

Os técnicos de saúde e a sexualidade dos doentes oncológicos: Atitudes, crenças e intenções comportamentais

SANDRA SERRANO (*)

1. INTRODUÇÃO

«O cancro continua a revelar-se uma das doenças mais temidas pela Humanidade. Todavia, jamais o diagnóstico de cancro se poderá considerar, à luz do pensamento científico, como “uma sentença de morte”» (Dias, 1994, p. 139).

O cancro está rodeado por uma série de crenças erróneas que acarretam determinadas atitudes e condutas, como seja, o facto de algumas pessoas considerarem o cancro uma doença contagiosa (Estapé, 2001). Este tipo de crenças irá, certamente, ter consequências no modo como cada indivíduo lida com os doentes e com os seus sentimentos, contribuindo para o aumento de tabus e preconceitos inerentes ao cancro (Estapé, 2001). Além destes aspectos, o diagnóstico de cancro induz uma série de novos desafios que “obrigam” o indivíduo a confrontar-se não só com os aspectos físicos da doença, nomeadamente, a dor e mudanças ou perdas de capacidades físicas mas, também,

com o impacto psicológico e social a ele associados (Bishop, 1994). Inserida neste contexto, a sexualidade destes doentes também pode sofrer alterações devastadoras. Nos últimos 20 anos, houve um aumento do conhecimento acerca dos mecanismos da função sexual e o modo como estes podem ser afectados pelo tratamento do cancro, assim como, o aumento do conhecimento das estratégias de tratamento, tanto para os aspectos físicos, como para os aspectos psicológicos associados ao mesmo. Contudo, estas pesquisas tiveram pouco impacto no que respeita ao aconselhamento do doente oncológico (Schover, Montague & Schain, 1993).

Na sociedade em que vivemos, apesar da atenção crescente atribuída à sexualidade, o doente oncológico nem sempre é informado acerca do impacto da sua doença e dos tratamentos a ela associados na função sexual, assim como, das alternativas terapêuticas disponíveis para esses problemas sexuais (Schover, Montague & Schain, 1993). Os doentes oncológicos, por sua vez, esperam que seja o técnico de saúde a ter a iniciativa em abordar as questões da sua sexualidade ou, perante o silêncio dos mesmos, assumem que a sua vida sexual está terminada (Auchincloss, 1990).

No entanto e, de acordo com Lopez e Fuertes (1999), as atitudes que temos perante determinado objecto ou situação condicionam a forma co-

(*) Psicóloga Clínica.
Consultora da *Dynargie Portugal*.

mo nos comportamos. Desta forma, também as atitudes e crenças dos técnicos de saúde podem influenciar o modo como cuidam dos doentes e, em alguns casos, pode ser difícil para o técnico abordar as questões da sexualidade. Este último aspecto constitui um dos problemas centrais nesta temática, ou seja, a tendência dos técnicos de saúde em evitar discutir os problemas sexuais com os seus doentes (Auchincloss, 1990) negligenciando, assim, a sua sexualidade. Estudos realizados com doentes com cancro e profissionais da saúde indicam que o evitamento, devido ao embaraço e falta de vontade, constitui o principal obstáculo à abordagem da sexualidade com os doentes oncológicos.

Sendo a sexualidade um dos aspectos da intimidade que é normalmente afectado pelo cancro e pelo seu tratamento (McKee & Schover, 1999), os técnicos de saúde devem estar preparados para identificar e avaliar os problemas sexuais que possam surgir durante ou, mesmo, depois do tratamento do cancro. Deste modo, poderão fornecer o suporte e informação necessários sobre estas questões aos doentes oncológicos devendo, também, saber referenciar estes doentes a outros técnicos, com competência e experiência no tratamento das disfunções sexuais, quando considerarem apropriado (Auchincloss, 1990). Embora com início recente, o estudo da sexualidade em doentes oncológicos tem vindo a enfatizar a necessidade de consciencialização dos técnicos de saúde para os diferentes tipos de alterações sexuais, por forma a se tornarem aptos para ajudar estes doentes a ultrapassar as suas dificuldades sexuais (Espapé, 2001).

Este estudo teve um carácter exploratório e o seu objectivo foi identificar e analisar quais as atitudes, crenças e intenções comportamentais dos técnicos de saúde face à sexualidade dos doentes oncológicos.

2. MÉTODO

2.1. Amostra

Neste estudo participaram 46 sujeitos, retirados de uma população de técnicos de saúde. Como critério de selecção da amostra foi considerado o contacto com doentes oncológicos, sendo a

amostra constituída apenas por técnicos de saúde com contacto com estes doentes, com uma frequência superior a “esporadicamente”. Desta forma, 81% dos técnicos de saúde contacta todos os dias com doentes oncológicos, 15% mantêm contacto 1 a 3 vezes por semana e, apenas, 4% dos sujeitos contactam com estes doentes 1 a 3 vezes por mês.

Desta amostra, 85% dos sujeitos são do sexo feminino e 15% do sexo masculino, pertencentes a dois grupos sócio-profissionais, dos quais 93% são enfermeiros e 7% são médicos. Relativamente à faixa etária, 45% dos sujeitos têm idades compreendidas entre os 22 e 31 anos, 28% encontram-se entre os 32 e 41 anos, 20% situam-se na faixa etária entre os 42 e 51 anos e 7% têm idade superior ou igual a 52 anos.

2.2. Instrumento

Dada a inexistência de um instrumento que avaliasse as variáveis propostas neste estudo optámos por construir um questionário de modo a estudar as atitudes, crenças e intenções comportamentais dos técnicos de saúde face ao objecto desta investigação.

Trata-se de um questionário composto por 28 itens, construído de acordo com uma escala de Likert, dos quais 13 itens têm como objectivo a avaliação das atitudes, 9 itens pretendem avaliar as crenças e 6 itens para a avaliação das intenções comportamentais. As respostas a cada um dos itens variam numa escala de cinco posições: “Discordo Totalmente”, “Discordo”, “Não Concordo Nem Discordo”, “Concordo” e “Concordo Totalmente”. Para a cotação das mesmas foi atribuído a cada um dos pólos o valor mínimo de 1 e o valor máximo de 5. Foi definido que aos valores mais elevados corresponde uma atitude, crença ou intenção comportamental mais favorável e aos valores mais baixos corresponde uma atitude, crença ou intenção comportamental mais desfavorável em relação ao objecto atitudinal.

A análise das respostas foi cuidada, tendo sido retirados os itens que deram azo a respostas erráticas, por forma a garantir que a resposta a cada item fosse consistente com as respostas aos outros itens. O instrumento revelou boa consistência interna: $Alpha\ de\ Cronbach = 0,89$.

2.2.1. Questões abertas

Deste questionário também fazem parte três questões de carácter aberto, possibilitando uma melhor clarificação das atitudes, crenças e intenções comportamentais dos técnicos de saúde perante a sexualidade dos doentes oncológicos:

Questão 1: “Tem conhecimento do tipo de problemas sexuais que os doentes oncológicos experienciam?”

Questão 2: “Sente que tem dificuldade em abordar as questões da sexualidade com os doentes oncológicos?”

Questão 3: “Acha que é importante abordar a sexualidade com os doentes oncológicos?”

Cada questão é composta por uma pergunta fechada de carácter dicotómico, na qual os sujeitos se posicionam de forma positiva (“Sim”) ou negativa (“Não”). Sendo atribuído aos respondentes um espaço de resposta livre para a justificação da sua escolha.

2.3. Procedimento

Os dados para esta investigação foram recolhidos em diferentes instituições da área de Lisboa e Santarém. A autorização foi-nos concedida após o contacto com as mesmas e, depois de esclarecidos os objectivos e procedimentos a utilizar. Procedemos à recolha dos dados pessoalmente, com a colaboração dos chefes de Serviço das instituições. Foi garantido aos sujeitos inquiridos a confidencialidade de todas as informações recolhidas e que estas se destinavam apenas à realização deste trabalho. As consignes a fornecer para o preenchimento do questionário encontravam-se descritas numa “folha de rosto” anexada ao mesmo, na qual era esclarecido o objectivo do trabalho e a garantia de anonimato.

3. ANÁLISE DE RESULTADOS

Procedemos à realização de uma estatística descritiva, cujo primeiro passo consistiu em analisar as respostas item a item, por forma a identificar os padrões de distribuição das respostas. Para a análise das respostas às questões de carácter aberto procedemos a uma análise de conteúdo. Estas respostas foram submetidas a uma análise e, pos-

teriormente, organizadas em categorias. Para todas as categorias foi registada a frequência com que foram referidas pelos sujeitos.

3.1. Resultados referentes à variável Atitudes

A observação da distribuição da frequência de respostas referentes à variável atitudes evidencia que os sujeitos tendem a mostrar uma atitude global positiva face à sexualidade dos doentes oncológicos, posicionando-se favoravelmente na maioria dos itens referentes a esta variável, com excepção dos itens 1 (“*Para mim é difícil falar sobre a sexualidade com os doentes oncológicos*”) e 12 (“*Tenho algum receio em falar sobre as questões sexuais com os doentes oncológicos, pois não sei se irão reagir bem*”). Através das medianas de resposta dos sujeitos podemos constatar que 69,6% dos mesmos se colocam numa mediana de valor 4,0 (ver Figura 1).

3.2. Resultados referentes à variável Crenças

Da análise das respostas aos itens referentes às crenças não se verificou nenhum item cuja crença fosse desfavorável ao objecto de estudo. Este facto permitiu-nos afirmar que os técnicos de saúde apresentam uma crença favorável face à sexualidade dos doentes oncológicos. Em contraste com a variável anterior, as medianas referentes à variável crenças encontram-se menos dispersas, embora a maioria dos sujeitos se coloquem, igualmente, no valor 4,0 (65,2% da amostra), conforme se apresenta na Figura 2.

3.3. Resultados referentes à variável Intenções Comportamentais

Após a análise dos itens referentes às intenções comportamentais observámos a presença de três itens, nomeadamente, o item 4 (“*Deixo que seja o doente oncológico a ter a iniciativa de falar sobre os seus problemas sexuais*”), o item 8 (“*Mesmo que os doentes oncológicos não falem comigo sobre as questões da sua sexualidade, eu faço-o*”) e o item 11 (“*Costumo questionar os doentes oncológicos sobre a sua vida sexual*”) nos quais encontramos uma intenção comportamental desfavorável face à sexualidade dos doentes oncológicos por parte dos técnicos de saúde.

Todavia, os sujeitos tendem a mostrar uma in-

FIGURA 1
Distribuição das respostas aos itens referentes às Atitudes

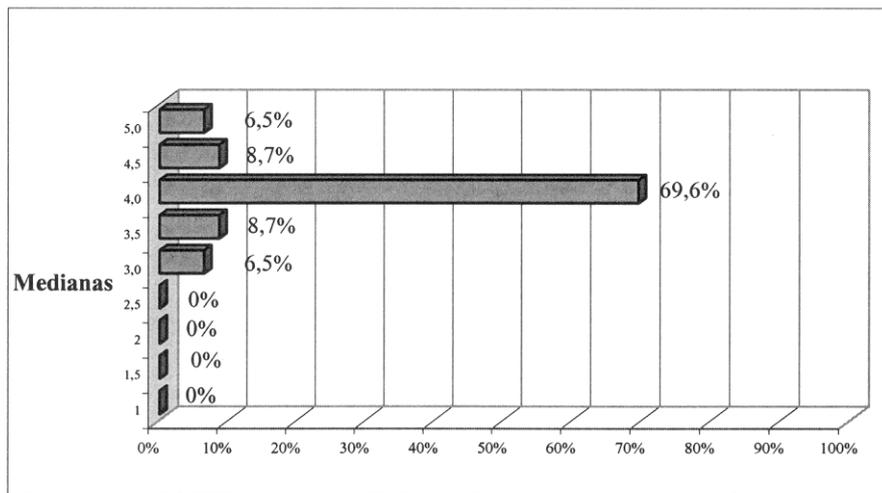
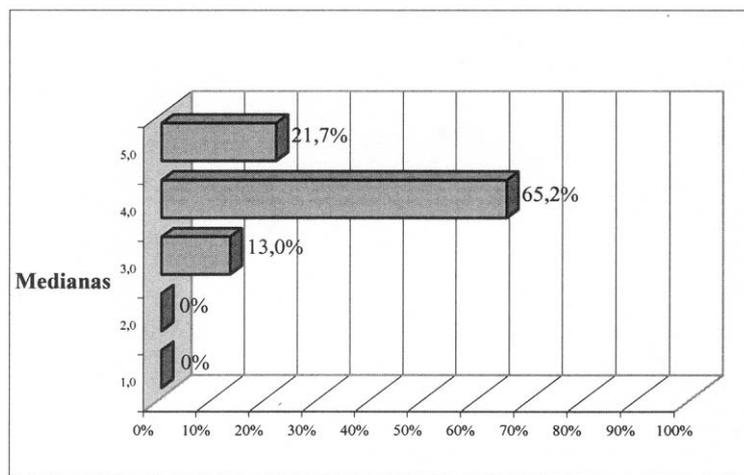


FIGURA 2
Distribuição das respostas aos itens referentes às Crenças



tenção comportamental neutra face à sexualidade dos doentes oncológicos, com tendência a desfavorável, como se pode ver na Figura 3.

Procedemos a uma síntese dos resultados obtidos nas três variáveis de estudo, através da análise das medidas de localização e tendência central (média, moda e mediana) e medidas dispersão (desvio-padrão e amplitude total) referentes às três variáveis em estudo, como se pode ver na Tabela 1.

Constatámos que, regra geral, os sujeitos mostram uma atitude favorável à sexualidade dos doentes oncológicos. O mesmo acontece com a variável crenças, na qual os técnicos de saúde apresentam posições favoráveis face ao objecto de estudo. Por sua vez, nas intenções comportamentais os sujeitos optam por uma posição intermédia apresentando, assim, intenções comportamentais neutras (nem favoráveis, nem desfavoráveis)

FIGURA 3
Distribuição das respostas aos itens referentes às Intenções Comportamentais

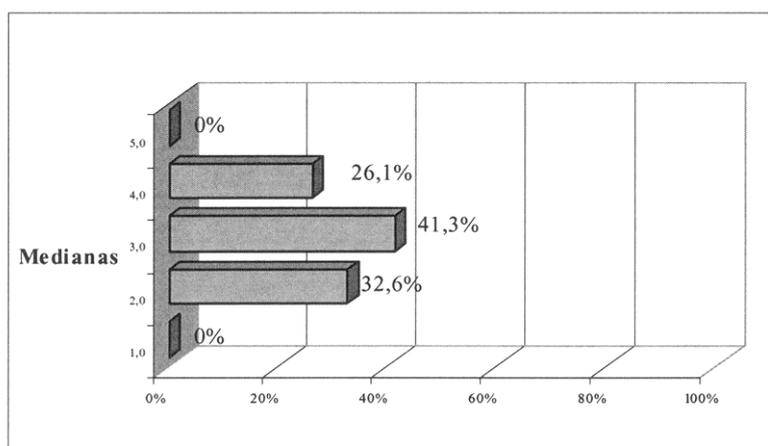


TABELA 1

		Atitudes	Crenças	Intenções Comportamentais
N	Válidos	46	46	46
	Omissos	0	0	0
Média		4,0000	4,0870	2,9348
Mediana		4,0000	4,0000	3,0000
Moda		4,00	4,00	3,00
Desvio Padrão		0,42164	0,58977	0,77179
Mínimo		3,00	3,00	2,00
Máximo		5,00	5,00	4,00

face à sexualidade dos doentes oncológicos. Concluímos que, embora os técnicos de saúde apresentem atitudes e crenças favoráveis face à sexualidade dos doentes oncológicos este facto não parece, por si só, influenciar o seu possível modo de agir.

3.4. Análise de Conteúdo

A partir das três questões de carácter aberto que constituem o questionário (*Corpus de análise*) procedemos à organização das respostas em torno dos temas de cada questão, organizando-as em categorias e subcategorias, por forma a agrupar e estruturar as ideias oferecidas pelos respondentes.

Para cada questão foi realizada uma contagem das frequências de respostas afirmativas (“Sim”) e negativas (“Não”), como mostra a Tabela 2.

Dado ao número reduzido de respostas negativas às três questões, que consideramos ser insuficiente para a elaboração de uma análise de conteúdo, esta organização foi realizada, apenas, às respostas positivas tendo sido, posteriormente, elaborada uma leitura cuidada das respostas negativas por forma a perceber quais os motivos para a escolha dos técnicos de saúde.

Após a organização dos dados em categorias e subcategorias, procedemos a uma contagem das frequências de resposta referidas pelos sujeitos, possibilitando a concretização de resultados qualita-

TABELA 2

Respostas	Questão 1	Questão 2	Questão 3
Positivas “Sim”			
Justificadas	73,90%	80,40%	87%
Não Justificadas	4,30%	0%	6,50%
Negativas “Não”			
Justificadas	10,90%	15,20%	6,50%
Não Justificadas	10,90%	4,40%	0%

TABELA 3

TEMA A – Informação sobre os problemas sexuais

A- Informação sobre problemas sexuais		
A1- Informação a partir dos doentes	22	40,0%
A2- Formação Acadêmica	6	10,9%
A3- Experiência Profissional	7	12,7%
A4- Interesse pessoal	4	7,3%
A5- Informação geral sobre a doença	7	12,7%
A6- Relação estabelecida com o doente	2	3,6%
A7- Exemplificação de problemas sexuais	7	12,7%

TABELA 3.1

Categoria A5 – Informação geral sobre a doença

A5- Informação geral sobre a doença	7	12,7%
A5.1- Efeitos da própria doença	3	5,4%
A5.2- Efeitos dos tratamentos e/ou medicamentos	4	7,3%

tivos passíveis de serem tratados percentualmente. Esta análise incidiu sobre a frequência de respostas dos sujeitos a cada categoria ou subcategoria, não tendo sido dada especial atenção ao número de sujeitos que respondem a cada uma delas.

3.4.1. Resultados referentes ao Tema A

Em relação às fontes de informação através das quais os técnicos de saúde adquirem conhecimento acerca dos problemas sexuais dos doentes oncológicos, verificámos que a maioria dos sujeitos refere que recebe informação através das verbalizações dos próprios doentes (Categoria A1). Alguns dos sujeitos inquiridos atribuem o conhecimento dos problemas sexuais dos doentes onco-

lógicos à sua experiência profissional (Categoria A3) e à informação que estes têm acerca da doença (Categoria A5). Seguiu-se a formação académica e o interesse pessoal sobre o tema da sexualidade (Categorias A2 e A4) como meios através dos quais os técnicos de saúde adquirem informação sobre os problemas sexuais dos doentes oncológicos. Embora com menor relevo, os técnicos de saúde exemplificam alguns dos problemas sexuais experienciados por estes doentes, não referindo qual a sua fonte de informação (Categoria A7) e apenas dois dos respondentes referem que o tipo de relação estabelecida com os doentes é fulcral para obter conhecimento acerca dos seus problemas sexuais (Categoria A6), como demonstram as Tabelas 3 e 3.1.

3.4.2. Resultados referentes ao Tema B

No que respeita às dificuldades sentidas pelos técnicos de saúde em abordar os assuntos da sexualidade com os doentes oncológicos, verificámos que as respostas dos sujeitos se dividem em três grandes categorias sendo que, a maioria dos respondentes refere razões profissionais que dificultam a abordagem da sexualidade, seguindo-se a referência a razões pessoais como obstáculo a essa abordagem. O tipo de relação estabelecida com o doente é outro factor referido pelos sujeitos como dificultador do iniciar de uma conversa sobre sexualidade (ver Tabela 4).

Com relação aos factores profissionais constatámos que para os sujeitos a maior dificuldade remete para a sua própria falta de iniciativa, para

falta de iniciativa do doente e, ainda, para o receio da reacção do doente. Este último aspecto pode ser confirmado pela análise da distribuição de respostas ao item 12 (“Tenho algum receio em falar sobre as questões sexuais com os doentes oncológicos, pois não sei se irão reagir bem”), com o qual a maioria dos sujeitos tende a concordar.

Em relação aos factores pessoais, os sujeitos sentem mais dificuldade em falar sobre estes assuntos porque consideram a sexualidade um assunto pessoal e da intimidade de cada um e um tema de difícil abordagem. A este último factor fazemos remeter o item 1, com o qual os sujeitos tendem a concordar. O constrangimento é outro dos factores que dificulta a abordagem da sexualidade com os doentes oncológicos, embora tenha sido referido com uma frequência reduzida. Este úl-

TABELA 4
TEMA B – Dificuldade na abordagem da sexualidade

B- Dificuldade na abordagem da sexualidade		
B1- Factores pessoais	30	42,9%
B2- Factores profissionais	35	50,0%
B3- Relação estabelecida com o doente	5	7,1%

FIGURA 4
Item 24: “Falar sobre os problemas sexuais com os doentes oncológicos é demasiado embaraçador”

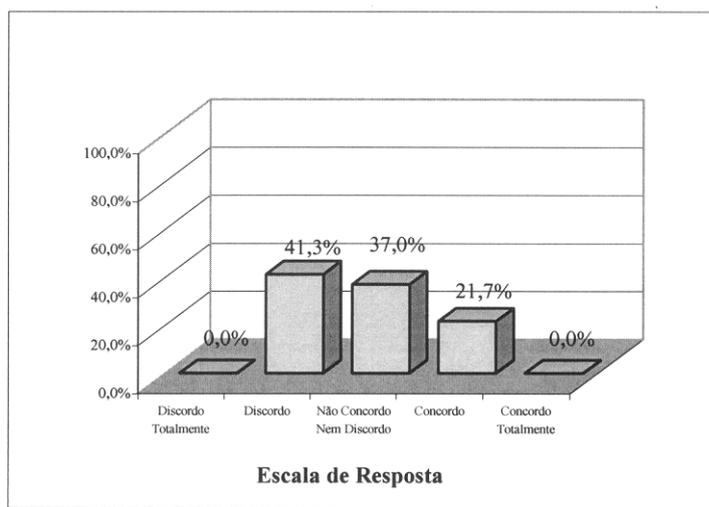


TABELA 4.1
Categoria B1 – Factores pessoais

B1- Factores pessoais	30	42,9%
B1.1- Tema difícil	11	15,7%
B1.2- Constrangimento	4	5,7%
B1.3- Assunto pessoal e íntimo	15	21,4%

TABELA 4.2
Categoria B2 – Factores profissionais

B2- Factores profissionais	35	50,0%
B2.1- Não faz parte das actividades profissionais	1	1,4%
B2.2- Falta de iniciativa do técnico	9	12,9%
B2.3- Falta de iniciativa do doente	9	12,9%
B2.4- Receio da reacção do doente	11	15,7%
B2.5- Falta de formação/conhecimentos	5	7,1%

timo aspecto pode ser complementado pela observação do item 24 (referente à variável atitudes) no qual os sujeitos tendem a não considerar embaraçoso falar sobre os problemas sexuais com estes doentes, como se pode ver na distribuição de respostas da Figura 4.

As Tabelas 4.1 e 4.2 mostram as frequências de respostas a cada categoria e subcategoria referentes ao tema B.

3.4.3. Resultados referentes ao Tema C

Tendo em conta os resultados do tema C “Importância da abordagem da sexualidade” podemos constatar que os sujeitos consideram importante abordar os assuntos da sexualidade de modo a ajudar os doentes oncológicos no confronto com a doença, mais precisamente, fornecendo informação e apoio nas dificuldades com que estes se deparam. Os sujeitos consideram, também, a sexualidade como parte integrante da vida e, por este motivo, deve ser abordada com o doente. Além destes motivos, os técnicos de saúde consideram que a sexualidade constitui uma preocupação para os doentes, sendo por isso, importante a sua abordagem. Fazemos remeter este último aspecto para o item 25, referente à variável atitudes e para

o item 10, referente à variável crenças, dos quais os sujeitos tendem a discordar. A distribuição das respostas fez-se conforme se pode ver nas Figuras 5 e 6.

Importa salientar que a qualidade de vida dos doentes é outro factor referido pelos sujeitos pelo qual é importante abordar as questões sexuais com os doentes oncológicos. Ao observarmos o item 18, referente à variável crenças, verificámos que os técnicos de saúde consideram bastante importante, para a qualidade de vida dos doentes, falar sobre os assuntos sexuais, como se pode observar na distribuição de resposta na Figura 7.

Os resultados relativos ao tema C encontram-se resumidos nas Tabelas 5 e 5.1.

3.5. *Discussão e análise das respostas negativas às três questões de carácter aberto*

Devido ao número reduzido de respostas negativas, como já foi referido, optámos por fazer uma leitura cuidada das mesmas, por forma a perceber quais os motivos para a escolha dos sujeitos. Assim, relativamente ao tema **A- Informação sobre os problemas sexuais**, constatamos que os sujeitos referem não ter conhecimento dos problemas sexuais dos doentes oncológicos por

FIGURA 5

Item 25: “Penso que o doente oncológico não deve estar preocupado com os problemas sexuais com que se depara”

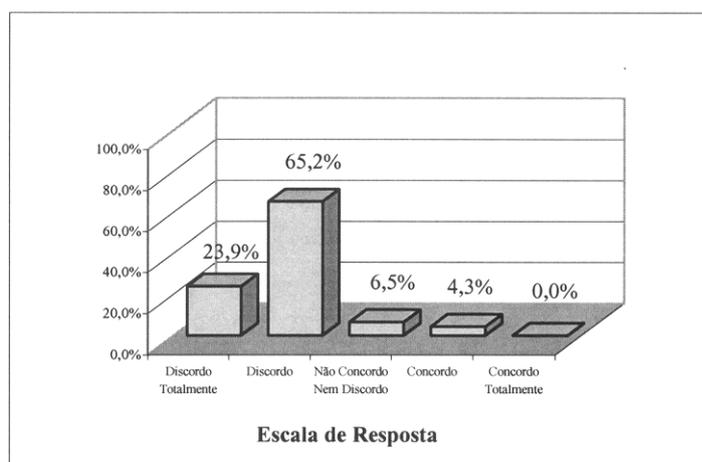
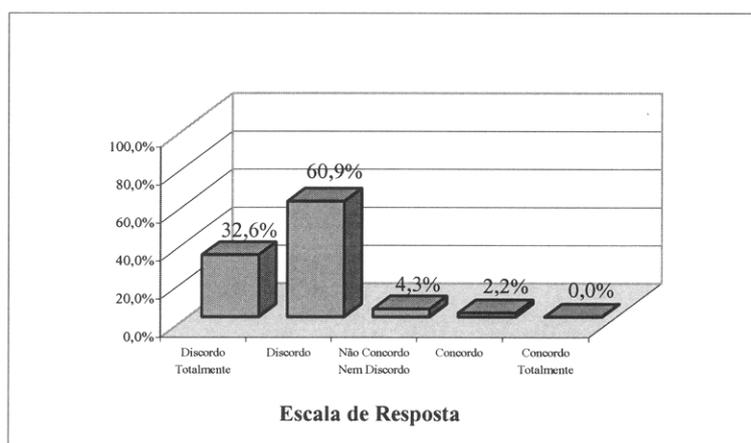


FIGURA 6

Item 10: “Penso que o doente oncológico não se preocupa com a sua sexualidade”



falta de iniciativa dos doentes, por falta de experiência profissional e, porque eles próprios negligenciam este assunto, não iniciando assim, uma conversa com os doentes. Em relação ao tema **B- Dificuldade na abordagem da sexualidade**, os sujeitos referem que não sentem dificuldade em abordar estes assuntos com os doentes oncológicos porque, como profissionais de saúde, têm essa obrigação e, assim, podem ajudar os doentes a lidar com os problemas sexuais que possam surgir. No tema **C- Importância da abordagem**

da sexualidade, os sujeitos consideram que não é importante abordar as questões da sua sexualidade com os doentes oncológicos, porque não consideram que seja uma preocupação para os doentes, pois estes não os abordam sobre este assunto. Desta forma, os sujeitos tendem a mostrar atitudes e crenças desfavoráveis à sexualidade dos doentes oncológicos. O mesmo acontece com as intenções comportamentais que tendem, também, a ser negativas face ao objecto de estudo.

FIGURA 7

Item 18: “Falar sobre a sexualidade é importante para a qualidade de vida dos doentes oncológicos”

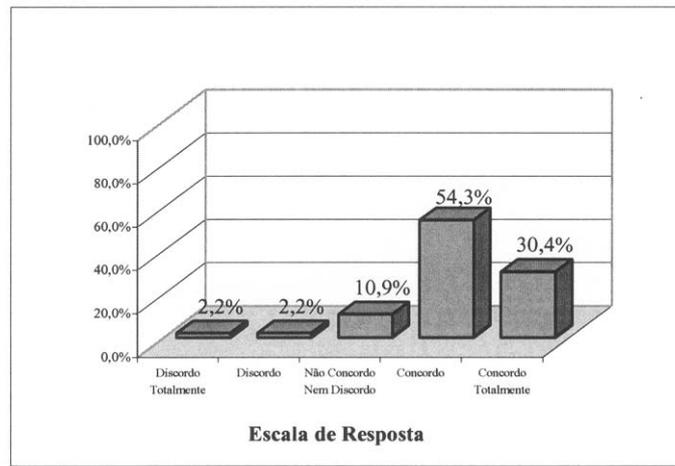


TABELA 5

TEMA C – Importância da abordagem da sexualidade

C- Importância da abordagem da sexualidade		
C1- Parte integrante da vida	13	23,2%
C2- Qualidade de vida	6	10,7%
C3- Preocupação para os doentes	7	12,7%
C4- Confronto com a doença	17	30,4%
C5- Limitações/alterações sexuais	6	10,7%
C6- Desmistificar crenças errôneas sobre a doença	5	8,9%
C7- Reabilitação completa	2	3,6%

TABELA 5.1

Categoria C4 – Confronto com a doença

C4- Confronto com a doença	17	30,4%
C4.1- Informar o doente	9	16,1%
C4.2- Apoiar o doente	8	14,3%

4. DISCUSSÃO

O objectivo desta investigação foi o de identificar e analisar quais as atitudes, crenças e intenções comportamentais dos técnicos de saúde face à sexualidade dos doentes oncológicos. Es-

te objectivo surgiu após uma leitura sobre o tema em causa, que permitiu o levantamento desta questão de investigação.

Considerando alguns dos aspectos mais relevantes que surgiram ao longo deste estudo e no que respeita às atitudes dos técnicos de saúde face à

sexualidade dos doentes oncológicos, concluímos que os primeiros tendem a mostrar uma atitude favorável face ao mesmo objecto de estudo. No que respeita às crenças os sujeitos tendem, também, a posicionar-se de forma favorável face ao objecto de estudo. Realçamos o facto que em todos os itens referentes a esta variável, os sujeitos mostram-se favoráveis face à sexualidade dos doentes oncológicos.

Para complementar este facto, concluímos que a maioria dos técnicos de saúde considera importante abordar as questões da sexualidade com os doentes oncológicos, principalmente porque consideram ser uma ajuda para o doente no confronto com a doença e porque consideram a sexualidade uma área importante que, como outra área da vida, não deve ser menosprezada.

Devemos, ainda, atender ao facto dos técnicos de saúde referirem que a sexualidade constitui uma preocupação para os doentes oncológicos, ainda que, com um menor número de respostas. Este último aspecto não está de acordo com o que refere Auchincloss (1990), segundo a qual uma das causas do evitamento dos técnicos de saúde em discutir os assuntos da sexualidade com os doentes oncológicos é o facto de acreditarem que estes doentes não se preocupam com a sua sexualidade, estando apenas preocupados com a doença.

Segundo Black e Matassarini-Jacobs (1993) as atitudes e crenças de um técnico de saúde podem afectar o modo como cuida dos doentes. Muitas vezes, estes técnicos têm dificuldade em adoptar uma postura de abertura, em não julgar e, até mesmo, em aceitar a sexualidade dos outros, o que os impossibilita de ficar à vontade ao abordar estas questões. No entanto, no nosso estudo apesar de concluirmos que as atitudes e crenças dos técnicos de saúde são favoráveis à sexualidade dos doentes oncológicos verificámos, contudo, que as intenções comportamentais destes técnicos são neutras (nem favoráveis, nem desfavoráveis) face à sexualidade destes doentes. Assim, e ao contrário do que é referido por estes autores, não constatámos que as atitudes e crenças dos técnicos de saúde tenham influência no modo como cuidam dos doentes, na medida em que, embora estejamos perante técnicos de saúde com atitudes e crenças favoráveis face à sexualidade dos doentes oncológicos, o mesmo não acontece com as intenções comportamentais destes técnicos. Este últi-

mo aspecto não está de acordo com os resultados de um estudo realizado por Levinson e Roter (1995, cit. por Fallowfield & Jenkins, 2002) no qual se concluiu que as atitudes e crenças dos técnicos de saúde face aos aspectos psicossociais influencia o modo como comunicam com os doentes oncológicos. Desta forma, os técnicos que apresentem atitudes e crenças mais favoráveis face aos aspectos psicossociais e que acreditem que são importantes para abordar com os doentes, estão mais predispostos a abordá-los, do que os técnicos de saúde que têm atitudes e crenças menos favoráveis.

Deste modo, e no que respeita às intenções comportamentais, podemos concluir que os técnicos de saúde tendem a mostrar uma intenção comportamental neutra, o que pode ser confirmado pelo facto de, apesar da maioria possuir conhecimento dos problemas sexuais experienciados pelos doentes, têm como principal fonte de informação as verbalizações dos próprios doentes. De acordo com Stead, Fallowfield, Brown e Selby (2001) poucos técnicos de saúde estão atentos aos problemas sexuais que possam surgir nos doentes oncológicos e, muitas vezes, desconhecem ou têm conhecimento inadequado deste tipo de problemas. No entanto, ao contrário do que referem estes autores, no nosso estudo os técnicos de saúde têm conhecimento dos problemas sexuais experienciados pelos doentes oncológicos, embora não seja o próprio técnico a questionar o doente sobre este assunto. Este último aspecto está de acordo com o que referem os mesmos autores, ao afirmarem que a comunicação sobre os problemas sexuais aos doentes oncológicos por parte dos técnicos de saúde é deficitária.

Kaplan (1992) partilha da mesma opinião ao referir que, embora os doentes oncológicos desejem ser informados acerca da sua sexualidade, enfrentam esses problemas sozinhos na medida em que os técnicos de saúde não abordam essas questões com os doentes.

No presente estudo, concluímos que os técnicos de saúde sentem dificuldade em abordar os assuntos da sexualidade referindo como principais motivos factores profissionais, como sejam, o receio da reacção do doente, a falta de iniciativa própria e do doente e factores pessoais, como por exemplo, o facto de considerarem a sexualidade um assunto pessoal e da intimidade de cada um e difícil de abordar. Encontramos, ainda, em-

bora com pouca expressão, a presença de outro factor que dificulta a abordagem da sexualidade com os doentes oncológicos, ou seja, o constrangimento. Este resultado parece estar de acordo com o que refere Auchincloss (1990), segundo a qual o embaraço ou desconforto em discutir os assuntos sexuais torna o técnico hesitante em abordar este tema, podendo comprometer a sua capacidade de ajudar os doentes.

No que respeita à falta de iniciativa do técnico e do doente, referimos um estudo realizado por Vincent e colegas (1975, cit. por Auchincloss, 1990) no qual se constatou que 80% dos doentes inquiridos desejavam informação sobre sexualidade, apesar de 75% admitir não ser capaz de abordar por si próprio esta temática com o técnico de saúde. Segundo os autores, este facto origina relutância na abordagem dos assuntos sexuais por parte do técnico de saúde.

No nosso estudo, como já foi referido, os técnicos de saúde tendem a mostrar atitudes positivas face à sexualidade dos doentes oncológicos e têm conhecimento dos problemas sexuais experienciados por estes doentes, embora tendam a não informá-los acerca destes assuntos. Este factor não está de acordo com o que refere Stayton (1998) ao afirmar que, embora conhecendo os problemas sexuais experienciados pelos doentes oncológicos, muitos técnicos de saúde podem não ajudar os doentes devido às suas atitudes face à sexualidade.

Concluimos por outro lado que, embora os técnicos de saúde considerem importante abordar as questões da sexualidade com os doentes oncológicos tendem, também, a não fazê-lo. Este facto parece estar de acordo com Auchincloss (1990) segundo a qual, embora os técnicos de saúde reconheçam a importância em abordar os assuntos de índole sexual com os doentes oncológicos, na prática não os informam sobre este tema. Segundo esta autora os técnicos de saúde têm tendência em evitar discutir os problemas sexuais com os seus doentes, focalizando-se apenas na doença, negligenciando os aspectos menos imediatos, como a sexualidade. Num estudo referido por Stead, Fallowfield, Brown e Selby (2001) os técnicos de saúde pensam que devem abordar as questões sexuais com os doentes oncológicos, embora apenas uma pequena percentagem o faça.

Importa salientar no presente estudo que, embora os técnicos de saúde apresentem atitudes e

crenças favoráveis à sexualidade dos doentes oncológicos, tenham conhecimento dos problemas sexuais experienciados por estes doentes e dêem grande importância à abordagem da sexualidade com os mesmos, estes factores não constituem, por si só, motivos para que estes técnicos tenham a iniciativa de iniciar uma discussão sobre este tema com os doentes. Assim, pode pensar-se que as dificuldades sentidas por estes técnicos na abordagem das questões sexuais com os doentes oncológicos constituem o principal factor que os torna hesitantes em falar sobre a sexualidade com estes doentes.

Pareceu-nos pertinente fazer, ainda, algumas considerações respeitantes ao instrumento utilizado e à amostra em estudo. Pelo facto de não existir um instrumento que medisse as variáveis em questão, foi necessária a construção de um questionário que avaliasse as mesmas, com base na literatura existente. Por este motivo, poderão ter surgido alguns entraves, podendo o presente instrumento vir a ser aperfeiçoado em futuras investigações.

Adicionalmente, no que se refere à amostra, a sua dimensão reduzida e a sua heterogeneidade não nos permitem tirar conclusões gerais, sendo os resultados válidos apenas para o grupo de indivíduos estudado e não generalizados a toda a população. Atendendo ao facto de que as probabilidades de representatividade da amostra de investigação são conseguidas, em primeira instância, quando o seu tamanho é elevado, percebe-se que, neste caso concreto, o número de indivíduos estudado é insuficiente. Este aspecto relaciona-se com a falta de adesão dos técnicos de saúde no preenchimento do questionário.

Pela pertinência do tema parece importante aprofundar a investigação nesta área chamando, assim, a atenção para a eventual necessidade de desenvolver acções de formação junto dos técnicos de saúde, centradas nas suas atitudes em relação à sexualidade dos doentes oncológicos.

5. CONCLUSÃO

Os técnicos de saúde apresentam atitudes e crenças favoráveis em relação à sexualidade dos doentes oncológicos e intenções comportamentais neutras face ao mesmo objecto de estudo. Os sujeitos em questão consideram importante a abor-

dagem desta temática com os doentes oncológicos e admitem conhecer a maioria dos problemas sexuais experienciados por estes doentes. No entanto, esperam que seja o próprio doente a questioná-los sobre os seus problemas sexuais.

Como principais dificuldades na abordagem das questões sexuais, os técnicos de saúde referem factores profissionais e pessoais. No que respeita aos factores profissionais, foram destacados o receio da reacção do doente e a falta de iniciativa própria e, também, do doente. Quanto a factores pessoais, os técnicos de saúde nomearam, maioritariamente, o facto da sexualidade ser um assunto pessoal e íntimo e que por esse motivo deverá ser o doente a requerer informação e a questioná-los sobre a sua sexualidade. Estes aspectos, entre outros referidos ao longo do presente artigo, tornam os técnicos de saúde hesitantes em falar sobre este tema, fazendo com que se focalizem apenas na doença. Estas dificuldades constituem, assim, o principal obstáculo dos técnicos de saúde à abordagem da sexualidade com os doentes oncológicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Auchincloss, S. (1990). Sexual dysfunction in cancer patients: Issues in evaluation and treatment. In J. C. Holland, & J. H. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology – Psychological care of the patient with cancer* (pp. 383-413). New York: Oxford University Press.
- Black, J. M., & Matassarini-Jacobs, E. (1993). *Luckmann & Sorensen – Enfermagem medico-cirúrgica: Uma abordagem psicofisiológica* (4.ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bishop, G. D. (1994). *Health psychology: Integrating mind and body*. Needham Heights: Allyn and Bacon.
- Dias, M. R. (1994). Informar os doentes oncológicos: Uma perspectiva de intervenção. In T. C. McIntyre (Ed.), *Psicologia da saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 139-155).
- Etapé, T. (2001). Disfunciones sexuales en pacientes de cáncer. In M. R. Dias, & E. Durá (Eds.), *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 481-492). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2002). Can communication skills training alter physician's beliefs and behavior in clinics? *Journal of Clinical Oncology*, 20 (3), 765-769.
- Kaplan, H. S. (1992). A neglected issue: The sexual side effects of current treatments for breast cancer. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 18 (1) Spring, 3-20.
- Lopez, F. S., & Fuertes, A. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- McKee Jr., A. L., & Schover, L. R. (1999). Sexuality rehabilitation [Supplement]. *Cancer: Cancer Rehabilitation in the New Millennium*, 92 (4), 1008-1010.
- Schover, L. R., Montague, D. K., & Schain, W. S. (1993). Sexual problems. In V. T. DeVita, S. Hellman, & S. A. Rosenberg (Eds.), *Cancer: Principles & practice of oncology* (4th ed., vol. 2, pp. 2464-2477). Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Stayton, W. R. (1998). A Curriculum for training professionals in human sexuality using the Sexual Attitude Restructuring (SAR) Model. *Journal of Sex Education and Therapy*, 23 (1), 26-32.
- Stead, M. I., Fallowfield, L., Brown, J. M., & Selby, P. (2001). Communication about sexual problems and sexual concerns in ovarian cancer: Qualitative study. *British Medical Journal*, 323 (7317), 836-837.

RESUMO

Nos dias de hoje, a sexualidade ainda constitui um tema controverso e polémico, principalmente, quando associada a pessoas debilitadas e/ou incapacitadas, como é o caso dos doentes oncológicos. Desta forma, estes doentes continuam sem receber a devida informação e esclarecimento acerca desta temática, vinda dos profissionais que lhes prestam os cuidados de saúde.

Esta investigação trata-se de um estudo exploratório, que visa descrever as atitudes, crenças e intenções comportamentais dos técnicos de saúde face à sexualidade dos doentes oncológicos. Os participantes (85% do sexo feminino) formam uma amostra de 46 sujeitos que acederam participar. Foi construído um questionário anónimo e confidencial, constituído por 28 itens, a que os sujeitos respondiam numa escala tipo Likert e, três questões de carácter aberto. A análise dos resultados evidencia que os técnicos de saúde apresentam atitudes e crenças favoráveis perante a sexualidade dos doentes em questão e intenções comportamentais neutras face ao mesmo objecto de estudo.

Palavras-chave: Doentes oncológicos, técnicos de saúde, sexualidade.

ABSTRACT

In current days sexuality still remains a controversial and a "hard to approach" issue, specially when related to unhealthy individuals like oncological patients. These patients expect to be given information and en-

lightenment from health professionals about their sexual problems.

The aim of this study is to describe the attitudes, beliefs and behaviour intentions of Portuguese health professionals towards oncological patient's sexuality. A sample with 46 nurses and medical doctors gave answers to a questionnaire with 28 items and three open

questions about sexuality in oncological patients. The results analysis shows that the health professionals present favourable attitudes and beliefs towards these patient's sexuality and neutral behaviour intentions towards the same object at study.

Key words: Oncological patients, health professionals, sexuality.