

Política para médicas de família em áreas rurais

Endossado por Wonca,
novembro de 2003

WONCA Working Party on Rural Practice

Objetivos-chave

1. Dar suporte à mulher trabalhadora em áreas rurais e remotas em sua prática de medicina de família.
2. Aumentar o número de mulheres médicas trabalhando em áreas rurais e remotas.
3. Assegurar equidade do desenvolvimento de políticas e programas que afetem a força de trabalho em medicina rural relacionados às médicas.

Postulado

Esse documento foi desenvolvido a partir de extensa pesquisa entre médicas de área rural e estudantes de medicina de países desenvolvidos. Ele reconhece que uma nova etapa deste estudo deve incluir um processo de pesquisa com mulheres médicas em países em desenvolvimento, particularmente África, Ásia e América do Sul. Esse processo requererá um processo de comunicação especificamente desenhado para conhecer as visões e experiências das médicas que trabalham em ambientes sem a facilidade de acesso como e-mail, fax e outros meios práticos de comunicação.

Estratégias

1. Recrutamento
 - 1.1. Atrair a mulher rural para a medicina
 - 1.2. Atrair a mulher médica para a medicina rural
 - 1.3. Prover às estudantes de medicina experiências em zona rural
 - 1.4. Prover às estudantes e aos estudantes de medicina, bem como aos pós-graduados, preceptoras médicas de áreas rurais
 - 1.5. Ensinar acerca de questões de gênero para médicos rurais
 - 1.6. Recrutar mulheres de áreas rurais para posições de liderança

Como citar: Working Party on Rural Practice WONCA. Política para médicas de família em áreas rurais. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(Suppl 1):35-48.
Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(1\)729](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(1)729)

2. Treinamento

- 2.1. Providenciar ferramentas apropriadas e acessíveis para a prática rural
- 2.2. Encorajar habilidades em procedimentos e cirurgias
- 2.3. Providenciar uma educação médica continuada flexível e acessível
- 2.4. Providenciar um ambiente apropriado para aprendizagem
- 2.5. Trabalhar com preceptoras mulheres em ambiente rural
- 2.6. Inserir o ensino de habilidades de gênero como parte importante do currículo
- 2.7. Desenvolver e implementar o currículo para retreinamento para médicos que ficaram afastados da prática profissional
- 2.8. Desenvolver e implementar o currículo para o ensino da graduação e pós-graduação em competência e segurança cultural
- 2.9. Providenciar suporte e assistência para prática em tempo parcial e reentrada no mercado de trabalho
- 2.10. Providenciar treinamento em gerenciamento, liderança, resolução de conflitos e tecnologia da informação
- 2.11. Certificar que o cuidado das crianças e da família será providenciado durante os eventos de educação médica
- 2.12. Providenciar treinamento em métodos de lidar com ameaças, dificuldades e situações perigosas
- 2.13. Desenvolver políticas de desenvolvimento profissional continuado quando a médica não é uma profissional ativa
- 2.14. Treinamento durante a graduação
 - 2.14.1. Treinamento na graduação flexível e período parcial em instituições ao invés de trabalhos individuais com a finalidade de resolver a interface família/profissional
 - 2.14.2. Encorajar o diálogo com estudantes a respeito da rotatividade rural a fim de permitir uma integração sensível com suas vias, inclusive número e tempo de rotatividade, acomodações adequadas, orientações e integração social com a comunidade
 - 2.14.3. Seleção do curso (faculdade) que enfatize experiências de sucesso na prática rural

3. Suporte

- 3.1. Assegurar que há espaço para toda a família
- 3.2. Providenciar suporte (retaguarda) para a médica enquanto ela cuida da comunidade
- 3.3. Assegurar médicos que podem substituir a médica em suas saídas regulares ou férias
- 3.4. Buscar apoio político para o pagamento adequado durante o afastamento em caso de cuidado dos familiares, equitativos em relação ao restante da sociedade
- 3.5. Dar prioridade à substituição do profissional durante a licença maternidade e crises familiares
- 3.6. Estabelecer uma rede de apoio à médica de área rural
- 3.7. Assegurar o respeito de e para os colegas de profissão
- 3.8. Desenvolver acesso aos serviços de saúde para si mesmo e para a família

4. Estrutura para a prática da medicina rural

- 4.1. Desenvolver práticas flexíveis de trabalho
- 4.2. Estabelecer um kit de ferramentas baseadas na internet para assistir a médica em sua prática
- 4.3. Assegurar pagamento adequado para a necessidade de dedicação em maior tempo devido às interações clínicas iniciadas pelos pacientes das médicas rurais
- 4.4. Aprofundar sistemas para tempo parcial e para trabalho sob interrupções temporárias
- 4.5. Providenciar arranjos trabalhistas transparentes (contratos)
- 4.6. Providenciar plantões a distância flexíveis
- 4.7. Desenvolver e implementar políticas que incluam licenças para cuidar dos familiares
- 4.8. Reconhecer e facilitar diferentes estilos de trabalho
- 4.9. Providenciar cuidados para os filhos para as horas de plantões (durante as chamadas) e horas extras.

4.10. Desenvolver um kit de ferramentas na internet para implicações profissionais durante o período de transição para a maternidade.

4.11. Assegurar um ambiente de trabalho seguro

4.12. Reconhecer e facilitar o estilo de trabalho da mulher

5. Representação e liderança

5.1. Assegurar representação equitativa para mulheres em organizações profissionais de médicos em área rural

5.2. Desenvolver um plano para recrutar mulheres para posições de liderança

5.3. Incluir as organizações que se responsabilizam por contratar mulheres

5.4. Assegurar que as mulheres estejam presentes nas conferências nacionais e internacionais

5.5. Assegurar que as mulheres terão suporte para realizar pesquisas científicas

5.6. Assegurar representação equitativa de mulheres como principais autoras em publicações profissionais

Essas estratégias foram desenhadas a partir de um trabalho internacional realizado previamente para a Conferência da Wonca e a partir de pesquisas das experiências das médicas em áreas rurais e remotas.

Antecedentes

As organizações internacionais estão agora reconhecendo que a ciência do século 21 demandará locais de trabalho do século 21, onde homens e mulheres, de diversas regiões do planeta estarão igualmente e plenamente empoderados para dar seu melhor para o mundo do futuro (Grupo consultor em Pesquisa de Agricultura Internacional, 1999).

Depois de 3000 anos, as mulheres estão começando a tomar o seu lugar na arena pública e a contribuir para o discurso público, falando sobre a verdade e a ordem própria do cosmos. A experiência mulher confiante é diferente da fé que tem dominado o sistema público até agora (Benlenky et al., 1997, Giligan 1982). O desafio que se mostra a todos nós é incorporar o conhecimento e a cultura, bem como a experiência de mulheres em sistemas e conhecimento, como na medicina.

A má distribuição de médicos tem sido identificada como uma matéria de equidade e força de trabalho em muitos países (Makan 1998, AMWAC 1998) e que tem sido confundida pela mudança na distribuição por sexo da força de trabalho médico e pelas diferentes formas dos homens e mulheres médicos contribuírem para a medicina.

No mundo desenvolvido, tem havido uma mudança radical da distribuição por sexo dos estudantes de medicina. No ano de 2000, 50% dos estudantes de primeiro ano e 40% de todo o corpo estudantil na África do Sul era formado por mulheres (MWIA 2001) e 47,9% dos médicos, em seu primeiro ano de residência, eram mulheres (de Villiers & de Villiers, 2002). Canadá, EUA, África do Sul e Reino Unido relataram uma tendência similar e, na Austrália, há o mesmo número de mulheres matriculadas no primeiro ano (Birenbaum 1995, NEJM 2000, Moodley 1999, referência canadense de Leslie Rourke). A proporção de mulheres entre os estudantes de medicina nos Estados Unidos tem crescido sensivelmente, especialmente a partir do ano de 1999, 44% dos estudantes de medicina no primeiro ano são mulheres (NEJM 2000).

Durante o período de 1983-1999, a porcentagem de médicas generalistas na Inglaterra e Wales aumentou de 17,4% para 31,75%. Esse quadro aparece também na Escócia e Irlanda do Norte, onde aproximadamente 1/3 de todas as gestoras são mulheres (36,1% e 29,5%, respectivamente). Essa tendência é semelhante à que continua como o número de médicas generalistas que solicitam novos registros no Royal College, que são 57% (Royal College of General Practitioners, 2002). De acordo com a Associação dos Colégios Médicos Americanos (Association of American Medical Colleges), em 1999 houve 38.529 inscrições – um aumento de 6% em relação ao ano de 1998 -, entre essas, das que foram aceitas, houve 8809 homens (um decréscimo de 2,2%) e 7412 mulheres (um aumento de 3,5%).

A força de trabalho médico feminino está crescendo mais rapidamente do que a dos médicos homens. O aumento do número de mulheres nesse contingente trabalhista é uma tendência global.

O aumento da participação feminina na força de trabalho médica, combinada com as diferenças de trabalho entre as mulheres e os homens, está trazendo um impacto substancial ao futuro no suprimento e distribuição dos médicos (McEwin 2001). A mulher médica tende a escolher a prática geral, trabalhar em tempo parcial e prefere as capitais ou as maiores áreas urbanas. As mulheres também tendem a deixar a medicina ou praticá-la em melhor número de atividades por razões legítimas durante curtos períodos durante suas carreiras (AMWAC 1998).

Somando-se a estes fatos, há evidências na Austrália e em outros países do Oeste de que, enquanto todos os médicos têm seu corpo de conhecimento, competências e ética profissional, há diferenças de estilos de trabalho que podem ser identificadas entre homens e mulheres (Hojat, Gonnella & Xu 1995; Turner, Tippet, Raphael 1994). Um estudo australiano por Redman, Saltman, Straton, Young e Paul (1994) encontrou que médicas são mais influenciadas do que os homens em sua escolha da especialidade, pela necessidade de “oportunidade para o cuidado holístico” (86% das mulheres comparadas a 58% dos homens).

Em geral, os homens valorizam aspectos psicossociais da saúde em menor grau que as mulheres, e tendem a operar mais fortemente pelo modelo biomédico do que pelo paradigma biopsicossocial. Eles dão menor espaço e ênfase ao cuidado holístico, praticam menos medicina preventiva, lidam com um problema de cada vez ao invés de muitos com os pacientes presentes, fazem menos aconselhamento e preferem realizar procedimentos ao invés de lidar com o subjetivo em saúde mental (idem). Os pacientes são muito menos propensos a procurar um médico homem com assuntos como violência interpessoal ou agressões sexuais (Wainer 1998). Essas diferentes prioridades são reflexos de diferentes estilos de prática (AMWAC 1998) e combinam com as diferentes expectativas dos pacientes (Rogers 1996).

As médicas têm características de trabalho distintas. Britt, Sayer, Miller et al. (1999) encontraram que, em comparação com os homens, as médicas generalistas tendem a ter consultas de maior duração, gerenciar maior número de problemas por encontro, ver maior percentagem de pacientes jovens e novos pacientes, manejar depressão com mais frequência. Tolhurst (1999) encontrou que as médicas fazem mais aconselhamento e trabalham com casos de violência e agressões sexuais. Elas trabalham com saúde mental na comunidade. Um estudo sobre habilidades profissionais de médicos em zona rural na África do Sul encontrou que as médicas são estatisticamente mais procuradas do que os homens durante o final da gestação (De Villiers & DeVilliers 2002). Esse dado é importante para compreender porque a presença de mulheres como médicas é tão importante para as mulheres como pacientes.

Há uma convergência não compreendida entre a “medicina” e a “prática do homem médico”. Isso tem mudado à medida que aumenta o número de mulheres que impõem um estilo feminino de exercer a medicina que reflita suas prioridades e valores.

Força tarefa rural

Os médicos são pouco representados em áreas rurais e de difícil acesso e, nos países do Oeste, as médicas são ainda em menor número na prática rural do que os médicos homens (Strasser, Kamien, Hays & Carson 1997, Doescher, Ellesbury & Hart 2000).

Nos Estados Unidos, somente 16% das médicas em medicina de família rural/generalistas são mulheres (Doescher, Ellesbury & Hart 2000), entre elas, 43% são recém-graduadas. As médicas generalistas nos Estados Unidos são consistentemente em menor número do que os médicos homens em sua prática em área rural ((Doescher, Ellesbury & Hart 2000). Na Austrália, 27% dos médicos generalistas em zona rural são mulheres, entretanto 40% das mulheres médicas de família rurais têm menos de 35 anos, e 60% das residentes são mulheres. Nas Filipinas, a maioria das mulheres em área rural são mulheres. Os dados de outros países poderão complementar essa evidência.

Alguns estudos na Austrália e Canadá (Rourke 1996, Wainer 1998, Carson 1998, Thompson 1997) analisaram a evidência de uma emergente mudança cultural da força de trabalho em medicina rural, e Tolhurst (1997) encontrou que algumas das tensões experimentadas por médicas em áreas rurais acontecem quando elas necessitam encontrar um caminho que mescle suas responsabilidades profissionais e familiares.

As escolhas de trabalho das mulheres são geralmente modificadas pela prioridade que elas dão ao desenvolvimento e manutenção de seus relacionamentos pessoais e familiares e as demandas em balancear as responsabilidades familiares com seu trabalho clínico (Strasser, Kamien, Hays & Carson 1997). Uma pesquisa emergente no Canadá sugere que uma vez que a médica é recrutada para a prática em área rural, ela tende a trabalhar em média 48 horas por semana (referência de Mary).

As médicas tendem a ser a principal cuidadora/provedora da família (Wainer 2001)., Desde cedo, as mulheres praticam um estilo mais flexível de trabalho e, geralmente, trabalham pouco ou nunca em horas irregulares ou plantões a distância (McEwin 2001).

A medicina rural é um dos pontos profissionais em que as mudanças ocorridas a partir da presença de mulheres foram primeira e profundamente mais sentidas. A medicina rural é quase a única área profissional com um pequeno número de candidatos. Ela necessita de mais candidatos para suas diversas regiões de trabalho, o que ocasiona maior rol de negociações para redesenhar sua prática.

Há um paralelo entre o diálogo que existe dentro da medicina rural e da medicina praticada por mulheres. Ambos os grupos (mulheres e rurais) realizam a sua medicina de uma forma particular. Sua forma de atuação converge com a prevalência da cultura médica nas habilidades centrais e no conhecimento, e difere em contexto e prioridades.

Coletando evidências

Workshops realizados na Conferência do Wonca World Rural Health em Durban (1997) e Kuching (1999) e a conferência da Wonca em Dublin (1998) testaram a premissa de que mulheres e homens praticam a medicina de formas diferentes, e as implicações que essa premissa traz. O Wonca 4th World Rural Health Conference em Calgary produziu o Compromisso Calgary para as mulheres que praticam medicina de família em áreas rurais.

Durante o workshop em Durban, os médicos foram questionados a considerar quais os pontos fortes das mulheres na prática de medicina rural. Os participantes primeiro tiveram que considerar quais são os pontos fortes e, então, entrar em acordo sobre os pontos fortes que as médicas possuem:

- capacidade de ouvir
- bom trabalho com a equipe e boa relação com o staff de enfermeiros
- compreensão sobre os problemas ginecológicos
- cuidado valorizado das crianças
- orientação para a atenção primária e prevenção
- maior arsenal para diversidade
- capacidade de trabalhar por um menor salário
- permitir ao homem valorizar sua feminilidade
- valorizar a vida rural como melhor para sua vida familiar
- as mulheres apreciam mais o trabalho das médicas.

Os participantes do Workshop em Durban organizaram suas recomendações, que foram refinadas por um pequeno grupo de trabalho, as submeteram ao Comitê de Recomendações, e as apresentaram para toda a Conferência. Todas essas primeiras recomendações foram incluídas nessa Política para Médicas de Família em áreas rurais (1999).

As recomendações são:

1. As mulheres devem ser envolvidas em todos os corpos representativos e envolvidas nas tomadas de decisão sobre seu trabalho.
2. Certificar-se de que os médicos em área rural refletem o uso de habilidades apropriadas e o mix sobre gênero que necessitam para atender às necessidades de suas comunidades.
3. Dar suporte para médicas em área rural em sua prática e formas de elas se apropriarem de suas múltiplas funções como médicas, esposas e mães, incluindo estratégias de empoderamento das mulheres e homens na medicina rural, reconhecendo seus próprios limites para essa prática. Essa forma inclui, mas não se limita a, horários flexíveis de trabalho e formação descontínua.
4. Essa modalidade de prática preferida pela mulher deve ser adequadamente remunerada e gerenciada.
5. O estabelecimento de rede para a atenção à família dos médicos, tais como Rede para Medicina de Família, estrutura de educação para o médico e sua família, relacionamentos e limites profissionais.
6. Que educação seja providenciada às comunidades em suas necessidades de médicos rurais e suas famílias.
7. Que as oportunidades de emprego sejam providenciadas para os cônjuges dos médicos ou médicas.

8. Que oportunidade de educação seja providenciada para os filhos dos médicos ou financiadas para facilitar a educação das famílias dos médicos e facilitar as visitas aos membros das famílias que estão estudando em locais distantes.
9. Que haja um financiamento que permita a viagem para o médico e sua família para recreação e outras formas de viagem.
10. Assistência financeira com acomodações deve ser provida para o médico e sua família.
11. As futuras conferências internacionais em medicina rural devem ser estruturadas de forma a assegurar a participação de um mais amplo espectro de médicos rurais, com atenção especial ao envolvimento de médicas de áreas rurais.
12. Que os futuros encontros regionais da WONCA e congressos mundiais contenham um forte componente rural.
13. Que uma atenção particular seja dada ao pagamento para o envolvimento de mulheres na organização e programas das conferências. Uma quantidade substancial de tempo deve ser incluída nos programas da conferência na discussão de assuntos gênero-relacionados, incluindo, mas não restringindo, considerações de relacionamentos pessoais, de família e profissionais de homens e mulheres médicos, e que também incluam apresentações desses assuntos em sessões plenárias.
14. Assuntos sobre saúde da mulher devem ser estimulados nas reuniões clínicas das futuras conferências rurais.
15. O cuidado de crianças e programas para crianças dos delegados devem ser providenciados para todos os encontros e conferências.
16. Que a WONCA desenvolva uma política de assegurar a representação equitativa de médicas nos corpos de tomadas de decisões.

Recomendações de que as mulheres estejam envolvidas no planejamento e apresentações das conferências mundiais da WONCA Rural Health, e que a saúde das mulheres, assuntos ligados a gênero para a força de trabalho em zona rural façam parte do programa em conferências rurais, foram implementadas pelas conferências da WONCA Rural Health Kuchingo (1999), Calgary (2000) e Melbourne (2002).

Médicos que participaram de workshops conduzidos em Dublin (1998) (Wainer, Bryant & Strasser 1998) concordaram que a prática médica das mulheres e dos homens é diferente. As mulheres sabem disso e os homens tentam contestar.

Tabela 1. Mulheres e homens praticam medicina diferentemente.

Mulheres	Homens	Todos os médicos
Lidam confortavelmente com emoções	Atendem a maior número de pacientes	Precisam estar aptos para lidar com o modelo biomédico,
Veem maior número de problemas por consulta	Gostam de realizar procedimentos	assim como as apresentações biopsicossociais
Fazem mais prevenção	Recebem mais dinheiro	
Fazem mais escuta qualificada e aconselhamento	Fazem menos screenings	
Gerenciam melhor seu tempo	Ressentem-se pelas mulheres não levarem a mesma carga	
Delegam, acompanham	Querem fazer tudo	
Têm papel de provedoras para suas famílias		
Diferente estilo de reafirmar sua prática, a despeito de treinamento e pagamento		

No workshop realizado preliminarmente em Sydney, em 1998, um estilo de homens e mulheres interativos foi observado. Como mostrado na Tabela 2.

Tabela 2. Estilos interativos de mulheres e homens médicos.

Mulheres	Homens
Assuntos claros	Não permitem interrupções
Mais atentas à linguagem do corpo	Expressam opiniões como fatos
Facilidade em não se tornar paternalista	Sentam-se atrás observando
Vendendo ideias	Abrem-se para outros pontos de vista
Contato dos olhos	Mais confiantes e apresentam senso de humor

Os médicos concluíram que os homens precisam ser mais flexíveis e as mulheres precisam fixar limites, e os estudantes médicos e jovens médicos devem ser ensinados nesses aspectos.

Uma oficina sobre o desenho da prática das mulheres em área rural foi realizada na terceira conferência mundial de medicina rural em Kuching. Assuntos emergentes na conferência incluíram:

- Práticas Sustentáveis de apoio às mulheres
- Financiamento que reconheça a forma de trabalho das mulheres
- Valorização do estilo feminino de praticar a medicina
- Aproximação dos modelos de tecnologia para as mulheres
- Assuntos ligados ao gênero na pesquisa de saúde rural
- Indicadores específicos de gênero e indicadores sensíveis de bem-estar
- Efeitos da saúde aos estados relacionados às mulheres
- Integridade física para mulheres como um direito humano
- Saúde sexual das mulheres como uma prioridade nos assuntos de saúde rural.

A maior parte dos trabalhos necessita ser realizado em torno desses assuntos como uma marca política e integrar o trabalho internacional em uma perspectiva de gênero em medicina e direitos humanos no contexto da saúde da mulher.

A 4ª Conferência Mundial sobre Medicina Rural da Wonca realizada em Calgary, em 2000, incluiu, em sua agenda de discussões, questões sobre a Mulher como Médica Rural e desenvolveu o Compromisso Calgary com as Mulheres na Prática da Medicina de Família Rural. Este documento estipula o seguinte:

Compromisso Calgary com as Mulheres na Prática da Medicina de Família Rural

Preâmbulo

Nós, os profissionais em saúde rural do mundo, reunidos em Calgary durante a 4ª Conferência Mundial sobre Medicina Rural, reconhecemos e celebramos as mulheres que contribuíram e contribuem, de forma especial e essencial, na prática da medicina rural e para promoção da saúde nas suas comunidades.

Com base no conhecimento bem fundamentado de que a contribuição igualitária de mulheres e para as políticas públicas é essencial para garantir o futuro da vida neste planeta, assim como na melhoria das condições humanas, o Compromisso Calgary com as Mulheres na Prática da Medicina de Família Rural tornará o trabalho da mulher visível e reconhecido.

Isto é particularmente importante dada a crescente presença das mulheres na medicina rural, os desafios enfrentados pelas mulheres na prática rural e as desigualdades de comprometimento e recursos para estas questões em todo o mundo.

Reconhecemos a diversidade das contribuições femininas na saúde rural através do apoio ao desenvolvimento de práticas, políticas, financiamentos e iniciativas de pesquisas que refletem os seguintes princípios:

Princípios

- A prática de Medicina Rural deve ser estruturada para refletir e comportar a forma como as mulheres a experimentam em suas vidas.
- A prática sustentável da medicina rural pelas mulheres deve ser flexível, segura, desenvolvida localmente e culturalmente, de forma apropriada.

- A promoção do envolvimento das mulheres no desenvolvimento de políticas é fundamental para garantir a inclusão da contribuição feminina.
- O trabalho que a mulher desenvolve como médica rural, de acordo com o interesse da população atendida, deve ser devidamente valorizado e adequadamente remunerado.
- As muitas contribuições femininas na Medicina Rural devem estar incluídas no programa de ensino médico básico.
- As mulheres desejam a diversidade e flexibilidade do trabalho, sem a pressão para se adequar ao atual profissional valorizado, com suas estruturas de treinamento e práticas.
- Equipe de trabalho local e parcerias são necessárias para garantir que iniciativas sejam desenvolvidas de forma apropriada para cada área.

Compromisso

Essa Conferência parabeniza o Grupo de Trabalho em Práticas Rurais da WONCA pelo trabalho feito para implantar as recomendações do 2º Congresso Mundial de Saúde Rural no que diz respeito aos assuntos debatidos pelas mulheres. Particularmente, notamos a inclusão de muitas recomendações na Política em Práticas Rurais e Saúde Rural, além da presença feminina nos programas científicos das conferências.

Dando continuidade a este trabalho essencial de reestruturação das práticas rurais para atrair maior participação feminina, esta Conferência compromete-se a trabalhar visando uma representação igualitária das mulheres no Grupo de Trabalho da WONCA, comitês organizadores de conferências e outros, além de outros grupos de trabalho para desenvolvimento de políticas sobre práticas rurais.

Com o objetivo de avançar em questões que têm sido identificadas por mulheres, esta Conferência apoia o desenvolvimento da Política de Práticas Rurais por Mulheres da Wonca.

O grupo de Prática Rural por Mulheres (PRM) do Grupo de Trabalho de Práticas Rurais foi estabelecido como resultado deste Compromisso e sua Presidente é uma participante do Grupo de Trabalho. O desenvolvimento de Políticas para as Mulheres na Prática da Medicina de Família Rural é parte das tarefas definidas para o mandato deste Grupo de Trabalho.

Estratégias

Recorrendo a trabalhos anteriores das conferências em saúde rural da WONCA e pesquisas a respeito de experiências de médicas de família rurais, as estratégias a seguir serão apresentadas para o conhecimento das necessidades das médicas e das comunidades rurais por elas atendidas, visando à contribuição para o cuidado em saúde.

Recrutamento

Através da análise dos sistemas médicos, médicas têm identificado que há uma estratégia para crescimento do número de estudantes em contextos rurais, ligando estudantes de medicina do sexo feminino a médicas rurais, criando programas de aprendizado e treinamento durante a graduação e pós-graduação em áreas rurais, além de assegurar um plano de carreira em práticas rurais (Wainer 2001, McEwin 2001, White & Fergusson 2001). Universidades australianas e faculdades de medicina já estão colocando esta estratégia em prática. Encorajando estudantes de áreas rurais a se inscreverem no curso de Medicina, selecionam propositalmente estudantes de origem rural para ingressar no curso e ajudam na manutenção de conexão com comunidades rurais através de atividades como clubes rurais e tutorias com médicos rurais oferecidas para todos os estudantes desde o primeiro ano, seguindo por todo o curso.

Essas universidades também conseguiram aumentar a quantidade de estudantes que optam por formação com ênfase rural, oferecendo e promovendo um percentual de treinamento em hospitais rurais e unidades de prática generalista rural.

Estratégias

- Atrair mulheres rurais para dentro das escolas médicas através de um trabalho em parceria com as escolas de ensino fundamental e médio rurais. Além disso, promoção, pelas universidades, de maior aceitação e ampliação da participação de estudantes de origem rural em carreiras médicas e outras carreiras da saúde.
- Atrair mulheres para entrar para a medicina rural.
- Oferecer experiências de práticas médicas rurais para as estudantes em formação.
- Oferecer a estudantes de medicina, sejam eles mulheres ou homens, e também a pós-graduandos, treinamentos, tendo médicas rurais como tutoras.
- Ensinar sobre as questões de gênero para os médicos rurais, tanto na vida profissional e prática clínica como no currículo básico do ensino de graduação e pós-graduação médica.
- Recrutar mulheres de origem rural para posições de liderança.
- Oferecer às estudantes de medicina a oportunidade de experimentar a saúde rural.

Treinamento

As médicas que atuam no meio rural recomendam que esteja disponível um sistema de treinamento em parte do tempo, de forma que médicas sejam capacitadas por outras médicas, que seriam suas mentoras. Este treinamento inclui desenvolvimento de habilidades adequadas em áreas importantes para a prática da medicina rural, como emergências, anestesia, cirurgia e obstetrícia (Wainer 2001, White & Fergusson 2001, McEwin 2001). As mulheres estão certas quanto à necessidade de uma atividade profissional sistematizada e compreensiva, com o objetivo de desenvolvimento pessoal e construção de apoio personalizado. Esta prática tem como objetivo fornecer às médicas as competências necessárias ao bom desempenho profissional e confiança no cuidado que a comunidade requer.

Este projeto deve ser iniciado com o estímulo a estudantes provenientes de áreas rurais, do sexo feminino, a ingressarem no curso de Medicina e, durante o curso, oferecer oportunidade de conhecimento e atuação em Medicina Rural. O estímulo deve continuar com treinamentos em hospitais rurais e práticas rurais, durante a pós-graduação (residência médica), incluindo treinamento de habilidades que as médicas rurais necessitam. Além disso, suporte a profissional deve ser oferecido para uma educação médica continuada, de forma acessível às mulheres, levando em consideração o custo financeiro, deslocamento, cuidados com os filhos e horas-aula dedicadas à atividade. Tem sido sugerido que alguns destes eventos de educação continuada ocorram durante o horário de trabalho, tentando minimizar o afastamento da família por mais tempo. Outras questões levantadas por mulheres para a educação médica continuada incluem: treinamento de atendimento a emergências em lugares seguros, com prestação de cuidados as crianças; reorganização de programas de trabalho para mulheres que desejam aumentar suas horas trabalhadas de meio horário para horário integral ou ainda que queiram retornar ao trabalho após a licença maternidade; habilidades de negociação e gestão.

Estratégias

- Oferecer acesso a treinamentos de habilidades apropriadas para a prática rural.
- Incentivar o desenvolvimento de habilidades cirúrgicas e para a realização de procedimentos.
- Oferecer educação médica continuada de forma flexível e acessível.
- Oferecer ambiente seguro para aprendizado.
- Treinamento em serviços rurais com outras médicas.
- Incorporar ao currículo básico médico o ensino de habilidades de gênero.
- Desenvolver e implementar um currículo que possibilite a reentrada no treinamento para as médicas que permanecerem por um tempo fora da prática profissional.
- Desenvolver e implementar um currículo para graduandos e pós-graduandos que ensine competências culturais e segurança.
- Oferecer apoio e assistência para a força de trabalho que atue em meio período ou que necessita voltar a atuar.

- Oferecer treinamento em gestão, liderança, habilidades de negociação e tecnologia da informação.
- Garantir o cuidado às crianças e estabilidade nos arranjos familiares durante a realização de eventos de educação médica.
- Oferecer treinamento em metodologias para lidar com situações que sejam de maior dificuldade de abordagem, apresentem perigo ou ameaça.
- Desenvolver uma política de continuidade no desenvolvimento profissional, em que a médica não esteja atuando profissionalmente.
- Treinamento durante a graduação:
 - Flexibilidade e possibilidade de treinamentos de meio horário durante a graduação, pois, assim, a instituição, não somente o indivíduo, trabalha para encontrar a solução para adequar uma interface entre a família e a atividade profissionalizante.
 - Incentivar o diálogo de estudantes preocupados com os estágios rurais para permitir a integração desta prática em suas vidas, incluindo número e tempo de duração dos estágios, moradia adequada, orientação suficiente e integração social com a comunidade.
 - Seleção de corpo docente que possa enfatizar e exemplificar uma prática de saúde rural de sucesso.

Currículos sensíveis ao gênero incluem ensino sobre a importância das pesquisas que refletem a maneira como as mulheres vivem a experiência da saúde e da doença, além das diferenças dos dados por sexo. Dados específicos sobre gênero são dados e indicadores apropriados para um sexo. Uma abordagem sensível sobre gênero reconhece que os diferentes sexos, feminino e masculino, necessitam de tratamentos diferenciados em uma mesma situação e pesquisas que levam em consideração as diferenças de gênero reconhecem que o mesmo tratamento pode apresentar diferentes resultados para mulheres e homens. Em ambos os sexos, o aspecto biológico – ser homem ou mulher – e os de gênero – masculino ou feminino – os papéis e significados atribuídos a cada sexo são determinantes de saúde. Tanto a educação médica, quanto a pesquisa e a prática em saúde apresentaram um déficit na atenção dada a questões que envolviam o gênero e eram limitadas no conhecimento dos efeitos dos estereótipos prevalentes em nossa sociedade na saúde.

Embasamento teórico

Pesquisas sobre as mudanças necessárias para atrair mulheres médicas para a medicina rural observaram que uma das mais importantes necessidades é proporcionar trabalho para o parceiro desta médica, possibilitando sua estabilidade nesta área de atuação (Wainer 2001). As mulheres são, claramente, a maioria quando se avaliam os médicos que se mudam com suas famílias; e as comunidades que desejam atraí-las devem compreender a necessidade de se estabelecer um lugar apropriado para cada membro desta família que está se mudando para uma nova localidade. Isso significa um trabalho para o marido, educação e cuidado para os filhos. Mulheres solteiras apresentam necessidades diferentes, relacionadas ao isolamento e a amizades, além do desconforto de algumas comunidades rurais que têm como único profissional médico uma mulher. É necessário que se desenvolvam programas específicos de apoio às médicas que se dispõem à prática da medicina rural e vêm, independentemente de sua família. Comunidades rurais podem ser estimuladas a proporcionar acolhimento e integração da médica solteira através de redes de trabalho e atividades comunitárias.

A Associação Médica Australiana recomenda que a comunidade local apoie e ofereça incentivos à médica rural, seu esposo e família, e isto inclui: informações sobre as perspectivas da prática médica rural e sobre a comunidade; facilidade para adquirir, a curto prazo e com financiamento do governo, uma moradia, com consequente estabilidade de instalação na comunidade local (Australian Medical Association Position Statements: Rural and Remote Health (Julho 2001).

Mulheres têm identificado as redes de trabalho e suporte de pares com outros profissionais do sexo feminino como um ponto importante para o contínuo desenvolvimento profissional e a redução do isolamento, apoiado por um sistema de orientação de estagiárias e novos recrutamentos para práticas rurais.

Mulheres querem ser valorizadas pelo que elas fazem. Um tema recorrente nas pesquisas (Tolhurst 1997, McEwin 2001, Wainer 2001) é que as mulheres se consideram “médicas não adequadas”, pois seu estilo e prática, de certa forma, não mimetizam a prática dos homens.

Mulheres querem uma mudança cultural para que, quando elas trouxerem uma nova forma de trabalho para a prática rural, ocorram valorização e reconhecimento de seus colegas, equipe de trabalho e sistema, refletindo a dedicação oferecida por elas a sua prática através de seus pacientes.

Estratégias

- Garantir que haja um lugar, uma colocação, para toda a família.
- Oferecer apoio para a médica enquanto ela cuida de sua comunidade.
- Garantir que as médicas tenham apoio feminino local e férias regulares.
- Garantir licença maternidade remunerada, em acordo com toda a sociedade.
- Dar prioridade de apoio local durante a licença maternidade e em períodos de crises familiares.
- Estabelecer uma rede feminina de trabalho e parcerias.
- Garantir o respeito de e para com outros colegas.
- Desenvolver acesso a seguros de saúde para a médica e sua família.

Na Austrália, a Faculdade de Médicos Generalistas Rurais da Real Universidade Australiana está desenvolvendo um kit de pesquisa para o governo local e suas comunidades prestarem assistência, com compreensão e respeito, às necessidades das famílias de médicos rurais, com foco prioritário nas mulheres.

Estrutura da prática da Medicina Rural

A tradicional expectativa da sociedade de que as mulheres devem assumir a responsabilidade, prioritariamente, pela família tem um impacto substancial na forma como as mulheres fazem suas escolhas profissionais e a prática da medicina. Isso é evidente nas áreas de atuação, como da Medicina Rural, que preenchem uma parte importante do tempo da profissional com imersões, estudos e atendimentos telefônicos.

As diferenças entre as práticas clínicas de homens e mulheres no que diz respeito ao total de horas trabalhadas são devidas, em quase sua totalidade, a maior porcentagem de mulheres que optam por trabalhar meio horário. Em 1994, 46,8% das médicas australianas trabalhavam meio horário em comparação a 15,3% dos homens que faziam a mesma opção. Trabalhos de meio horário são definidos pelo Comitê Consultor de Trabalhadores Médicos Australianos como aqueles que ocorrem por menos de 40 horas semanais. Essa definição varia de acordo com as especialidades médicas e é uma média das horas trabalhadas pelos profissionais de cada especialidade. A maior proporção de mulheres trabalhando meio horário era entre as profissionais de 30 a 40 anos, período coincidente com a fase em que as mulheres assumem compromissos extrafamiliares. Entretanto, as mulheres, geralmente, que têm que deixar de trabalhar, retomam suas atividades após certo período. Isso destaca a necessidade de boas oportunidades de reciclagem profissional para melhoria de competências, assim como maior acesso a serviços de cuidados para as crianças, se necessário. Negociações satisfatórias no trabalho são necessárias para permitir que as mulheres (assim como médicos jovens) retornem a sua prática clínica (AMWAC 1998, Incitti 2002).

Pesquisas recentes realizadas por Moodley, Barnes e de Villiers evidenciaram a escassez de mulheres que praticam parcerias e a falta de licença maternidade para as mulheres médicas na África do Sul.

Além disso, mulheres e homens apresentam diferentes padrões de relação com suas carreiras e vida familiar, e isto irá influenciar a forma como cada um atua na prática da Medicina. Mulheres têm uma carreira cíclica e interrompida, o que reflete nos seus papéis produtivos como membros da comunidade e de suas famílias, particularmente seus pais. Mulheres e homens na Medicina têm experiências de trabalho paralelas até as mulheres terem seus bebês, o que leva as mulheres a buscarem novas formas de trabalho (Carr et al., 1998, Quadrio 1991, Quadrio 2001).

A Associação Médica Australiana recomenda o apoio a mulheres médicas rurais para uma prática que permita que elas exerçam seus múltiplos papéis, incluindo a aceitação de flexibilização de horas de trabalho e cursos de treinamento (Australian Medical Association Position Statements: Rural and Remote Health - Julho 2001).

Mulheres estão buscando um aumento na flexibilidade na prática rural, apoiadas pelo acesso a trabalhos de meio horário. Elas desejam esses arranjos para uma prática flexível quando suas crianças são pequenas, incluindo flexibilidade de horas trabalhadas e em registros de chamadas, além de possibilidade de divisão de trabalho. Elas também querem um menor comprometimento de horas extras trabalhadas, especialmente quando suas crianças são novas (White & Fergusson 2001, Tolhurst 1997, Wainer 2001, McEwin 2001).

Pesquisas identificaram que as mudanças que a maioria das mulheres julgou de maior importância foi serem pagas adequadamente pelo que fazem (Wainer 2001). Isso pode ser percebido pelo aumento nos índices de reconhecimento da responsabilização nas práticas rurais; estes foram os índices que aumentaram mais. Mulheres são muitas vezes requeridas para oferecer consultas de maior complexidade, com incentivo aos exames citológicos de colo do útero, pagamento adequado por plantões necessários para custear os filhos, apoio financeiro para cobrir os gastos com os cuidados com os filhos e viagens para participação em eventos de educação continuada, assim como dedução de impostos nos cuidados às crianças.

Estratégias

- Desenvolver uma prática de trabalho flexível.
- Estabelecer um conjunto de ferramentas baseadas na web para ajudar na negociação entre prática clínica e comunidade.
- Garantir pagamento adequado para iniciar interações clínicas que exijam um tempo maior de realização, pelos pacientes das médicas.
- Incorporar nos sistemas de trabalho as práticas de meio horário e interrupção do trabalho.
- Oferecer um contrato de trabalho com negociações transparentes.
- Oferecer arranjos flexíveis de horários de plantões.
- Desenvolver e implementar políticas de licença-maternidade.
- Reconhecer e facilitar estilos diferentes de trabalhar.
- Oferecer cuidados com as crianças durante os plantões e após as horas de trabalho.
- Desenvolver um kit de ferramentas baseada na internet para gerenciar as implicações profissionais resultantes da transição para a fase da paternidade.
- Garantir um ambiente seguro de trabalho.
- Reconhecer e facilitar os estilos de trabalho feminino

Representação e liderança

Em todo o mundo, as pessoas estão fazendo alertas a respeito das perdas na Medicina decorrentes da menor representação feminina em posições de decisão e maior participação ativa. A Assembleia Mundial da Saúde aprovou a resolução “Reconhecendo o valor adicional que um equilíbrio entre as equipes masculinas e femininas pode trazer para o trabalho da Organização: [e] Solicita que a meta para a representação das mulheres nas categorias profissionais seja aumentada para 50% da OMS,” em 1997 (WHA50. 16).

- Garantir representação igualitária de mulheres médicas em organizações profissionais rurais.
- Desenvolver um plano de ação para recrutamento de mulheres para posições de liderança.
- Criar organizações que sejam responsáveis por garantir a inclusão feminina.
- Garantir que as mulheres estejam presentes em conferências nacionais e internacionais.
- Garantir que as mulheres sejam apoiadas quando estiverem realizando pesquisas científicas.
- Garantir representação igualitária para mulheres como autoras principais em publicações profissionais.

Conclusão

Médicos que desejam ser profissionais rurais exercem múltiplas funções e querem ter reconhecimento e compaixão em sua vida pessoal e familiar. Para mulheres que querem prosperar no trabalho em Medicina Rural, há a necessidade de reestruturação em sua vida profissional para que possam servir à sua comunidade, expressando sua plena humanidade, em equilíbrio com o resto de suas vidas. Para os homens, tais tarefas também têm se tornado cada vez mais importantes.

Existem muitas áreas da medicina nas quais as mulheres não experimentam a sensação de serem bem valorizadas e a Medicina Rural não poderia ser diferente disso. Uma resposta acolhedora e aconchegante dos colegas e organizações profissionais seria bastante atrativa para as mulheres, que têm identificado que a natureza competitiva e hierárquica de outras áreas da Medicina como um dos principais atrativos para a prática com famílias. Mulheres estão famintas por atividades valorizadas por seus colegas e outros membros de sua profissão. O primeiro ramo da Medicina a atuar dessa forma, ao invés de mostrar má-vontade implementou pequenas mudanças de atitude que atrairão mulheres com tudo que elas têm a oferecer. Isso faz sentido para a prática rural e comunidades rurais, para assumir a liderança nisso e em algumas maneiras de agir.

Referências

1. Australian College of Rural and Remote Medicine – ACRRM. Prospectus. Kelvin Grove: ACRRM; 1997.
2. Australian Medical Association Position Statements: Rural and Remote Health. Sydney: Australian Medical Association Publishing Company; 2001.
3. Australian Medical Workforce Advisory Committee – AMWAC. Influences on Participation in the Australian Medical Workforce Sydney. AMWAC; 1998. Report 1998.4
4. Belenky M, Clinchy B, Golderberger N, Tarule J. Women's Ways of Knowing. New York: Basic Books, Harper Collins; 1997.
5. Birenbaum R. Growing number of female physicians changing the face of Canadian Medicine. CMAJ. 1995; 153(8): 1164-1166. PMID:7553527 PMCID:1487329.
6. Britt H, Sayer G, Miller G, Charles J, Scahill S, Horn F, et al. Bettering the evaluation and care of health. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 1999.
7. Carr P, Ash A, Friedman R, Scaramucci A, Barnett R, Szalacha L, et al. Relation of Family: Responsibilities and Gender to the Productivity and Career Satisfaction of Medical Faculty. Ann Intern Med. 1998; 129(7): 532-8. PMID:9758572.
8. Consultative Group on International Agricultural Research. 1999.
9. De Villiers PJT, De Villiers MR. Family Medicine and Primary Care in South Africa. Med Educ. 1999; 33(10): 716-721. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2923.1999.00545.x>
10. De Villiers MR, De Villiers PJT. The Professional Skills of Medical Practitioners in delivering. Stellenbosch: District Hospital Services in the Western Cape Province; 2002. A Health Systems Trust supported study. Cape Town, February.
11. Doescher MP, Ellsbury KE, Hart LG: The distribution of rural female generalist physicians in the United States. J Rural Health. 2000; 16(2): 111-118. PMID:10981362. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-0361.2000.tb00444.x>
12. Gilligan C. In a Different Voice. London: Harvard University Press; 1982.
13. Incitti, F. Canadian Frontiers of Rural Women Physicians; Wonca 5th World Rural Health Conference; 2002, Melbourne. Melbourne: Wonca; 2002
14. Hojat M, Gonnella J, Xu G. Gender comparisons of young physicians' perceptions of their medical education, professional life, and practice: A follow-up study of Jefferson Medical College graduates. Acad Med. 1995; 70(4): 305-12. PMID:7718063. <http://dx.doi.org/10.1097/00001888-199504000-00014>
15. Makan B. Distribution of Health Personnel. South African Health Review Health Services Trust; 1998. Disponível em: www.hst.org.za/sahr/98/chap7.htm
16. McEwin K, Levitt L. Wanted: New Rural Workforce Strategies for Female Doctors: Findings from a Survey of Women in Rural Medicine. Mascot: NSW Rural Doctors Network; 2001
17. Medical Womens International Alliance – MWIA. Dortmund; 2001. Disponível em: <http://members.aol.com/mwia/index.htm>
18. Moodley K, Barnes JM, De Villiers PJT. Constraints Facing the Female Medical Practitioner in Private Family Practice in the Western Cape. S Afr Med J. 1999; 89(2): 165-169. PMID:10191870.
19. Quadrio C. Women Working and Training in Australian Psychiatry. Sydney: Book House; 2001.
20. Quadrio C. Women in Australian and New Zealand Psychiatry: The Fat Lady Sings. Aust N Z J Psychiatry. 1991; 25(1): 95-110. PMID:2049026. <http://dx.doi.org/10.3109/00048679109077723>

21. Redman S, Saltman D, Straton J, Young B, Paul C. Determinants of career choice among women and men medical students and intern. *Medical Education*, 1994; 28(5): 361-371. PMID:7845254. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.1994.tb02546.x>
22. Rogers S. *Women in the Medical Workforce: The Changing Gender Profile and its Implications*. Canberra: State Financing Branch, Commonwealth Department of Human Services and Health; 1995.
23. Rourke LL, Rourke J, Brown JB. Women family physicians in rural medicine: Can the grass be greener in the country? *Can Fam Physician*. 1996; 42: 1063-7, 1077-82. PMID:8704479 PMID:2146492.
24. Royal College of General Practitioners. RCGP; 2002. Disponível em: <http://www.rcgp.org.uk/index.asp>
25. Strasser R, Kamien M, Hays R, Carson D. *National Rural General Practice Study*. Traralgon: Monash University School of Rural Health; 1997.
26. *New England Journal of Medicine – NEJM*. Women in Academic Medicine: New Insights, Same Sad News. *N Engl J Med*. 2000; 342(6): 426-7. PMID:10666436.
27. Tolhurst H, Bell P, Baker L, Talbot J, Cleasby L. *Educational and Support Needs of Female Rural General Practitioners*. Bathurst: School of Nursing and Health Administration, Charles Sturt University; 1997.
28. Tolhurst H, Talbot J, Baker L. Women in Rural Practice: conflict and compromise. Commissioned Editorial. *Med J Aust*. 2000; 173: 119-120. PMID:10979374.
29. Tolhurst H, Mc Millan J, McInerney P, Bernasconi J. The Emergency Medicine Training Needs of Rural General Practitioners. *Aust J Rural Health*. 1999; 7: 90-96. PMID:10646369.<http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-1584.1999.00234.x>
30. Turner J, Tippet V, Raphael B. Women in medicine - socialisation, stereotypes and self-perceptions. *Aust N Z J Psychiatry*. 1994; 28(1): 129-35. PMID:7864933. <http://dx.doi.org/10.3109/00048679409075854>
31. Wainer J. *Female Rural Doctors in Victoria: It's where we live*. Melbourne: Rural Workforce Agency Victoria; 2001. PMID:2363676.
32. Wainer J. *Rural Women's Health*. *Aust J Prim Health-Interchange*, 1998; 4(3). Special Issues: Women's Health, LaTrobe University.
33. Wainer J, Bryant L, Strasser S. *Women in General Practice; Workshop Wonca World Rural Health 1998 People and their family doctors – Partners in care: Abstracts; 1998, Dublin*. Dublin: Wonca; 1998.
34. White C & Fergusson S. *Female medical practitioners in rural and remote: An analysis of findings, issues and trends*. Kelvin Grove: Queensland Rural Medical Support Agency; 2001.
35. *World Organization of Family Doctors - Wonca. Rural Practice and Rural Health*. Traralgon: Chater (ed) Monash University School of Rural Health; 1999.

Tradução para a versão brasileira: Monica Correia Lima e Thereza Cristina Gomes Horta
Rio de Janeiro: SBMFC, 2011.