utilização dos homens dos cuidados de saúde sexual, há várias opiniões entre os enfermeiros entrevistados. Os enfermeiros do género masculino evidenciam as diferenças de género entre os profissionais de enfermagem, realçando a proximidade decorrente do “ser homem” como facilitador e o de “ser mulher” como um constrangimento no acesso aos cuidados de saúde.

H17 – (...) De um enfermeiro é muito mais fácil, de outro homem é mais fácil, (...) não temos a mentalidade de chegar a uma enfermeira ou até a uma médica e dizer, falar desse tipo de... (...).

H23 – (...) São sempre assuntos que... nota-se que baixam o tom de voz quando falam nisso... estão mais à vontade se for um homem a triar do que uma mulher

para falar de tudo o que se relacione com genitais. (...) Talvez haja uma identificação, há certos assuntos que é mais fácil. Ele perceberá melhor... ou... enfim... eventualmente já passou pelo mesmo, se não passou sabe que poderá passar... enfim... penso eu que seja esse tipo de coisas.

No entanto, por parte das enfermeiras entrevistadas é significativa a alusão a vários aspectos que são considerados como atenuantes dos eventuais constrangimentos decorrentes da preponderância do género feminino nos profissionais de enfermagem. Entre os referidos destacamos:

– a demonstração de saberes na área da sexualidade;

M8 – (...) A partir do momento que o profissional dá provas que, de facto, está à vontade na matéria, que está ali com um determinado objectivo... eu acho que isso é ultrapassável. (...) Mas temos de ser nós realmente, profissionais, a demonstrar que estamos aptos para dar resposta a determinadas situações.

– a cumplicidades entre os homens e as enfermeiras durante os internamentos hospitalares;

M9 – Eu acho que é mais a categoria profissional do que propriamente o sexo. Eu acho que os doentes abrem-se mais connosco enfermeiros do que com os médicos, pronto. Mesmo de homem para mulher (...).

– o profissionalismo assexuado;

M16 – O doente não vê o homem ou a mulher, vê o profissional, portanto não é: “Ai é um homem ou é uma mulher.” Não, acima de tudo é um profissional.

– as possibilidades de mediação entre os homens e os cuidados de saúde através das relações privilegiadas das enfermeiras com as mulheres.

M6 – (...) A mulher aparece mais, vem à enfermeira... se calhar não tem problema nenhum de contar (...) até o próprio problema do marido, muitas vezes

são elas, as próprias mulheres, que nos contam a situação do marido. Conseguem contá-lo à enfermeira; o homem, não.

Entre a procura da proximidade identitária e o evitamento da exposição perante os concorrentes: perspectivas de psicólogos e sexólogos

As opiniões dos quatro psicólogos e sexólogos entrevistados divergem entre a consideração do género dos profissionais como irrelevante para o acesso dos homens aos cuidados de saúde sexual; a atribuição de prioridade na procura de compreensão para os problemas independentemente do género do profissional; e a ambiguidades nas preferências dos homens por profissionais do género feminino ou do masculino. A alusão à existência de ambiguidades emergiu das entrevistas dos sexólogos do género masculino, que realçam, por um lado, a procura de uma proximidade identitária entre elementos do mesmo género e, por outro, a necessidade de afastamento dos profissionais do género masculino como forma de evitarem uma situação de inferioridade perante um potencial concorrente.

M3 – (...) Escolhem as pessoas em função do sexo muitas vezes, exactamente pela representação do tipo de compreensão que aquela pessoa daquele sexo vai ter (...).

H4 – (...) Talvez [a maior parte] tenha tendência a sentir-se mais confortável quando está com alguém do mesmo sexo e depois há uma outra fatia que sente-se muito mais confortável com o sexo oposto. (...) Eventualmente porque (...) um é pelo lado da identidade, é alguém que é do mesmo sexo. O ser do mesmo sexo mais facilmente me pode compreender. Um outro lado, é, possivelmente, o eu não me estou a expor perante um concorrente (...).

H5 – (...) São capazes de se gabar de coisas mas chega à doença e não falam dos seus problemas aos outros homens. Não estão a dar vazas a outros potenciais concorrentes.

Neste contexto, realça-se ainda o contributo de um representante de uma associação de protecção dos direitos dos homossexuais, que subscreve a opinião dos dois psicólogos mencionados.

H19 – (...) No caso dos gays, preferem nitidamente um homem que, se não for gay, ao menos que tenha uma abertura para esta questão. (...) Talvez haja mais um pudor de, de fazer certas perguntas ou de dizer certas coisas, tanto sendo homo como hetero, a uma sexóloga. (...) Talvez alguns homens tenham mais vergonha de pôr a sua sexualidade, a sua virilidade, em xeque ou em causa com outro homem. Com outra mulher não têm essa obrigação, também é possível que haja esse mecanismo mental.

Considerações finais

O género intervém de formas diferentes na vida de homens e mulheres como determinante da saúde e interfere, entre outros aspectos, na experiência subjectiva da doença e no seu significado social, nos padrões de utilização dos serviços e na efectividade e na qualidade da resposta às necessidades específicas dos homens e mulheres utilizadores dos cuidados (Women's Health Association of Victoria, 2001).

É assumido como um dado adquirido que as mulheres recorrem mais ao médico do que os homens, e o estudo desenvolvido por Cabral (2002) corrobora esta afirmação. Um dos motivos para explicar este facto diz respeito à socialização feminina, que reforça a aceitabilidade das mulheres em procurarem ajuda mais cedo do que os homens (Jones, 1994). No entanto, segundo Cabral (2002), um maior recurso aos serviços de saúde pode ser um indicador discutível de morbilidade, uma vez que o indivíduo pode recorrer ao médico no início dos sintomas ou, pelo contrário, adiar essa ida. Relativamente aos cuidados de saúde sexual, um dos aspectos que parecem interferir no acesso dos homens diz respeito ao género dos profissionais. Da análise de dados efectuada, é interessante constatar que apenas dois profissionais referem o género do profissional como indiferente no acesso dos homens (H11 e M12).

A reflexão feita a partir dos discursos dos outros 22 profissionais e das suas perspectivas sobre o impacto do género dos profissionais no acesso dos homens aos cuidados de saúde sexual permitiu identificar algumas diferenças intergrupais e intragrupais.

Entre os médicos do género masculino constatou-se uma divergência de opiniões. Segundo alguns médicos, o género feminino na profissão médica pode ser facilitador

do acesso dos homens aos cuidados de saúde em casos de problemas e dificuldades do foro sexual. No grupo de médicos que consideram o género feminino como um constrangimento no acesso dos homens, evidenciam-se três dimensões: a que diz respeito às dificuldades na exposição física, que só foi valorizada pelos médicos do género masculino; a das dificuldades na exposição verbal, na opinião de alguns médicos; e a dos constrangimentos decorrentes da feminização progressiva das profissões de saúde.

Os enfermeiros participantes realçam o género masculino dos profissionais de enfermagem como facilitador do acesso dos homens e o feminino como constrangedor. No grupo das enfermeiras, a influência do género do profissional é considerada como tendo menor impacto quer nas possibilidades criadas quer nas dificuldades decorrentes das diferenças de género, e são mencionados vários aspectos que são considerados como atenuantes para os eventuais constrangimentos: a demonstração de saberes na área da sexualidade; as cumplicidades entre os homens e as enfermeiras durante os internamentos hospitalares; o profissionalismo assexuado e as possibilidades de mediação entre os homens e os cuidados de saúde através das relações privilegiadas das enfermeiras com as mulheres.

Entre os psicólogos/sexólogos, as perspectivas variam entre a irrelevância atribuída ao género, a priorização na procura de compreensão para os problemas independentemente do género do profissional e a existência de ambiguidades nas preferências dos homens

A análise das diferentes perspectivas dos profissionais que participaram nas entrevistas evidencia uma divergência de opiniões e uma multiplicidade de aspectos considerados como relevantes.

Segundo Prazeres (2008), constata-se uma aparente indiferença dos profissionais de saúde para as questões de género na saúde e é realçada a importância de reforçar a sensibilização e a preparação técnica dos profissionais. Neste âmbito, enfatiza-se a necessidade de investigar a perspectiva dos homens sobre o impacto do género dos profissionais no seu acesso aos cuidados de saúde sexual e os aspectos que lhe estão subjacentes e que podem conduzir não só a dificuldades no acesso aos cuidados de saúde sexual mas também a dificuldades na exposição de problemas e ao adiamento na procura de ajuda.

Bibliografia

- Almeida, Ana Nunes (org.) (2004), *Fecundidade e Contracepção*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Bury, Michael (1997), *Health and Illness in a Changing Society*, Londres, Routledge.
- Cabral, Manuel (org.) (2002), *Saúde e Doença em Portugal*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Connell, R. W. (2002), *Gender*, Cambridge, Polity Press.
- Fee, Elisabeth (1977), “Women and health care: a comparison of theories”, em V. Navarro (org.), *Health and Medical Care in US: A Critical Analysis*, Nova Iorque, Baywood Publishing .
- Freidson, E. (1989), “The organization of medical practice” e “The reorganization of the medical profession”, em *Medical Work in America: Essays on Health Care*, Yale University Press, pp. 76-94 e pp. 178-205.
- Hall, J. A. (1984), *Nonverbal Sex Differences: Communication Accuracy and Expressive Style*, Baltimore, John Hopkins University Press.
- James, Nicky (1989), “Emotional labour: skill and work in the social regulation of feelings”, *Sociological Review*, 37, pp.15-41.
- Jones, L. J. (1994), *The Social Context of Health and Health Work*, Londres, Macmillan.
- Leserman, J. (1981), *Men and Women in Medical School*, Nova Iorque, Praeger.
- Loyola, Maria A. (1999), “A sexualidade como objecto de estudo das ciências humanas”, em Maria L. Heilborn (org.), *Sexualidade: O Olhar das Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.
- Lundgren, Rebecka (2000), *Research Protocols to Study Sexual and Reproductive Health of Male Adolescents and Young Adults in Latin America*, Division of Health Promotion and Protection Family Health and Population Program – PAHO.
- Master, W. H., e outros (1992), *Human Sexuality*, 6.^a edição, Nova Iorque, Harper Collins.
- Meeuwesen, L., e outros (1991), “Verbal analysis of doctor-patient communication”, *Social Science and Medicine*, 32, pp. 1143-1150.
- Miles, Agnes (1991), *Women, Health and Medicine*, Filadélfia, Open University Press.
- Nettleton, Sarah (1995), *The Sociology of Health and Illness*, Cambridge, Polity Press.

- Paiva, Mirian S. e Lígia Amâncio (2004), “Implicações das representações sociais na vulnerabilidade de género para sida/aids entre jovens universitários: estudo comparativo Brasil Portugal”, consultado a 3 de Junho de 2007, em www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/MirianSantosPaiva.pdf.
- Prazeres, Vasco (org.) (2008), *Saúde, Sexo e Género*, Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.
- Radley, Alan (1991), *In Social Relationships: An Introduction to the Social Psychology of Membership and Intimacy*, Berkshire, Open University Press.
- Riska, Elianne e Katarina Wegar (1993), *Gender, Work and Medicine*, Londres, Sage Publications.
- Stacey, M. (1988), *The Sociology of Health and Healing*, Londres, Unwin Hyman.
- WHO – Department of Reproductive Health and Research (2004), “Progress in reproductive health research: sexual health – a new focus for WHO” [versão electrónica], *WHO*, 67, pp. 1-8, consultado a 1 de Agosto de 2011, em <http://www.who.int/hrp/publications/progress67.pdf>.
- Women’s Health Association of Victoria (2001), *Women’s Health Association of Victoria: Position Paper on Gender & Practice*, consultado a 7 de Agosto de 2011, em http://www.whv.org.au/Articles/WHAV_gender_sensitivity.pdf.