

Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde



Associação Brasileira de Mulheres Médicas



ÍNDICE

PREFÁCIO.....	pág. 4
OBJETIVOS DO CURSO.....	pág. 5
UMA VISÃO GERAL DA PERSPECTIVA DO GÊNERO.....	pág. 6
REFÊRENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	pág.29
QUESTIONARIO DE SEXO / GÊNERO.....	pág.30
TESTE VERDADEIRO OU FALSO.....	pág.30
APRESENTAÇÃO DE CASOS.....	pág.32
1. O caso quebra gelo do cirurgião misterioso.....	pág.32
2. Caso de diagnóstico de doenças.....	pág.33
3. Caso do trabalho feminino subvalorizado.....	pág.36
4. Caso de gravidez não planejada e infertilidade secundária.....	pág.39
5. Caso de parto longe de sua própria comunidade.....	pág.44
6. Caso de Médicos Mulheres.....	pág.47
7. Caso de Má Prática Obstétrica e seqüelas psiquiátricas.....	pág.49
8. Caso de jovem mulher com múltiplas (vide original)	
9. Caso de Schistosomose (vide original)	
10. Caso de embolização dos miomas uterinos.....	pág.52
11. Caso da residente de medicina grávida.....	pág.55
12. Casos de Violência Doméstica.....	pág.57
13. Caso de Preocupação Sexual.....	pág.61
14. Caso de Cirurgia Pediátrica.....	pág.63
15. Caso de uma mulher de 37 anos com seios pequenos.....	pág.65
16. Casos de HIV / AIDS.....	pág.01
17. Caso de infertilidade primária, devido ao fator masculino.....	pág.75
18. Caso da Mutilação Genital Feminina (corte).....	pág.77



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

19. Caso de violência doméstica na Índia (vide original)	
20. Caso de seleção de sexo.....	pág.79
21. Caso de viúva.....	pág.80
22. Caso do casamento precoce.....	pág.81
23. Caso de uma imigrante iraniana com náuseas e vômitos da gravidez.....	pág.84
24. Caso de uma refugiada da Somália com sofrimento fetal em trabalho de parto.....	pág.84
25. Caso de Disfunção Erétil Masculina.....	pág.86



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

Prefácio

MWIA realizou uma conferência no Centro de Estudos e Conferências Rockefeller em Bellagio, Itália, no âmbito do Programa de conferências internacionais do Centro. A conferência foi realizada em Dezembro de 2001. Estava reunida a diretoria da MWIA, juntamente com especialistas de gênero de todo o mundo.

O objetivo da conferência foi desenvolver um Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde.

Como a palavra "gender mainstreaming" é estranho aos ouvidos dos médicos, o manual seria melhor chamado de Manual de Treinamento para incorporar uma Perspectiva de Gênero na Saúde e Cuidados na Saúde.

A Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher em Pequim, em 1995, produziu a Plataforma de Ação de Pequim em que houve um compromisso de integrar a perspectiva de gênero em todas as atividades das Nações Unidas e, particularmente, para desenvolver a dimensão de gênero em iniciativas para a saúde das mulheres.

Desde 1995, tem havido uma mudança de falar sobre a Mulher no Desenvolvimento (WID) para Gênero e Desenvolvimento (GAD). A abordagem de gênero reconhece três coisas:

Primeira: Mulheres e homens são diferentes e precisam ser valorizados, apesar de suas diferenças.

Segunda: A sociedade valoriza o que é do sexo masculino sobre o que é feminino e para que avanços econômicos e sociais possam ser feitos, homens e mulheres devem trabalhar juntos para esta meta de igualdade de gênero.

Terceiro: O gênero não é apenas o sexo biológico, mas também o papel que a sociedade lhe dá pelo fato de ser mulher ou homem. Foi essa inerente relação de poder entre mulheres e homens que falhou em melhorar a posição das mulheres na sociedade nas estratégias das Mulheres no Desenvolvimento (WID).

Ao usar a Abordagem de Gênero e Desenvolvimento (GAD) em saúde, tem sido bem documentado que a incorporação de uma perspectiva de gênero na prestação de cuidados e desenvolvimento de políticas de saúde melhora a saúde de homens e mulheres.

A saúde é um direito humano básico.

Apesar de muitos excelentes trabalhos desde a Plataforma de Ação de Pequim,



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

em 1995, muitos médicos na prática clínica não entendem o conceito de perspectiva de gênero e sua importância em influenciar positivamente a saúde dos homens e mulheres.

Mulheres e homens continuam a sofrer e morrer de causas evitáveis por causa desta falta de consciência. As diferenças de gênero desempenham um papel muito significativo no diferencial em carga da doença entre homens e mulheres. Como mulheres médicas, que vêem esta tragédia humana em nosso trabalho do dia-a-dia, sentimos uma sensação de dever e responsabilidade em abordar aspectos de gênero na saúde.

A integração de gênero tem como alvo relações de gênero e não é apenas um eufemismo para "Questões femininas", pois os homens também podem ser prejudicados por seus papéis de gênero. Isso leva a melhoria nos princípios fundamentais da sociedade para tornar os homens e mulheres iguais.

Ao invés de excluir biologia, ele adiciona os fatores sociais e culturais que afetam as relações de poder entre homens e mulheres, que podem promover ou impedir a saúde.

Manual de Treinamento de MWIA para incorporar uma perspectiva de gênero na saúde e nos cuidados da saúde é dirigido no sentido de educar os médicos. Ele utiliza casos para tornar a informação compreensível e relevante para os médicos. O resultado imediato do manual será a influência na prática clínica e na colaboração do médico no desenvolvimento de políticas de saúde.

No entanto, sabendo que a esfera de influência dos médicos é ampla, uma vez que os médicos compreendem o conceito e recebam as ferramentas para focar o gênero, haverá um efeito multiplicador para aqueles com quem eles trabalham e influenciam.

Nossas atitudes influenciam o modo como tratamos uns aos outros e comunicamos uns com os outros.

Uma vez que estamos cientes das questões de gênero, como médicos, podemos reexaminar nossas atitudes e desenvolver habilidades e conhecimentos para assegurar que a equidade de gênero seja obtida em saúde e cuidados de saúde. Como um resultado desta compreensão, seremos melhores médicos.

Objetivos do Curso

Depois de concluir este workshop, os participantes devem ser capazes de responder às seguintes perguntas:



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

1. Como o gênero afeta a saúde e cuidados de saúde?
2. Como é que os estereótipos de gênero influenciam nosso reconhecimento e a gestão de questões de saúde da mulher?
3. O ensino e pesquisa tem dado conhecimento suficiente sobre questões da saúde da mulher e sobre as diferenças entre cuidar de homens e mulheres com relação a prevenção, patogenia, diagnóstico, tratamento e prognóstico?
4. Somos claros sobre como as decisões políticas influenciam a saúde e cuidados de saúde?
5. Somos capazes de disseminar as informações sobre perspectiva de gênero na saúde aos nossos colegas, nossa comunidade e nossos políticos?
6. Somos bem informados sobre como implementar os conceitos de perspectiva de gênero em saúde?

INTEGRAÇÃO DA PERSPECTIVA DE GÊNERO EM SAÚDE E CUIDADOS DA SAÚDE.

UMA VISÃO GERAL DA PERSPECTIVA DO GÊNERO

A) Entendimento de gênero

Para ser capaz de incorporar uma perspectiva de gênero em saúde e de cuidados de saúde, é muito importante compreender o significado do gênero, para ser capaz de definir e diferenciar gênero, sexo e sexualidade.

Gênero pode ser visto como toda a gama de traços de personalidade, atitudes, sentimentos, valores, comportamentos e atividades que a sociedade atribui aos dois sexos em uma base diferencial.

É uma construção social, que varia de sociedade para sociedade e ao longo do tempo.

Sexo é uma descrição biológica, que é determinada pela biologia. No entanto, mesmo o sexo pode não ser totalmente dicotômico como é evidenciado pelos indivíduos intersexuados.

Sexualidade se refere à capacidade de sentimentos sexuais e de sua expressão - mais uma vez esta capacidade não é necessariamente dicotômica entre homens e mulheres, (por exemplo, heterossexualidade, homossexualidade e bissexualidade).

Em muitos artigos médicos, bem como na imprensa leiga, os termos do sexo e do gênero são muitas vezes confusos e usados de forma intercambiável.



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

Algumas pessoas usam a palavra gênero, quando eles realmente querem dizer sexo, mas acham que é inapropriado usar essa palavra. Isto pode ser muito confuso.

As diferenças entre homens e mulheres têm de ser entendidas como resultado da interação complexa entre a biologia (por exemplo, genética, hormônios, fisiologia) e cultura (por exemplo, religião, relações hierárquicas, local histórico e geográfico e papéis sociais).

Uma compreensão mais ampla do gênero inclui o reconhecimento do gênero como uma construção social, como um sistema de estratificação social e uma instituição que estrutura todos os aspectos de nossas vidas por sua inserção na família, no trabalho, no estado do sistema de saúde, bem como na sexualidade, linguagem e cultura. É uma forma primária de significar relações de poder. [1] Cada cultura é profundamente investida na sua construção de papéis de gênero e aqueles que se beneficiam do sistema existente podem fortemente resistir aos esforços para mudar, ou mesmo para descrevê-lo.

Gênero tem muitos componentes, tanto como uma instituição social e como uma percepção individual.

De uma perspectiva social gênero é visto em termos de status social, distribuição do trabalho, de parentesco, (direitos e responsabilidades familiares) roteiros sexuais, personalidades (como alguém deve se sentir e se comportar), de controle social, ideologia e imaginário. O gênero de um indivíduo é construído pela categoria de sexo que lhe é atribuído quando criança, identidade de gênero, estado civil e procriativo, orientação sexual, personalidade (padrões internalizados de comportamento etc, sistemas de crenças de gênero).

Sexo e Gênero são interativos. Embora o sexo e as suas funções biológicas associadas são programados geneticamente, os papéis de gênero e relações de poder variam entre as culturas e através do tempo, e, portanto, são passíveis de mudança.

Os papéis de gênero são as funções específicas, econômicas, papéis sociais e responsabilidades consideradas apropriadas para mulheres e homens em uma dada sociedade. Os papéis de gênero e as características não existem isoladamente, mas são definidos em relação um ao outro e, através da relação entre mulheres e homens, meninas e meninos. (3)

A igualdade de gênero é a ausência de discriminação com base no sexo de uma pessoa em autoridade, oportunidades, alocação de recursos ou benefícios, o



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

acesso aos serviços.

È, portanto a valorização igualitária pela sociedade das semelhanças e diferenças entre homens e mulheres, e dos diferentes papéis que desempenham.

A equidade de gênero é o processo de ser justo para mulheres e homens. Para assegurar a equidade, medidas devem ser frequentemente disponíveis para compensar as desvantagens históricas e sociais que impedem que mulheres e homens de outro modo operem em um "level playing field".

Equidade leva à igualdade. A igualdade de gênero também significa que as necessidades de saúde, que são específicas para cada sexo, recebem os recursos adequados (ex. necessidades de saúde reprodutiva) e também necessidades especiais relacionadas à maior vulnerabilidade das mulheres à violência baseada no gênero.

Consciência de gênero é o entendimento de que existem diferenças socialmente determinadas entre homens e mulheres com base em comportamento aprendido, que afetam a capacidade de acessar e controlar recursos.

Sensitividade de gênero é a habilidade de perceber diferenças de gênero existentes, questões e igualdades, e incorporá-los nas estratégias e ações.

Cegueira de gênero é a incapacidade de reconhecer que o gênero é um determinante essencial de resultados sociais, incluindo a saúde. Portanto, impacta avaliação e gestão de problemas de saúde.

A análise de gênero identifica, analisa e informa a ação. Ela se dirige para:

- 1) As desigualdades que surgem a partir de;
 - a) Diferentes papéis de homens e mulheres;
 - b) Relações de poder desiguais entre eles;
 - c) Outros fatores contextuais: etnia, orientação sexual, cidadania, emprego, etc.
- 2) As conseqüências destas desigualdades em sua saúde, suas vidas e seu bem estar.

A forma como o poder é distribuído na maioria das sociedades significa que as mulheres têm menos acesso e controle sobre os recursos para proteger sua saúde, são menos propensas a se envolverem na tomada de decisões



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

e são mais propensas a serem responsáveis pelos cuidados da saúde dos membros da família e outros.

A análise de gênero em saúde destaca:

- 1) Como as desigualdades são desvantajosas para a saúde da mulher
- 2) As restrições que as mulheres enfrentam para melhorar sua saúde
- 3) Formas de enfrentar e superar essas limitações
- 4) Riscos para a saúde e problemas que os homens enfrentam como resultado da construção social da masculinidade
- 5) Outros fatores contextuais que tem impacto na saúde de homens e mulheres:

Preconceitos de gênero no sistema de saúde

O sistema de saúde, como a sociedade em geral, tende a estereotipar homens e mulheres baseado em antigos papéis e atitudes tradicionais. Isso afetou as mulheres, como usuárias de cuidados com a saúde e como cuidadoras, das seguintes maneiras:

- 1) Estreiteza do foco, concentrando-se sobre a saúde reprodutiva
- 2) Ignorar ou contornar as mulheres, uma exclusão que se traduz em
 - a) Acesso reduzido aos recursos
 - b) Sub-representação, ou ausência em materiais de educação, governança e pesquisa
- 3) Tratar mulheres da mesma maneira que os homens, quando não é apropriado para fazer isso
- 4) Tratar as mulheres de forma diferente quando não é apropriado. [4]

Ela atinge os homens por:

- 1) Ignorando os efeitos do significado social da masculinidade sobre a saúde dos homens
- 2) Evitando a pesquisa e a prática em saúde emocional dos homens.

Igualdade de Gênero na Saúde

A igualdade de gênero afeta as seguintes áreas de prestação de cuidados de saúde.

- 1) O Estado de Saúde:



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

A eliminação das diferenças desnecessárias, injustas e evitáveis entre os homens e mulheres, e de seu potencial para desfrutar de boa saúde, e na sua probabilidade de adoecer, ficar inválido ou morrer de causas evitáveis.

2) O acesso à Utilização de Serviços de Saúde:

Que homens e mulheres recebam cuidados de acordo com suas necessidades.

3) O financiamento dos cuidados:

Que as mulheres não sejam obrigadas a contribuir mais que os homens por causa da biologia da reprodução e da sua maior longevidade ou que não se encontrem em desvantagem na obtenção de cuidados de saúde em virtude do seu status econômico geralmente inferior.

4) Participação no desenvolvimento dos Cuidados de Saúde:

Que as atividades de saúde, remunerada ou gratuita, devam ser reconhecidas, facilitadas e adequadamente valorizadas, e que as mulheres e homens partilhem na tomada de decisões em pé de igualdade nas micro e macro esferas do sistema de saúde.

Planejamento de gênero é um processo de aplicação dos resultados da análise de gênero para ser ponte nas lacunas identificadas / desigualdades entre homens e mulheres, através do planejamento em vários níveis, incluindo planos departamentais / divisional, planos setoriais e desenvolvimento de planos nacionais.

Planejamento de gênero inclui a tomada adequada de ação para trazer grupos marginalizados a um pé de igualdade com os outros.

Incorporando uma Perspectiva de Gênero em Saúde (gender mainstreaming) significa aplicar todos esses conceitos aos cuidados de saúde para que as mulheres e os homens recebam cuidados de acordo com suas necessidades.

Porque o gênero é um termo relacional (definindo relações entre homens e mulheres) o termo deve incluir homens e mulheres.

Conceitos de gênero, papéis de gênero e socialização de gênero podem não ser iguais em diferentes sociedades e podem mudar ao longo do tempo. No entanto, apesar dessas diferenças, as mulheres como um grupo têm menos poder do que os homens nas áreas do governo e da formulação de políticas, instituições financeiras, a religião e os militares em todas as sociedades.



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

B) Porque que o conceito de gênero é importante para a MWIA?

Crescente literatura aborda a articulação dos papéis de gênero e ideologia com o status da saúde, a organização dos cuidados de saúde, e políticas de saúde. Assim, é necessário trazer uma perspectiva de gênero para todos os campos de prática relacionada à saúde.

As Nações Unidas e Organização Mundial da Saúde evoluíram de uma abordagem de um foco sobre a Mulher no Desenvolvimento (WID) para o conceito de Género e Desenvolvimento (GAD). [29]

Ao fazer isso, eles reconhecem:

- 1) As contribuições importantes que homens e mulheres podem fazer para o desenvolvimento.
- 2) Que mulheres e homens são diferentes e requerem uma atenção especial à sua diferentes necessidades e para as várias maneiras nas quais isto poderia ser atendido.
- 3) As resultantes políticas e programas sensíveis ao genero , vão fazer a diferença para homens e mulheres, não apenas como receptores de cuidados de saúde, mas também como fornecedores de serviços de saúde.
- 4) Que muda o foco das mulheres como o problema a um foco na relação entre homens e mulheres e a maneira em que a sociedade desvaloriza o trabalho de mulheres e restringe o seu acesso a recursos, como um resultado do poder diferencial entre homens e mulheres que existe em praticamente todas as sociedades.

Dr. Gro Harlem Bruntland, Diretor da Associação Mundial de Saúde, afirmou, em muitas ocasiões que não há nenhum país que trata suas mulheres igualmente como trata seus homens.

Como uma organização com um compromisso importante para a saúde para todos, o MWIA fez uma decisão de se concentrar sobre o tema "gênero e saúde."

C) Determinantes da Saúde

Ao abordar este tema, outro conceito fundamental para discutir são os determinantes da saúde.



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

Um grande desenvolvimento em nossa compreensão da saúde, tanto de homens como de mulheres tem sido o reconhecimento de que o estado de saúde é influenciado não apenas pela biologia ou mesmo pelos cuidados com a saúde em si, mas a uma extensão muito maior pelo que foram chamados os mais amplos determinantes da saúde.

Esses determinantes incluem renda e status social, redes de apoio social, educação, emprego / condições de trabalho, ambientes sociais, ambientes físicos, habitação, práticas de saúde pessoais e habilidades de enfrentamento, desenvolvimento infantil saudável, biologia e herança genética, o acesso aos serviços de saúde, gênero, cultura / etnia e status de imigração / refugiado.

Impotência, isto é, uma falta de controle sobre um seu destino, também tem sido identificado como um fator de risco para estresse crônico, doenças e maior morbidade e mortalidade. [5] Um número de publicações tem chamado a atenção para a importância desses determinantes.

O relatório do Secretariado da Commonwealth [6] afirma que:

(I) A saúde da mulher é diretamente afetado por uma série de fatores socioculturais, físicos e psicológicos.

(II) As mulheres têm papéis de gênero e responsabilidades que afetam diretamente o seu nível de acesso e controle dos recursos necessários para proteger sua saúde. Esses recursos são externos (econômicos, políticos informação / educação, um ambiente seguro, livre de violência, e tempo), bem como internos (auto-estima, iniciativa,). (III) As mulheres são variadas na sua idade, capacidade funcional, religião, classe, raça ou etnia, orientação sexual e circunstâncias sociais.

Estes fatores podem levar a injustiças, que prejudiquem a sua saúde.

A Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde [7] identificaram as condições fundamentais e recursos para a saúde, como paz, abrigo, educação, alimentação, renda, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

As diferentes formas em que homens e mulheres experimentam o mundo e o impacto que têm entre si são fundamentais para a saúde e cuidados de saúde.

Em todo o mundo, as mulheres sofrem uma carga maior de problemas de saúde que os homens e são ainda mais prejudicadas pela desigualdade de acesso aos cuidados de saúde. O relatório da Conferência de Pequim também afirmou, que "a maior barreira para as mulheres para a realização dos



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

mais altos padrões atingíveis de saúde é a desigualdade, tanto entre homens e mulheres e entre mulheres em diferentes regiões geográficas, classes sociais e grupos étnicos.

A Saúde da Mulher também é afetada pelo preconceito de gênero no sistema de saúde e por a prestação de serviços médicos inadequado para as mulheres.

(Pequim) "[14]

Também o preconceito de gênero nas pesquisas tem tido um impacto na nossa base de conhecimento sobre a saúde da mulher e doença.

Ao tentar corrigir as desigualdades de manifestas que, atualmente, colocam as mulheres em desvantagem, é também importante identificar as formas em que os estereótipos de gênero podem danificar os homens.

Onde as sociedades esperam que os homens sejam o "ganha-pão", por exemplo, alguns homens se sintam obrigados a trabalhar horas extremamente longas com danos resultantes de sua saúde física e mental.

Da mesma forma, a expectativa social do que significa ser um homem "real" pode tornar difícil para os homens que estão doentes a admitir fraqueza. Espera-se dos homens lutar em guerras e realizar trabalhos perigosos, tais como mineração, combate a incêndios, e pesca. Sociedades treinam meninos desde a infância para não admitir o medo e para não identificar o que estão sentindo, a fim de prepará-los para esses papéis. Isso pode levar a comportamentos prejudiciais à saúde, tais como: a tomada de riscos de adolescentes, a incapacidade de comunicar sobre os sentimentos e atrasos na busca de cuidados para ferimentos e doenças.

É importante reconhecer o impacto sobre os determinantes da saúde não só de gênero, mas também de etnia, classe, imigração, status indígena, capacidade / incapacidade e orientação sexual.

Qualquer entendimento dos determinantes da saúde deve incluir o "fator de diversidade" que considera estas questões em uma análise global dos cuidados da saúde.

Enquanto gênero interage com os determinantes da saúde impactando em ambos os sexos, ao mesmo tempo e porque geralmente mulheres continuam a ter pior saúde do que os homens é essencial que o significado da saúde da mulher seja claramente compreendido e não é apenas definida em termos da função reprodutora.

D) Definições de Saúde e por que Saúde da Mulher?

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o gozo do mais alto padrão de saúde



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicções políticas, condições econômicas ou sociais.

Em 1998, a Organização Mundial de Saúde definiu a saúde como "o estado dinâmico de completo bem estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. "

A ênfase na saúde da mulher no olhar de gênero não é feito para minimizar o impacto do gênero sobre a saúde dos homens, mas corrigir os desequilíbrios históricos baseados no fato de que até o presente homens foram considerados a norma em educação, pesquisa e serviços de saúde.

O entendimento da saúde da mulher tem evoluído significativamente ao longo do último meio século e especialmente na última década. Ensinaamentos anteriores sobre a saúde das mulheres na tradição ocidental foram baseados no pressuposto de que a mulher era dominada por suas funções sexuais, e que a fisiologia e patologia do seu sistema reprodutivo, daria a chave para entender suas peculiaridades físicas, mentais e morais. Por causa de seu papel na reprodução a mulher foi considerada como um caso especial - um desvio da norma representada pelo homem. No final do século 19, a mulher foi considerada como doença ou desordem e funções biológicas das mulheres eram vistas como a fonte de uma série de distúrbios psicológicos, de humor estranho até a histeria e insanidade. Com efeito, naquela época, se afirmou que "qualquer doença que ocorre em uma mulher quase certamente envolve algumas modificações no funcionamento de seu sistema sexual. Por outro lado, o funcionamento normal ou alterado de seu sistema sexual irá influenciar o curso de qualquer doença que a acometa, por mais independente que possa parecer. [15]

Bem no século 20, a área de saúde da mulher manteve o seu foco tradicional em problemas reprodutivos e saúde da mulher continuou a ser definida principalmente em termos de gravidez, a menstruação e a menopausa - todos estes processos se fisiológicos ou patológicos, exigem atenção médica. Mais recentemente, e, em particular, nas últimas duas décadas, vimos uma grande mudança na nossa visão e compreensão da saúde feminina.

Em 1985, uma Força-Tarefa do Serviço de Saúde Pública dos EUA definiu amplamente, questões de saúde das mulheres em geral como "Doenças ou condições que são únicas, mais prevalente ou mais graves em mulheres, têm causas distintas, se manifestam de forma diferente nas mulheres ou têm diferentes resultados ou intervenções ". [16] No entanto, tal definição tende a se



focar mais em doença do que na saúde.

Atualmente, a saúde da mulher é percebida como um continuum que se estende ao longo da vida e que está criticamente e intimamente relacionado com as condições sob as quais as mulheres vivem. Saúde da mulher é visto depender de interações complexas entre indivíduo biologia, comportamento de saúde e no contexto histórico, econômico e sócio-político de vidas das mulheres. Como resultado dessa evolução de nossa compreensão da saúde da mulher, a Comissão Interescolar da Saúde da Mulher de Ontário, (WHISCC) baseando-se fortemente sobre o trabalho realizado pelo Serviço de Saúde da Mulher da Universidade McMaster, Hamilton, Ontário, desenvolveu a seguinte definição de saúde da mulher:

"A saúde da mulher envolve bem estar emocional, social, cultural, espiritual e física e é determinado pelo contexto social, político e económico da mulher, assim como pela biologia.

Essa definição ampla reconhece a validade das experiências de vida das mulheres na saúde.

Toda mulher deve ser dada a oportunidade de alcançar, sustentar e manter saúde, conforme definido pela própria mulher que a seu pleno potencial ".

[15] Essa definição também proporcionou motivo para as discussões e recomendações sobre mulheres e saúde pela Delegação do Canadá na 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing Conference), realizada em setembro de 1995. [14]

Um entendimento semelhante de saúde da mulher, foi publicado pela Secretária da Commonwealth [6], em que o âmbito da saúde da mulher foi definida da seguinte forma:

- 1) preocupações de saúde da mulher estendem ao longo do ciclo de vida e não estão limitados a problemas reprodutivos,
- 2) problemas de saúde da mulher incluem condições, doenças ou distúrbios que são específicas para as mulheres, ocorrem mais comumente em mulheres, ou tem diferentes fatores de risco ou de curso em mulheres que em homens
- 3) Saúde deve ser considerada em termos gerais, e tanto positiva, bem como negativamente. Dimensões da saúde incluem o físico, mental, social e espiritual.



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

Há uma série de áreas nas quais o gênero produz desigualdades em relação à saúde e onde políticas são necessárias.

As mulheres estão muitas vezes em desvantagem no acesso aos cuidados de saúde e isso pode estar relacionado a:

- 1) Baixo valor de status / social na casa
- 2) Os fatores culturais, como a falta de um provedor de saúde feminino
- 3) Ser excluído da tomada de decisão em ações de saúde e despesas
- 4) Menores taxas de alfabetização e acesso reduzido à informação
- 5) Os altos custos de oportunidade do tempo de trabalho das mulheres, por exemplo, as instalações podem ser distantes e o tempo ser um impedimento para as mulheres que têm que cuidar de outras responsabilidades domésticas.

Para entender completamente o conceito de saúde, devemos reconhecer que a prática relacionada à saúde consiste em cinco funções:

- 1) A promoção da saúde
- 2) A prevenção de doenças
- 3) O tratamento da doença
- 4) Reabilitação
- 5) Apoio e cuidados paliativos

De acordo com a Agência Sueca de Desenvolvimento Internacional, as mulheres são visíveis no setor da saúde, tanto como provedoras e receptoras dos cuidados de saúde, mas estão ausentes dos níveis de tomada de decisão . Elas têm sido focadas mais em seu papel como portadoras e cuidadoras das crianças. [18]

Implícita nessa compreensão da saúde da mulher a importância crítica de reconhecer que as mulheres não constituem um grupo homogêneo e que diversidade das mulheres com respeito a raça / etnia, idade, habilidade / inabilidade, classe sócio-econômica, educação e orientação sexual devem ser



tomadas em conta quando questões a respeito da saúde da mulher são abordadas.

E) Interação de Gênero e Saúde

Gênero é mais do que um determinante de saúde que está sozinho, mas sim se interlaça com outros determinantes, ou seja, renda, status social, emprego, educação, meio ambiente social e físico, desenvolvimento infantil saudável, práticas de saúde pessoais e habilidades de enfrentamento, serviços de saúde, redes de apoio social, biológica e genética, vocação e cultura.

O fator gênero permeia todos os aspectos dos cuidados de saúde e de saúde. A seguir, estão alguns exemplos da interação de gênero e saúde:

1. Pobreza

No relatório, "A Saúde das Mulheres: Uma Perspectiva Global" [16] se afirmou que "duas em cada três mulheres ao redor do mundo atualmente sofrem mais debilitante doença conhecida para a humanidade.

A doença é a pobreza. Em todas as sociedades incluindo a nossa, as mulheres ficam atrás dos homens em praticamente todos os indicadores sociais e de situação econômica e que constituem uma proporção maior dos pobres.

Preconceito de gênero e à alocação diferencial de recursos geralmente começa com o nascimento, pois as crenças culturais sobre o valor das mulheres conspiram para privar as mulheres de receber aqueles recursos que precisam para serem membros produtivos da sociedade.

A pobreza é freqüentemente associada com muitos desses fatores identificados em programas de promoção da saúde como contribuindo para a má saúde. O Centro de Pesquisa para as Políticas de Saúde da UCLA [20] relatou que as mulheres de baixa renda e com educação média ou menor, são mais propensas a fumar. Os problemas com excesso de peso são mais prevalentes em mulheres de baixa renda, a proporção de mulheres que se envolve em exercícios, aumenta com a renda e com níveis de educação e as taxas de prevenção para câncer cervical e de mama são mais baixas entre as de menor renda.

2. Violência

Em sua publicação "Saúde da Mulher: Atraves de Idade e Fronteira" [21] Organização Mundial da Saúde. A Organização ressalta que a prevalência da violência contra as mulheres em todo o mundo, com seu impacto terrível sobre a saúde e na própria vida das mulheres, só pode ser entendida e tratada, se se compreende a própria sociedade, a socialização de homens e mulheres e



diferencial de poder entre homens e mulheres. A violência é generalizada e não restrita a qualquer classe ou cultura.

O Relatório da Conferência de Pequim declarou que "A violência sexual e baseada no gênero, incluindo a violência física e psicológica, tráfico de mulheres e meninas, e outras formas de abuso e exploração sexual coloca meninas e mulheres com alto risco de trauma físico e mental, doenças e gravidezes indesejadas.

3. Doenças sexualmente transmissíveis

Embora inicialmente o HIV / SIDA tenha sido visto como uma doença que afeta principalmente homens gays, se percebeu que esta é uma doença que ameaça todos os homens, mulheres e crianças. As Nações Unidas considera o HIV / SIDA como uma prioridade fundamental.

No que diz respeito a lidar com o HIV / AIDS em mulheres, o mesmo relatório enfatiza que devemos enfrentar o fato de que os cuidados de prevenção e de apoio será mais eficaz se reconhecermos que o comportamento individual não pode ser mudado e mantido sem um ambiente que possa sustentar e promover essas ações. Ainda as mulheres muitas vezes não têm o poder de negociar práticas sexuais mais seguras em suas relações sexuais ou ter acesso a cuidados quando elas ficam doente. Com efeito, um recente documento da ONU sublinha o baixo status cultural e sócio-econômico das mulheres está facilitando e acelerando a disseminação heterossexual da AIDS no mundo de hoje e que apenas olhando para Mulheres e AIDS a partir de uma perspectiva de saúde não é suficiente. Uma análise de gênero, de causas sócio-econômicas e culturais e efeitos da epidemia é necessário para alcançar uma visão mais abrangente da magnitude do problema e as idéias sobre como combater a epidemia de forma eficaz. [22] Integrando uma perspectiva de gênero em HIV / AIDS trabalho exige consciência contínua e esforços. [23]

4. Saúde mental

O relatório da OMS dirige a atenção para o fato de que teorias e métodos psiquiátricos e psicológicos foram baseados em percepções masculinas e que muitas das idéias existentes sobre mulheres e saúde mental são, portanto, enganosas. Novas abordagens para a saúde mental estão agora sendo desenvolvidas com base em realidades sociais, que incorporam a experiência e vozes das mulheres. A relação entre doença mental e a experiência de violência física e sexual exige uma maior pesquisa. [24]

Transtornos mentais relacionados à impotência, a marginalização e a pobreza,



juntamente com excesso de trabalho e estresse e da incidência crescente de violência doméstica, bem como abuso de substâncias, estão entre outros problemas de saúde de preocupação crescente para as mulheres. [14]

Em "Estratégia Mulher, pela Saúde do Canadá", notou-se que uma das maiores diferenças entre mulheres e homens é o seu respectivo perfil de distúrbios de saúde mental.

Existem diferenças de gênero na maneira pela qual homens e mulheres lidam com o stress e eventos de vida e como eles sinalizam sua aflição. [4]

5. O abuso de substâncias

No que diz respeito ao abuso de álcool e drogas, pelas mulheres é significativamente relacionado com a violência em suas vidas. Comparado com as mulheres que não foram abusadas, mulheres abusadas sexualmente quando crianças, espancadas são muito mais propensas a usar drogas para dormir e para aliviar a ansiedade. Em 1991, um relatório canadense destacou a ligação entre a violência doméstica contra mulheres e meninas e uso de álcool e outras drogas. [25] Isto sugere fortemente que qualquer abordagem para a gestão do abuso de álcool e de drogas por mulheres, que não reconhece a influência generalizada da violência contra as mulheres na patogênese do seu vício provavelmente estará condenada ao fracasso.

6. Nutrição

Outra área, que ilustra a relação entre gênero e saúde, é a de nutrição. As conseqüências de problemas nutricionais em mulheres podem ser para toda a vida.

A discriminação de gênero desempenha um papel importante ao colocar muitas garotas e mulheres no mundo em alto risco devido à nutrição grosseiramente inadequada, onde a preferência por filhos muitas vezes conduz a desequilíbrio na distribuição de recursos (e de alimentos), quando estes estão escassos. [19]

Ao mesmo tempo, há aumento do reconhecimento da importância de problemas nutricionais em mulheres em sociedades mais afluentes, onde os transtornos alimentares estão intimamente ligados com expectativas sociais irreais com respeito a magreza extrema.

7. Prestação de cuidados de saúde

Preconceito de gênero também tem sido identificada na área de prestação de



cuidados de saúde em si. Como um exemplo, um relatório do Conselho de Assuntos Éticos e Jurídicos da American Medical Association [26] destacou o fato de que embora as mulheres recebam mais serviços de saúde em geral, estudos têm documentado as disparidades de gênero no tratamento num certo número de áreas, incluindo transplante renal, cateterização cardíaca e no diagnóstico de câncer de pulmão. Isto ocorre com as mulheres que têm menos acesso que os homens a maiores intervenções diagnósticas e terapêuticas em relação a essas doenças. O relatório da AMA levanta dúvidas sobre se pode haver fatores não-biológicos ou não-clínicos que afetam a tomada de decisão clínica e apresenta a possibilidade de preconceito de gênero nesse processo. O documento prossegue, afirmando que, enquanto viés de gênero não pode necessariamente se manifestar como evidente discriminação, atitudes sociais, incluindo estereótipos, preconceitos e outras avaliações com base em papéis de gênero, se manifestam em uma variedade de maneiras sutis. [26]

O ministro da Saúde canadense, Alan Rock, no lançamento do documento. “Estratégia de Saúde da Mulher afirmou que o preconceito de gênero tem afetado as mulheres não apenas como usuárias do “Sistema de Cuidados da Saúde”, mas também como prestadoras de cuidados de saúde renumeradas e não renumeradas”. [4]

8. Saúde Reprodutiva

A saúde reprodutiva é o assunto número um da saúde da mulher no mundo em desenvolvimento com as taxas terríveis de morbidade e mortalidade devidos, em parte, à falta de acesso a bom atendimento: atendentes não treinados, falta de opções de contracepção e aborto ilegal e inseguro. Muitas dessas questões são o resultado direto de preconceito de gênero.

Cerca de 500.000 mulheres morrem a cada ano de causas reprodutivas. Alta morbidade e da mortalidade por gravidez não é uma função da biologia, mas de políticas de governo, porque se refere à disponibilidade de recursos de saúde, dificuldades de transporte e falta de formação do pessoal de saúde. Também a falta de acesso a aborto seguro é uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna.

Estes exemplos do impacto da socialização do papel do gênero e do preconceito de gênero na saúde da mulher deixa claro que a promoção da educação e aconselhamento de saúde e programas e sistemas de prestação de serviços de saúde que ignoram gênero terão falhas graves, e correm o risco de serem vistos como irrelevantes para as necessidades daquelas mulheres alvos destes



programas.

É importante notar, como anteriormente dito, que a interação de gênero e saúde é importante para ambos os homens e mulheres.

Por exemplo, ao considerar a pobreza, sabemos que homens e mulheres que são pobres têm pior saúde, cuidados de saúde mais precários e morrem mais cedo do que aqueles que são mais afluentes.

Status de imigração, étnico e aborígene são frequentemente acompanhadas de pobreza.

Claro que isso é uma questão crítica em ambos os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Pense nas crianças de rua em muitos países que recorrem à prostituição para se sustentarem.

Em países em desenvolvimento, a única maneira que muitas mulheres podem escapar da miséria na qual elas e suas famílias se encontram é através da prostituição (e isto também levanta a questão do HIV / AIDS). Sabemos também que as meninas estão sendo atraídas para países desenvolvidos com promessas de uma vida nova e, em seguida, forçadas à escravidão sexual para reembolsar os criminosos que as contrabandearam.

Da mesma forma para os homens, a necessidade de ser um chefe de família nos países onde não há trabalho em suas próprias comunidades, pode forçá-los a ir para grandes comunidades por longos períodos de tempo. Assim sendo e por causa de suas necessidades sexuais e a socialização sobre o que é sexo "real", eles podem voltar para as prostitutas e se expor ao HIV / AIDS.

Como mencionado anteriormente, papéis sociais do sexo masculino e expectativas culturais podem levar à negação de doença um comportamento culturalmente aprovado para muitos homens. Do mesmo modo, os efeitos negativos de rotulagem de doença crônica para os homens pode levar a um atraso na busca de cuidados necessários.

A sexualidade masculina, em termos de comportamento esperado e em resposta a disfunção também está relacionada com a socialização dos papéis de gênero.

Tomada de risco masculina, particularmente em adolescentes e adultos jovens, (por exemplo, acidentes de automóvel e acidentes de mergulho) tem um impacto muito sério na saúde, muitas vezes levando a incapacidade grave ou morte. Este comportamento muitas vezes ocorre em resposta às expectativas da sociedade da bravata masculina.



Finalmente, o gênero pode ser visto afetando a saúde das seguintes maneiras devido a diferenças em:

1. Necessidades de saúde
2. Acesso aos cuidados de saúde
3. Papeis de tomada de decisão
4. Uso inadequado dos serviços devido aos cuidados culturalmente inadequado
5. Idade idosa - As mulheres idosas superam os homens idosos e muitas dessas mulheres são seriamente prejudicadas por causa da doença crônica, pobreza e perda de cuidadores.

F) PESQUISA

Para desenvolver uma abordagem eficaz à saúde e à cuidados da saúde de homens e mulheres, é essencial para estabelecer uma base científica, que informa, suporta e valida a nossa abordagem aos cuidados de saúde, educação e saúde. No entanto, ao longo dos anos, a comunidade científica tem sido alvo de críticas muito fortes a partir de um número de setores, pelo que tem sido visto como preconceito de gênero na investigação das ciências da saúde em relação a um foco sobre saúde da mulher.

Este viés tem sido visto afetar as idéias aceitas para a pesquisa, as questões abordadas, a metodologia utilizada e a interpretação dos achados, portanto, em última análise, influenciando os cuidados que os pacientes recebem. Esta falta de investigação apropriada e adequada sobre as mulheres é, portanto, não só discriminatória, mas pode ser perigosa.

Problemas para a pesquisa são:

- 1) As hipóteses não são formulados sobre gênero
- 2) Algumas doenças, que afetam ambos os sexos, são definidas como doenças do sexo masculino, por exemplo, doenças cardíacas.
- 3) Pesquisa sobre condições específicas para mulheres recebem baixa prioridade, financiamento e prestígio.
- 4) paradigmas de investigação não incluem diferentes formas em que as mulheres conhecem o mundo.
- 5) Sugestões de questões frutíferas para pesquisa com base na experiência pessoal de as mulheres têm sido ignorado. [27]



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

Problemas em relatórios de pesquisa foram identificados como androcentricidade, super generalização, insensibilidade de gênero e padrões duplos. [28]

Exemplos de preconceito de gênero são:

1) A exclusão das mulheres dos ensaios clínicos, aplicando os resultados dos ensaios para mulheres como pacientes, por exemplo:

- a) Estudo da Aspirina dos Médicos
- b) MrFitStudy

2) Falta de foco em temas que as mulheres se identificam como de alta prioridade

- a) Saúde ocupacional, inclusive no lar
- b) Terapia de reposição hormonal
- c) pesquisa anticoncepcional que ignora os homens
- d) O câncer de mama, particularmente etiologia
- e) AIDS em mulheres
- f) A violência contra as mulheres

3) Foco contínuo sobre os determinantes biológicos da doença

4) Falta de base de dados adequada

5) A falta de reconhecimento da diversidade das mulheres.

A presença de viés de gênero na pesquisa não deve ser uma surpresa para nós, pois tem se afirmado que " pesquisadores acima de tudo são seres sociais influenciados e moldados por seu contexto social e histórico." Não deveria surpreender, portanto, que o processo de pesquisa é vulnerável em todas as fases, a preconceitos sexistas. [29]

"Além disso, a falta de conscientização sobre os problemas e os fatores envolvidos é primariamente responsável por preconceitos sexistas na investigação ", e muitas vezes resulta em imagens falsas do mundo das mulheres ... tal ponto de vista também distorce a compreensão dos homens ". [30]

Preocupações de metodologia incluem:

1) A pesquisa quantitativa versus qualitativa e também um fracasso para



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

capturar completas experiências das mulheres.

2) A necessidade de envolver as mulheres em todas as fases da pesquisa, incluindo a formulação das questões.

Quando financiadas, as mulheres podem realizar pesquisas, não só sobre diferentes temas do que os homens, mas de uma maneira diferente, analisar os resultados de forma diferente, e comunicar os seus resultados de maneira diferente, estes fatores podem permitir se desenvolver novas e importantes áreas.

Há uma necessidade de aumentar a retenção, recrutamento e re-entrada de mulheres nas carreiras de investigação básica e clínica.

Barreiras institucionais ao recrutamento e retenção de mulheres investigadoras são:

- 1) Políticas de mandato e promoção
- 2) O assédio sexual
- 3) Preconceito de gênero
- 4) A falta de acomodação para as exigências da vida familiar
- 5) A falta de financiamento para muitos temas de interesse para as mulheres pesquisadoras.

Recomendações da 4ª Conferência Mundial sobre as mulheres em Pequim, em 1995 [14] foram:

- 1) Formar pesquisadores para fornecer dados de qualidade para saúde das mulheres
- 2) Promover pesquisas de saúde sensíveis ao gênero
- 3) Aumentar o número de mulheres líderes em profissões de serviços de saúde
- 4) Aumentar o apoio financeiro e outros
- 5) Pesquisa de base ampla sobre os problemas de saúde da mulher
- 6) Promover a investigação sobre sistema de saúde
- 7) Estudar efeito da desigualdade de gênero
- 8) Monitorar pesquisa genética
- 9) Divulgar informações.

Desafios na pesquisa da saúde da mulher são:

- 1) Definição de uma agenda de pesquisa que é sensível ao gênero e inclusiva



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

- 2) Realização de pesquisa interdisciplinares e de pesquisas em colaboração, tanto qualitativa quanto quantitativa
- 3) Realização de pesquisas com contribuição significativa e participação em todas as fases do processo de investigação por mulheres da comunidade em geral se quiserem ser incluídas
- 4) Promover mulheres investigadoras
- 5) Desenvolvimento de meios de transformar eficientemente os resultados pesquisa em políticas de saúde. [31]

Programas de pesquisa sensíveis ao gênero devem:

- 1) Coordenar, promover e reforçar a capacidade de esforço de pesquisa e
- 2) Focar em ampla gama de prioridades de saúde da mulher
- 3) Focar ampla gama de questões de pesquisa
- 4) Ser multidisciplinar, incluindo ciências da saúde biológica, social e de saúde da comunidade.
- 5) Ser multissetorial
- 6) Promover a diversidade
- 7) Envolver os consumidores e pacientes em todas as fases de pesquisa
- 8) Faixa de metodologias

G) Empoderamento

Se quisermos ter sucesso na incorporação de uma perspectiva de gênero em cuidados da saúde, políticas da saúde, e promoção da saúde, temos de capacitar as comunidades para entender a importância de tal prioridade, e para assegurar o seu envolvimento na defesa para as mudanças que vêm que vai melhorar a sua saúde e ajudar a atingir as metas que elas vêem como necessárias.

Há uma variedade de atividades que podem ser tomadas para alcançar este objetivo e estes diferem de comunidade para comunidade. Mas no geral, devemos aprender a ouvir o que a comunidade diz e no que acredita e que considera ser as suas prioridades de saúde, pois comunidades podem e devem ser participantes ativos na formação de suas próprias vidas.

As mulheres podem ser habilitadas através de um melhor acesso à educação, informação, recursos, renda e crédito. A capacitação também vem permitindo que as mulheres se encontrem em grupos e se organizem, permitindo-lhes tirar força dos números e para inspirar soluções práticas entre si.

Um aspecto crucial da igualdade é o empoderamento das mulheres para influenciar o que é valioso e compartilhar a tomada de decisões sobre as



prioridades sociais e direções de desenvolvimento. [18]

Da mesma forma, meninos e homens jovens devem assumir a responsabilidade por suas funções sexual, planejamento familiar e as responsabilidades familiares. Eles devem ser capazes de examinar os efeitos danosos de noções de masculinidade e poder masculino. Eles devem ser parte da solução na epidemia mundial de violência doméstica. Eles devem ajudar a conter a epidemia de HIV parando a desigualdade de gênero, que impede as mulheres de se proteger, devido o diferencial de poder entre mulheres e homens.

H) Influenciando Políticas e Programas

Há uma necessidade não só para capacitar as comunidades para resolver seus problemas, mas uma necessidade crítica de influenciar os líderes sociais, religiosas e legislativas para começar a tratar de questões de gênero e sua interação com os determinantes da saúde.

Temos de desafiar essas pessoas para garantir que os resultados das políticas e legislação sejam antecipados e que estes resultados sejam tão equitativos quanto possível para todas as mulheres e todos os homens.

O objetivo final é a igualdade de gênero. Isto significa que as mulheres e os homens têm condições iguais para a realização de seus direitos humanos e potencial para contribuir para o desenvolvimento nacional político, econômico, social e cultural e se beneficiar dos resultados. Saúde, claro, é uma parte importante desta definição.

Para atingir este objetivo análise baseada no gênero deve ser uma parte integrante do desenvolvimento de políticas, programas e legislação. Análise baseada no gênero é um processo que avalia o impacto diferencial das políticas propostas e / ou existentes, programas e legislação sobre mulheres e homens. Isso torna possível para a política a ser feita com uma valorização das diferenças de gênero, da natureza da relação entre homens e mulheres e da suas diferentes realidades sociais, expectativas de vida e circunstâncias econômicas. É uma ferramenta para compreender os processos sociais e para responder com opções informadas e equitativas.

Compara como e por que as mulheres são afetadas por questões de política e, portanto, é essencial na tomada de decisões que afetam a saúde. O quadro de análise de gênero deve ser sobreposto com uma análise da diversidade que considera fatores como raça, etnia, nível de capacidade e orientação sexual. [3]



Principais Considerações da Análise Baseada no Gênero

À medida que você desenvolver e analisar políticas, as seguintes perguntas estão entre as considerações relativas ao gênero que devem ser mantidos em mente.: [32]

1. Identificando o problema

De que forma são refletidas as experiências tanto de mulheres e homens na forma como as questões são identificados? Como diversidade é levada em conta?

2. Definindo os resultados desejados / antecipados

O que o governo pretende atingir com esta política e como esse objetivo se ajusta aos compromissos assumidos para com a igualdade social econômica? Quem vai ser afetado? Como os efeitos da política serão diferente para homens e mulheres, meninas e meninos?

3. Coleta de informações

Que tipos de dados específicos por sexo estão disponíveis? São dados específicos por sexo disponíveis em relação a outros grupos designados de igualdade de capital (incluindo os povos indígenas, pessoas com deficiência e membros de minorias visíveis)?

Como é a entrada de organizações de mulheres e outros grupos que buscam a igualdade sendo incluídos?

4. Condução de pesquisa

Como a pesquisa que você consulta ou conduz aborda as experiências diferenciadas de gênero e diversidade?

Se você está conduzindo uma pesquisa primária, como são as considerações de gênero incorporados em projeto de pesquisa e metodologia?

5. Desenvolvendo e analisando opções

Como cada opção trará desvantagem para alguns, ou fornecerá vantagem para os outros? Será que cada opção tem efeitos diferenciados sobre a situações social e/ ou econômica de mulheres ou homens?

Como vão ser desenvolvidas soluções inovadoras para abordar as questões de gênero / diversidade que foram identificadas.

Quais são as soluções que os grupos afetados têm sugerido?



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

6. Fazendo recomendações

De que forma a igualdade de gênero é um elemento significativo na ponderação e recomendação de opções?

Como podem as políticas serem implementada de uma forma equitativa?

7. Comunicando a Política

Como estratégias de comunicação vão garantir que a informação seja acessível para ambos homens e mulheres e levar em conta as necessidades de comunicação de diversas comunidades?

Foi utilizada uma linguagem consciente de gênero?

8. Avaliação da Análise

Como as preocupações de igualdade de gênero devem ser incorporadas aos critérios de avaliação? Como isso pode ser demonstrado? Quais os indicadores que você vai usar para medir os efeitos das políticas em mulheres e homens?

Os desafios para a formulação de políticas devem colocar as questões e desenvolver um processo que incentiva soluções de apoio à igualdade para todas as mulheres e todos os homens no Canadá.

Com relação à saúde, as políticas devem ser desenvolvidas para suprir as lacunas na áreas do sistema de saúde.

Essas lacunas incluem lacunas de acesso, falhas organizacionais, de qualidade, falhas pagamento, no conhecimento, e as disparidades de saúde entre os diferentes segmentos da sociedade.

Todas estas políticas devem então ser analisadas de modo que não haja preconceito de gênero em nenhuma delas.

I) formação de alianças estratégicas

Formação de alianças estratégicas, em geral, requer a identificação de organizações semelhantes e as pessoas que são influentes em uma variedade de maneiras em várias estruturas dentro da sociedade e também serem capazes de ser articuladas e confiáveis ao apresentar a sua perspectiva para mobilizar o apoio de membros da comunidade. Este é um tópico onde podemos aprender a partir dos sucessos e fracassos dos participantes em workshops de treinamento de formação de gênero, atividades comunitárias e políticas.

Lista de potenciais ALIANÇAS ESTRATÉGICAS



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

Instituições MÉDICAS

- MWIA países membros e indivíduos
- Associações médicas locais, regionais e nacionais
- Conselhos de Medicina
- Currículos de Faculdades de Medicina
- Educação Médica Continuada
- Colégio de Médicos de Família
- Conselho de Especialistas

Organizações afins

- ONU (incluindo ECOSOC)
- OMS
- UNAIDS
- UNFPA
- UNIFEM
- UNICEF
- WONCA e equivalentes nacionais
- FIGO e equivalentes nacionais
- Planejamento Familiar
- Secretariado da Commonwealth
- Várias ONGs

As conexões políticas

Networks de Políticos

Networks de Saúde da Mulher / Machineries

BIBLIOGRAPHY

Leituras recomendadas: tanto a bibliografia como as leituras recomendadas podem ser encontradas no site da MWIA no Training Manual for Gender Mainstreaming – VIDE PÁG. 36



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

Questionário de Sexo / Gênero

Faça o seguinte descrever sexo, gênero, ambos ou nenhum:

1. Ênfase nas diferenças biológicas entre homens e mulheres
2. Fatores que explicam o bem-estar e doença
3. A base para as desigualdades sociais que podem mudar a exposição a fatores de risco que põem em perigo a saúde
4. Intimamente relacionado com a desigualdade
5. Reconhece que as relações de pares entre homens e mulheres pode tanto proteger ou impedir saúde

VERDADEIRO OU FALSO

1. A construção social dos papéis femininos pode ser desvantagem às mulheres e criar fatores de risco que põem em perigo a saúde.
2. A construção social dos papéis masculinos pode prejudicar os homens e criar fatores de risco que põem em perigo a saúde

VERDADEIRO OU FALSO

1. Masculinidade e feminilidade são inteiramente determinadas pelas diferenças nos sistemas reprodutivos e variações hormonais.
2. Porque elas têm a capacidade para a maternidade, as mulheres são mais preocupadas do que os homens e, portanto, mais adequadas para determinados tipos de trabalhos que os homens.
3. Mulheres submetidas à cirurgia cardíaca têm maior probabilidade de morrer que os homens.
4. Apesar da sua diversidade, todas as sociedades são divididas ao longo do que pode ser chamado de "linha de falha do gênero."
5. Em todas as sociedades, as mulheres e homens são definidos como diferentes tipos de seres, cada um com suas próprias oportunidades, papéis e responsabilidades.
6. Na maioria das sociedades, a categoria "feminina" tem menos acesso do que aqueles na categoria "masculina" para uma grande variedade de recursos econômicos e sociais.



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

7. Em todo o mundo, riqueza e a pobreza são quase igualmente divididos entre homens e mulheres.
8. Embora as mulheres sofram discriminação materiais, as mulheres desfrutam de status social de igualdade com os homens na maioria das sociedades no mundo.
9. Os líderes do movimento para desenvolver a análise de gênero são quase igualmente homens e mulheres.
10. A "feminização" da pobreza ", apesar de existirem países em desenvolvimento, tem sido amplamente eliminada nos países desenvolvidos.

Apresentação de Casos

Diretoria Executiva da MWIA se reuniu no Centro de Conferências e Estudos Rockefeller, em Bellagio, Itália, para desenvolver este Manual de Formação para Mainstreaming (Foco) em Gênero na Saúde.

Os seguintes casos foram desenvolvidos pelos participantes na Conferência de Bellagio:

Estes casos são exemplos específicos para ilustrar como a consciência do gênero ou a falta dela afeta a saúde e os cuidados de saúde. Não existe qualquer intenção de generalizar para a população em geral a partir desses exemplos específicos.

A intenção de apresentações de caso é apresentar informações sobre foco em gênero em um formato de fácil compreensão pelos médicos, pois a intenção inicial deste manual é a formação de médicos.

Prevê-se que durante as oficinas, outros casos aparecerão a partir de experiências dos participantes que podem ser incorporados a este Manual de Treinamento.

Para todos os casos, considere abordagens diferentes para os casos, e que ação comunitária ou política de desenvolvimento pode alterar a situação.

As idéias contidas neste manual são da MWIA e não representam, necessariamente, a política oficial das agências de financiamento.



CASOS:

1. O caso quebra gelo do cirurgião misterioso
2. Caso de diagnóstico de doenças
3. Caso do trabalho feminino subvalorizado
4. Caso de gravidez não planejada e infertilidade secundária
5. Caso de parto longe de sua própria comunidade
6. Caso de Médicos Mulheres
7. Caso de Má Prática Obstétrica e seqüelas psiquiátricas
8. Caso de jovem mulher com múltiplas (vide original)
9. Caso de Schistosomose (vide original)
10. Caso de embolização dos miomas uterinos
11. Caso da residente de medicina grávida
12. Casos de Violência Doméstica
13. Caso de Preocupação Sexual
14. Caso de Cirurgia Pediátrica
15. Caso de uma mulher de 37 anos com seios pequenos
16. Casos de HIV / AIDS
17. Caso de infertilidade primária, devido ao fator masculino
18. Caso da Mutilação Genital Feminina (corte)
19. Caso de violência doméstica na Índia (vide original)
20. Caso de seleção de sexo
21. Caso de viúva
22. Caso do casamento precoce
23. Caso de uma imigrante iraniana com náuseas e vômitos da gravidez
24. Caso de uma refugiada da Somália com sofrimento fetal em trabalho de parto
25. Caso de Disfunção Erétil Masculina

Guia dos casos para o Facilitador

1. Caso Quebra Gelo do Cirurgião Misterioso

Este estudo de caso é útil como um "quebra-gelo" em ajudar as pessoas que pensam que são sensíveis ao gênero, em se avaliar realmente. A maioria das pessoas vai negar os seus preconceitos no início das sessões.

O caso do cirurgião misterioso

Um pai e seu filho estavam viajando da capital para uma cidade a 100 quilômetros de distância.



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

O carro recém-comprado importado estorou um pneu, deu um salto mortal e caiu nos trilhos ao lado da estrada. O pai morreu no local e seu filho foi levado às pressas para o hospital mais próximo em estado crítico, obviamente necessitando de cirurgia para salvar sua vida. O cirurgião de plantão, que era uma pessoa muito importante no país, foi chamado para atender o menino. Ao chegar na enfermaria para examinar o menino, um suspiro alto foi ouvido do cirurgião que disse: "Eu não posso operar este menino, ele é meu filho!"

Você pode explicar isso? Escreva como explicações o que puder em 2 minutos.

Notas do Tutor

Não há dúvida sobre a identidade do pai, mas a maioria das pessoas vai pensar em um modo estereotipado e presumir que o cirurgião é um homem. Você pode discutir sobre estereótipos e de socialização. Questões de equidade e igualdade de gênero também podem ser introduzidas aqui.

O cirurgião é, na verdade também a mãe do menino, é por isso que ela exclama sobre sua impossibilidade de operar o rapaz. Em grupos apropriados você pode também discutir modelos de papéis e limitações se houver com ambos os sexos. A maioria das pessoas deu resposta errada e isso proporciona uma boa oportunidade para ilustrar como pode facilmente tornar-se cego de gênero, mesmo entre os bem educados. (Referências bibliográficas sobre cada caso podem ser vistos pelos interessados no Manual em inglês publicado no site da MWIA)

2. Caso de Diagnóstico de Doenças

Objetivos

1. Os sintomas podem ser interpretados de forma diferente, dependendo se é um homem ou uma mulher que os apresenta.
2. As mulheres podem ter sintomas de angina que são diferentes da dos homens e isto pode significar que condição permanece não diagnosticada ou é tratada inadequadamente.
3. Médicos vão praticar a medicina mais eficazmente se forem treinados em consciência do gênero, para ajudá-los a entender a diferença entre homens e mulheres em fatores de risco, apresentação, diagnóstico, tratamento e evolução



da doença.

Narrativa do caso:

Mrs. Smith era uma mulher 68 anos branca que procurou o seu médico de família com indigestão crescente. Esta indigestão tinha se tornado pior desde a morte de seu marido no ano passado. Não só tinha perdido o marido, mas ele também tinha sido o seu melhor amigo, e sempre fez todas as decisões para o lar. Mrs. Smith nunca teve que dirigir, nunca tinha cuidado das contas e aplicação, e até compras no supermercado eram feitas pelos dois, com Sr. Smith pagando a conta. [1] Como ela estava agora só, cozinhando para uma pessoa, ela com frequência, fritava os alimentos, que era mais rápido e mais fácil do que fazer uma grande refeição. [2]

Após a morte do marido, a família ajudou a Sra. Smith vender sua grande casa no outro lado da cidade e a mudou para um lindo apartamento que era parte de um grande shopping e apenas a duas quadras do Centro dos Idosos. Os filhos crescidos moravam perto e, muitas vezes passavam por alguns minutos para uma xícara de chá, mas a Sra. Smith passava a maior parte de seu tempo sozinha. [3]

Quando seu médico lhe indagou sobre a sua indigestão, a Sra. Smith disse que lhe incomodava mais quando ela ia caminhando para o Centro de Idosos. Ela começava bem, mas depois de um quarteirão e meio ao longo da rua ligeiramente inclinada para cima ela sentia uma pressão terrível no peito, uma sensação de acidez que queimava na garganta, um pouco de náusea e braços doloridos. Depois que ela parava e descansava por um minuto ou dois, e tomava algum antiácido, o sintoma desaparecia e ela sentia bem na meia quadra restante. Ela gostava muito do jogo de cartas do Centro. Ela descobriu que a caminhada de volta para casa morro abaixo não a incomodava tanto.

Percebendo que ela teve mudanças significativas de vida, a médica perguntou se ela estava se sentindo deprimida. Mrs. Smith concordou que estava deprimida, então ela sugeriu que a Sra. Smith tentasse uma pequena dose de antidepressivo, enquanto esperava pela ultra-sonografia abdominal e exame de contraste. [4]

Dois dias depois, a médica recebeu um telefonema da emergência do hospital, dizendo-lhe que a Sra. Smith tinha sido internada com infarto agudo do miocárdio. [5]



Notas do tutor / Pontos de Aprendizagem

[1] A sociedade tem suas idéias apropriadas de papéis masculinos e femininos. Uma ou duas gerações atrás, era bastante aceito que o homem seria o arrimo da família, cuidava das finanças e tomava as decisões diárias. A esposa era para ser a rainha da casa, cozinhava, limpava e cuidava das crianças. Muitas mulheres idosas, que vivem mais tempo do que seus maridos, ficam viúvas e incapazes de gerir as atividades externas do dia-a-dia. Por outro lado, viúvos, muitas vezes acham que não tem habilidades domésticas e não sabem cozinhar, fazer compras, limpar e cuidar de si próprios. Nas sociedades europeias e norte americanas essas definições de papéis rígidos estão mudando, embora as mulheres estejam mudando mais rápido do que os homens.

[2] A nutrição de idosos é frequentemente muito pobre, como eles acham que é difícil fazer uma refeição equilibrada, quando apenas cozinham para uma pessoa. Homens são especialmente vulneráveis como idosos, não tem qualquer experiência de preparação de alimentos.

[3] O isolamento social é muitas vezes uma realidade da idade mais avançada. Esta mulher foi removida da área onde viveu toda sua vida adulta e onde ela estava familiarizada com o bairro, o shopping e fez todos os seus contatos sociais, para uma nova área da cidade. Mantendo amizade e redes de apoio social são um dos principais fatores para saúde das mulheres, em todas as idades. Fazer novas amizades é mais difícil para as pessoas idosas, de modo que cuidado especial deve ser tomado para não quebrar redes sociais existentes [4], a Sra. Smith estava deprimida e tinha maus hábitos alimentares. Apesar do fato de que os sintomas da Sra. Smith eram característicos de doença cardíaca, a médica nem sequer considerou esse diagnóstico, como a doença cardíaca é muitas vezes considerada uma doença de homens.

[5] Um índice reduzido de suspeita sobre a doença cardíaca em mulheres entre os médicos, às vezes resulta em um atraso no diagnóstico de mulheres com doença cardíaca. As mulheres podem também se apresentar com sintomas que são diferentes dos sintomas que os médicos foram ensinados a reconhecer, uma vez que até recentemente doença arterial coronária era vista como uma doença masculina.

Os médicos foram ensinados sobre a experiência do sexo masculino de doenças cardíacas, e respondem prontamente e com habilidade. No entanto, até recentemente, a investigação e formação não tem incluído boas evidências sobre a forma como as mulheres experimentam a doença cardíaca, e que muitas vezes são diagnosticadas muito mais tarde no decurso da doença, e sub-tratadas como um resultado.



Estratégias comunitárias:

[1] O financiamento poderá ser fornecido para centros de idosos para ter alguns cursos básicos de formação e ajuda para as mulheres viúvas, que não estão familiarizadas com as finanças. Eles poderiam também fornecer capacitação para os homens que precisam aprender a cozinhar e limpar e fazer compras, e ajudar as mulheres e os homens se adaptar às compras e cozinhar para si mesmos.

[2] Funcionários da saúde pública poderiam fazer os idosos ciente das opções alimentares, tais como "Refeições em Rodas", e outras opções alimentares saudáveis que podem ser disponibilizados a um custo simbólico.

[3] Esforços poderiam ser feitos para envolver as pessoas nas atividades que estão disponíveis. Embora ela more perto do Centro de Idosos, não lhe faria muito bem se ela nunca participasse dos eventos. A família deve entender que apenas colocar mãe ao lado do supermercado e do Centro de Idosos podem não satisfazer suas necessidades sociais e emocionais.

[4] Os novos antidepressivos são frequentemente úteis o que foi bom para a médica reconhecer o elemento depressivo de sua história. No entanto, a profissão médica deve estar ciente de que quando os sintomas soam para eles como doenças cardíacas em homens são, provavelmente, doenças cardíacas em mulheres também. No entanto, as mulheres muitas vezes apresentam-se com sintomas não típicos de livro de texto, porque os livros foram escritos com base na pesquisa feita com homens.

Os médicos são também mais propensos a atribuir sintomas físicos como depressão em mulheres do que em homens.

[5] Os médicos vão tomar melhores decisões clínicas quando eles forem treinados a incorporar uma perspectiva de gênero em seu atendimento ao paciente.

3. Caso do Trabalho Subvalorizado das Mulheres

Objetivos

1. Para compreender a natureza de gênero na repartição do trabalho não remunerado.
2. Para desenvolver a visão de algumas conseqüências para a saúde, do caráter focado no gênero, da responsabilidade pelo trabalho não remunerado.

Narrativa do caso:

Elizabeth era uma mulher de 54 anos que tinha um bom emprego no banco. Ela



tinha recentemente sido promovida, e no novo trabalho necessitava viajar com frequência. Ela achava que esta era uma boa oportunidade, pois seu único filho, de 21 anos estava fora na universidade e ela estava sozinha, tendo se divorciado há dez anos. Após seis meses no novo emprego, ela procurou seu médico de família, pedindo licença do trabalho, pois ela não estava dando conta.

À medida que os detalhes se evidenciaram, ela era a única de três irmãos que não teria responsabilidades familiares. Segundo seus irmãos, e, portanto eles esperavam que ela fosse responsável pelos cuidados da mãe. Sua irmã tinha filhos jovens que estavam envolvidos em muitas atividades extracurriculares e que tinham que ser levados para lá e para cá. Ela também tinha um emprego de tempo integral e um marido que esperava que a casa estivesse limpa e as refeições na mesa quando ele voltasse do trabalho. Seu irmão era um médico, que nunca estava em casa, e sua esposa usava todo o seu tempo livre com sua própria família. [1]

A mãe de Elizabeth, de 83 anos de idade, sempre foi independente. No entanto, no ano passado, ela sofreu uma fratura do quadril e ficou no hospital por quatro meses. Ela também foi diagnosticada com a doença de Alzheimer, enquanto no hospital. Durante a sua permanência no hospital, o marido teve um derrame e morreu. A mãe já estava em uma casa de repouso, mas chamava Elizabeth no trabalho, dez vezes por dia para pedir a ela vir e ajudá-la. [2]

Elizabeth tinha sido sempre um pouco ansiosa e tinha tomado antidepressivos nos últimos seis anos. No entanto, ela nunca tinha se sentido como agora, tão desesperada, frustrada e incapaz de tomar qualquer decisão. Este novo emprego exigia muito tempo fora do trabalho para atualizar suas habilidades, mas não importava quantas vezes ela lia o material, ela não conseguia compreendê-lo. As viagens, que inicialmente pareciam tão glamourosas, a deixavam muito cansada. [3]

Elizabeth finalmente entrou em colapso e teve uma forte crise de choro ao falar com seus irmãos. Seguindo o conselho de seu médico, ela disse aos irmãos que ela não conseguia mais lidar sozinha com a mãe, precisava deles também para ajudar nas visitas ao Lar. Ela participou de um seminário para os cuidadores e ficou surpresa que ela não estava sozinha em lidar com um parente idoso que já não era a mãe capaz que ela tinha sido. Ela falou com a supervisora de enfermagem na casa de repouso, que não tinha conhecimento de que a mãe de Elizabeth tinha a chamado sem parar para fazer trabalhos, que os auxiliares do lar estavam disponíveis para fazer para ela, e providenciou para que este problema fosse corrigido.



Com essas mudanças , Elizabeth foi capaz de retornar a seu trabalho anterior. A mãe foi organizada na casa de repouso e não mais chamava várias vezes ao dia. Cada um dos irmãos se revezavam visitando a mãe e atendiam suas necessidades emocionais. Todos os três irmãos participaram de um workshop sobre a vida com a doença de Alzheimer e tinham uma melhor compreensão da mãe. [4]

Notas do tutor / Pontos de aprendizagem:

[1] Sociedade vê a mulher como a cuidadora e particularmente a mulher que não tem filhos e um marido que precisam de sua atenção. A divisão do trabalho é geralmente desigual.

[2] Embora as famílias sentem que o lar de idosos irá prover as necessidades de seus entes, o cuidado é muitas vezes na área de atividades da vida diária, e tempo deve ser agendado para a família para atender a suas necessidades emocionais. A casa de repouso, provavelmente não sabia que a mãe estava chamando dez vezes por dia, pedindo coisas a serem feitas, que poderiam ser feitas pelos cuidadores.

A razão pela qual a mãe foi para uma casa de repouso era dupla: ela sofreu uma fratura de quadril devido à osteoporose, sabendo que um quinto a um décimo das mulheres que têm uma fratura de quadril morre dentro de um ano e quarta parte tem que ir permanentemente para um lar de idosos, e ela tinha a doença de Alzheimer, que muitas vezes passa despercebida até que surja uma situação de crise. Apenas metade das pessoas que fraturam o quadril volta a ser independente. As mulheres tendem a fraturar dez anos mais cedo do que os homens.

As mulheres têm mais incapacidade e mais utilização dos serviços de saúde do que os homens, embora os homens morram mais jovens do que as mulheres.

[3] Uma personalidade pré-mórbida ansiosa ou depressiva pode evoluir para uma depressão total com o aparecimento de estressores diversos. Doença mental como a depressão não é estritamente biológico, mas sim um resultado da interação entre biologia e fatores psicossociais.

[4] Atenção deve ser dada a medicação adequada e aconselhamento para trazer o sintomas sob controle e para formular um plano de ação apropriado. Reconhecer a situação real é importante. Com o tratamento adequado e reconhecimento dos problemas, Elizabeth estava de volta e funcionando tanto no trabalho como em sua vida pessoal. Questões relacionadas ao gênero muitas vezes não são reconhecidas pelos médicos e eles contam com o uso somente dos medicamentos para tratar a depressão.



Ação comunitária:

[1] Espera-se das mulheres que prestem assistência aos membros da família em detrimento da sua própria carreira e bem-estar físico e mental. Este papel de cuidadora é colocada gratuitamente nas costas das mulheres, onde ele passa despercebido, subcompensado e desvalorizado.

[2] Há oportunidade para uma melhor educação na prevenção da osteoporose, bem como que as famílias podem lidar com a doença de Alzheimer, bem como as expectativas de um lar de idosos.

Referências bibliográficas podem ser encontradas no Manual Original no site do MWIA.

4. Caso de Gravidez não Planejada e Infertilidade Secundária

Objetivos

1. Considerar os riscos de saúde que podem surgir a partir de informações deliberadamente retidas.
2. Discutir a responsabilidade ética dos médicos e de considerar que a falta de responsabilidade ética pode levar a abusos dos pacientes.
3. Concentrar em um aspecto da saúde da mulher, especificamente sobre a escolha na função reprodutiva.
4. Mostrar como os determinantes da saúde, ou seja, educação, religião, ambiente social, serviços de saúde, renda, emprego e redes de apoio social interagem com prestação de cuidados de saúde.

Narrativa do caso:

Sandra é uma mulher de 29 anos, casada há três anos, que procura seu médico de família em Vancouver, no Canadá, com a queixa de ser incapaz de engravidar, apesar de não usar contracepção nos últimos 2 anos e ter relações sexuais frequentes.

À medida que a história se desenrolava, ela declarou que engravidou aos 15 anos de idade, na sua primeira relação sexual. Ela frequentou escola particular, onde a educação sexual não era permitida no currículo, uma vez que era considerado desnecessário para moças solteiras. [1]

Por conta própria, ela foi ver o médico de família para pedir um aborto. O médico de família disse-lhe que ele não acreditava em aborto e a mandou para casa. [2] Conforme o tempo passava a sua mãe notou que Sandra estava



ganhando peso. Sandra contou à mãe sobre sua gravidez indesejada, que agora estava em 15 semanas de gestação.

Mãe de Sandra, embora muito chateada, foi compreensiva e assumiu a situação e levou-a a Planned Parenthood, onde as suas preocupações e esperanças foram totalmente esclarecidas.

Depois de aconselhamento completo, ela continuou a pedir um aborto e foi encaminhada para a ginecologista conceituada na cidade, que iria realizar o aborto.

Sandra teve que comparecer ao consultório, duas vezes antes da operação, cada vez ter a inserção de uma tenda laminaria. Apesar de caro, foi explicado que isso era necessário para ajudar dilatar o colo do útero e tornar o procedimento menos prejudicial para seu colo. [3]

O dia da cirurgia chegou e Sandra ficou aliviada que todos na clínica eram tão gentis com ela. Ela estava muito nervosa ao chegar à clínica, porque havia manifestantes em toda a rua segurando cartazes, condenando o aborto. [4]

Apesar de acordada, o anestésico local usado pelo médico ajudou a aliviar a dor, mas não tirá-la completamente. Ela se lembra de como ela estava assustada. [5]

Poucos dias após a cirurgia, Sandra sentiu se doente com febre e calafrios e seu fluxo menstrual tinha mau odor. O médico deu-lhe antibióticos, mas levou muito tempo para que a dor abdominal desaparecesse. [6]

Quando ela tinha 19 anos, Sandra teve sexo desprotegido. [7] Ela foi até a farmácia na próxima manhã e pediu a pílula do dia seguinte, que ela ouviu falar que era disponível sem receita médica, ao custo barato de 5 dólares.

Ficou muito desapontada quando ela chegou à farmácia e descobriu que havia uma taxa de aconselhamento de 25 dólares adicionado ao custo da pílula do dia seguinte. [8] Ela não tinha condições de pagar os

US \$ 30, então foi para casa e ficou torcendo até que sua próxima menstruação chegasse que felizmente veio na hora certa.

Sandra conheceu Jim, seu marido aos 25 anos e eles estavam casados havia 3 anos.

Como mencionado anteriormente, foram tentando gravidez nos últimos 2 anos. As investigações foram realizadas e se descobriu que Sandra tinha bloqueio de ambas as trompas de Falópio, provavelmente relacionadas à infecção, ela teve depois do seu aborto.

Felizmente, Sandra e Jim ambos ganhavam bem, e puderam arcar com a feertilização in vitro. [9]

Felizmente, isso resultou em uma gravidez viável e são agora os orgulhosos pais de uma menina de oito libras.



Notas autor / Pontos de Aprendizagem

[1] A educação sexual ainda é um tema muito controverso em escolas canadenses. É ensinado em graus variados, dependendo do distrito escolar. Algumas escolas são dirigidas por ordens religiosas, que acreditam que o sexo só é permitido fora do casamento, que os jovens não devem ser sexualmente ativos, e que a educação sexual aumenta a atividade sexual entre os adolescentes. Esta filosofia pode não ser restrita apenas a escolas religiosas. Pesquisas feitas na Holanda demonstraram que proporcionar aos jovens o conhecimento que precisam para negociar sua transição para a atividade sexual reduz os riscos de atividade sexual e doenças sexualmente transmissíveis, e também oferece aos jovens as habilidades para resistir à pressão para se tornarem sexualmente ativos, até que estejam prontos para isso. Este é um exemplo de como a política de saúde e gênero se mistura para colocar certos grupos de pessoas, neste caso, meninas adolescentes, especialmente em risco. Alguns pais acham difícil falar com os seus filhos sobre sexo.

[2] O médico da família de Sandra agiu de forma antiética. Ele não a ajudou a explorar as suas alternativas.

Ele se aproveitou de seu poder em relação a ela e colocou seu bem-estar em risco com o abuso desse poder. Isto é mais provável de ocorrer com mulheres do que com homens. Ele também permitiu que suas crenças pessoais se intrometessem em sua conduta clínica. Ele era único contato médico que ela havia conhecido em toda a sua vida. Quando ela o procurou, em tempo de grande necessidade, ele deixou suas crenças morais interferirem no que era, pela lei do país, legalmente disponível para Sandra, e interferir em sua conduta clínica.

[3] Embora o atendimento ao aborto é coberto pelo plano de saúde no Canadá, há muitas vezes custos adicionais para além do procedimento em si, tais como transporte, pois serviços de aborto não estão disponíveis em muitas regiões. Aborto não é coberto quando o serviço é obtido fora da província, em contraste com outros serviços médicos necessários. Isso é muitas vezes um verdadeiro impedimento para as pessoas sem meios financeiros, especialmente adolescentes.

[4] Há um elemento anti-aborto forte na população. Indivíduos regularmente fazem piquete nas clínicas de aborto e ameaçam médicos e pacientes e funcionários. Vancouver, British Columbia, no Canadá, foi um dos primeiros lugares em que um ginecologista foi agredido por realizar abortos.



[5] O aspecto psicológico associado com o aborto é muitas vezes ignorado na rotina movimentada da clínica. Pode haver uma falta de pessoal com o tempo para aconselhar a paciente.

Apesar de alguma ansiedade e ocasionais complicações, 80% das mulheres que fizeram abortos terapêuticos ficaram aliviadas depois. (Referência 1)

Medo e dor aumentam o trauma global da situação e, portanto, aumentam o risco de depressão e / ou fenômenos tipo síndrome pos trauma.

Há uma necessidade de clínicas especiais, onde a equipe é treinada nos aspectos psicossociais, bem como aspectos médicos, e pode oferecer aconselhamento adequado e acompanhamento. Antes do aborto, a paciente deve ser aconselhada sobre suas diversas opções, mas também apoiada emocionalmente e informada de várias organizações de apoio.

Aconselhamento de seguimento é importante para apoiar o paciente através dos aspectos físicos e psicológicos de sua decisão.

Os médicos de família poderão ter seus próprios preconceitos, o que torna difícil para eles enviarem suas pacientes para um aborto. No entanto, éticamente, eles devem informar a paciente de que essa ajuda pode ser obtida em outros lugares. O médico de família pode ser colocado no meio de dinâmicas familiares complexas, conhecendo os pais e a filha. Clínicas devem ser gratuitas e de fácil acesso.

[6] Mesmo em países onde o aborto é legal, o procedimento não é sem complicações, especialmente quando realizada no segundo trimestre. As seqüelas são mais freqüentemente depressão, mas distúrbio do tipo pós-traumático pode ocorrer se as circunstâncias do procedimento são particularmente traumáticas, como no segundo trimestre, com paciente mais jovem, sem apoio familiar ou sem parceiro. Pode haver uma sensação de culpa ou dor, que aumenta à medida do tempo de gestação e se a paciente sentiu movimentos ou vê o feto abortado. Há muitos países no mundo que não permitem o aborto legal.

[7] A mulher frequentemente sofre as consequências do sexo antes do casamento, o parceiro masculino é raramente mencionado quando ocorre uma gravidez não planejada. Os médicos devem tomar cuidado em não culpar a mulher e fazê-la se sentir a única responsável.

[8] A Organização Mundial de Saúde recomenda que para diminuir a gravidez não planejada a pílula do dia seguinte (MAP) deve ser disponibilizados sem receita médica. A Federação das Mulheres Médicas do Canadá e da Sociedade de Obstetras e Ginecologistas do Canadá defende essa idéia. O MAP foi disponibilizada sem receita médica na província de British Columbia. A empresa farmacêutica que fez MAP (pílula do dia seguinte) pré-embalada



diminuiu o seu custo a um preço acessível U\$ 5. Apesar da segurança conhecida do produto, ao nível da farmácia, uma taxa de consulta 25 dólares foi adicionada ao custo do MAP. Este custo adicional pode atuar como um elemento de desistência para algumas mulheres. É frequentemente a mulher que tem que pagar pela pílula do dia seguinte, mas as mulheres são mais propensas a serem mais pobres que os homens, devido ao diferencial na remuneração média. Tem havido algum debate sobre esta abordagem entre os médicos.

[9] O custo das novas tecnologias de saúde reprodutiva não é totalmente coberto pelos seguros saúde, uma vez que estas tecnologias não são vistas como um serviço de saúde essencial.

Pensamentos polêmicos para o facilitador para trazer em discussão

[1] A sexualidade adolescente precisa ser discutida com mais liberdade, tanto no currículo escolar e em casa com as famílias. Fingir que os adolescentes não vão se envolver em sexo não equivale à realidade. Tem sido demonstrado que a educação sexual não aumenta o nível da sexualidade adolescente. Em vez de educação sexual isolada, o mais importante fator que se correlaciona com a gravidez é o nível geral de educação das mulheres. Boa educação sexual não significa que as adolescentes vão praticar sexo seguro. As jovens podem ainda engravidar, mesmo com educação sexual boa, porque eles normalmente não saem com a intenção de ter relações sexuais. Isso acontece, sem planejamento e sem profilaxia adequada.

(Referência 2) É difícil para as jovens negociar práticas sexuais seguras devido as normas socioculturais que adotam passividade sexual feminina e inocência. Se a jovem tem poderes para buscar o prazer sexual e segurança sexual em seus próprios termos, ela é rotulada com uma má reputação sexual como sendo "fácil" e é socialmente e sexualmente esperta.

Da mesma forma, se um jovem usa camisinha, ele é rotulado como não-masculino. É socialmente aceito e esperado que os homens controlem a tomada de decisão sexual e o uso do preservativo.

[2] Deve ser reforçada para médicos, que pessoalmente não acreditam em aborto, que éticamente devem informar a paciente, onde podem procurar o conselho de outro profissional que irá aconselhá-la sobre suas opções para a gravidez, incluindo aborto legal.

[3] Frequentemente aqueles que menos podem pagar por serviços é que necessitam deles. Deve haver meio de apoio financeiro para os procedimentos médicos necessários adjuntos, como prestação de aborto e do MAP.

[4] É um direito de a mulher ter controle sobre suas funções reprodutivas. O aborto é uma escolha que deve estar disponível. Para garantir que haja médicos



que irão realizar abortos, estes profissionais devem se sentir seguros e serem protegidos contra aqueles que pretendem prejudica-los por causa do serviço que prestam. A Declaração de Beijing define saúde reprodutiva e inclui o direito da mulher de escolher sobre sua função reprodutiva.

[5] O acesso ao aborto em tempo adequado nem sempre está disponível. Neste caso, atrasou por causa do preconceito do médico, mas muitas vezes pode ser retardada porque ele não está disponível na comunidade onde a mulher mora. O temor de dano para o provedor de aborto tem tornado a disponibilidade de aborto muito mais difícil.

[6] Embora a pílula do dia seguinte se tornasse disponível sem receita médica em algumas áreas, continuam a existir barreiras ao acesso...

5. Caso de Parto Longe da Comunidade

Objetivos

1. Mostrar a interação de vários fatores determinantes da saúde com o gênero.
2. Mostrar a valorização de um sexo sobre o outro.
3. Mostrar como as práticas de saúde pessoais e disponibilidade de redes sociais influenciam os cuidados de saúde e a saúde.
4. Mostrar a falta de disponibilidade de cuidados de saúde para muitas comunidades, tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento.

Narrativa do caso:

Uma mulher Inuit de Cape Dorset, no norte do Canadá, de 30 anos de idade, está grávida pela quarta vez.

Suas primeiras três gravidezes foram acompanhadas no Posto de Saude de sua aldeia natal nos Northwest Territories, sem complicações.

Esta gravidez é diferente. Ela agora está de 35 semanas de gestação com uma gestação de gêmeos fraternos, com um feto do sexo masculino e um feto do sexo feminino. Ela foi diagnosticada com diabetes gestacional em seu teste de tolerância à glicose feita na 28ª semana, e ela tem conseguido manter sua glicemia controlada com dieta e exercício.

Ela é transferida a 500 milhas para Winnipeg, Manitoba, onde há instalações para cuidar de sua gravidez de alto risco. [1] Ela está sozinha e seu inglês é muito limitado, mas ela consegue fazer o pessoal entender que ela quer fumar. [2] Ela não conhece ninguém em Winnipeg e está muito solitária e com saudades de casa. Ela pensa constantemente nos seus filhos em casa que estão sendo cuidados por sua família. [3]



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

Ela entra em trabalho de parto nas 36 semanas de gestação. Ela tem um trabalho de parto muito rápido de duas horas e dá luz aos dois bebês por apresentação cefálica. Ela tem uma hemorragia pós-parto forte exigindo uma transfusão de sangue. (O médico em Cape Dorset está muito satisfeito que a transferiu antes que ela entrasse em trabalho de parto). [4]

Depois de mais duas semanas, em Winnipeg, ela vai para casa com os bebês. Ela só tem leite suficiente para o menino [5], assim alimenta a menina com leite em pó comercial, que ela mistura com a neve derretida do barril do lado de fora. [6]

Depois de uma semana em casa, a menina desenvolve gastroenterite e é levada para o Hospital Infantil de Toronto, a 3000 milhas de distância, onde ela morre.

Pontos de aprendizagem:

[1] Ela é transferida para longe de tudo o que é familiar a uma cidade estranha, com pessoas de uma cultura diferente, que falam uma língua diferente.

Isolamento de muitos nativos do norte do Canadá permite lhes apenas o mais básico de cuidados de saúde perto de casa.

Isto afeta adversamente a sua experiência de cuidados de saúde, particularmente para as mulheres que têm de ter seus cuidados da gravidez em centros maiores.

Para muitos povos indígenas, ter nascido em

sua própria área é a base essencial para a boa saúde espiritual e física no futuro.

[2] O cigarro é um exemplo da interação das práticas de saúde pessoais com a saúde. Tem havido tanta educação sobre os perigos do fumo durante a gravidez no Canadá que se tornou socialmente inaceitável. Isto é menos verdadeiro em populações isoladas. É sabido que fumar alivia a depressão e melhora o humor e é assim, uma forma de automedicação para pessoas desfavorecidas ou alienadas. A relação entre o fumo e bebês pequenos é bem conhecida, ainda que haja mais mulheres fumando do que os homens, especialmente de mulheres em comunidades pobres. As mulheres aborígenes tem a mais alta taxa de tabagismo no Canadá, o dobro da taxa de outras mulheres no Canadá. "A indústria habilmente explora os elementos contraditórios do tabagismo das mulheres, oferecendo liberdade e escape ao lado de controle, enquanto a dependência da nicotina é o elemento final de controle".

[3] Não conhecendo ninguém e sentindo falta de seus filhos ela fica deprimida não há prestação de aconselhamento, como a linguagem é também uma barreira. Um sistema de saúde que não leva em conta questões espirituais e



culturais, bem como as questões de gênero luta, para fornecer cuidados apropriados para as mulheres não-mainstream.

[4] O stress para os prestadores de cuidados de saúde em áreas remotas é tremenda. Elas são muitas vezes obrigadas a fornecer serviços para além do conhecimento e formação dos seus colegas urbanos.

Muitos são treinados para isso, mas eles dependem de encaminhamento eficaz para centros regionais para condutas mais complexas... Isso leva ao desgaste precoce dos profissionais.

[5] Embora ela tenha tido gêmeos, ela está dando o melhor leite para o menino, que pode ser uma indicação de mais valor que está sendo atribuída aos homens em sua sociedade. É também possível que sua cultura não valorize gêmeos.

Muitas culturas nômades permitem que um gêmeo morra, pois a mãe não pode cuidar de ambos. Esta é uma questão de diferenciação de gênero característico de quase todas as culturas.

[6] A mistura do leite em pó com neve sem ferver a água mostra a interação de falta de educação sobre práticas de saúde introduzidas (alimentação por formulas), além de práticas de saúde pessoal e da cultura com a saúde.

Educação das mulheres tem sido demonstrada que têm um efeito muito positivo sobre a mortalidade infantil. Comunidades isoladas têm acesso limitado aos médicos que também poderiam ter um papel importante a desempenhar nesta educação.

Notas tutoriais sobre questões comunitárias

[1] Com a reforma da saúde, a palavra da moda de hoje, há uma tendência a concentrar prestação de cuidados de saúde em centros maiores. Isto significa que qualquer condição, mesmo com uma remota chance de complicação não pode ser tratada perto de casa. Isso cria grande dilema social com separação de famílias, a falta de redes de apoio em um lugar estranho, estresse psicológico, para o paciente e família, bem como aumento de despesas para o paciente e governo que paga por cuidados de saúde. O lema de obtenção de cuidados de saúde "mais perto casa" está sendo substituído por "longe de casa". Há um impacto negativo significativo, sobre o bem-estar da mulher, que é separada de sua família. Nos seus anos reprodutivos, as mulheres são mais frequentemente hospitalizadas do que os homens.

[2] As populações nativas do Canadá não têm o nível de boa saúde do resto da população do Canadá. Elas foram marginalizadas e não se beneficiaram de muitas das campanhas preventivas de medicina. Fumar, beber, desemprego e falta de oportunidades educacionais são apenas algumas das áreas que precisam ser abordadas.



[3] Seria útil que os centros de referência se certificassem de que há uma lista de pessoas que sabem falar diferentes idiomas para ajudar na comunicação.

Conhecer os costumes das várias culturas pode ajudar a fazer um paciente se sentir mais em casa em um ambiente estranho. Tendo arranjos acessíveis para acompanhantes diminuiria o isolamento social e diminuiria a depressão.

[4] um maior apoio para os prestadores de cuidados de saúde em áreas isoladas é necessário. Com os progressos na telemedicina, ajuda de um especialista é mais fácil. Fornecendo períodos de tempo longe do local de trabalho e fornecendo treinamento de habilidades apropriadas seria útil.

[5] Embora não tão evidente no Canadá, como em alguns outros países, ainda há uma tácita valorização dos meninos sobre as meninas. O status crescente de mulheres ainda é apenas superficial, e a educação preventiva ao nível do curso primário e para frente precisa aumentar.

[6] A falta de conhecimento básico que permitiu que essa mãe misturasse com a fórmula, água contaminada, mostra a interação da educação, cultura, ambiente físico e práticas de saúde pessoais com a saúde. A saúde pública precisa trabalhar em estratégias de educação, usando educadores de dentro da cultura.

6. Caso das Mulheres Médicas

Objetivos

1. Ilustrar a forma como as mulheres são excluídas de contribuir para o desenvolvimento de política na medicina.
2. Mostrar como as mulheres podem ser cooptadas para o processo de marginalizar as mulheres pela sua necessidade de aprovação do sexo masculino.
3. Demonstrar que quando as mulheres estão incluídas nas políticas de desenvolvimento o resultado é mais útil e de um padrão mais elevado.

Narrativa do Caso

Há uma reunião de médicos e médicas em andamento. Eles se reuniram para discutir a formação contínua e os aspectos políticos decorrentes de seu trabalho. Entre outras coisas, vai ser discutido o futuro da profissão médica, a melhor rede de relacionamento possível, a situação financeira e à aceitação de médicos e médicas nas políticas de saúde.

O painel é composto por cinco médicos altamente qualificados, uma médica perita e uma jornalista experiente, atuando como moderadora. Ela introduz cada um dos homens médicos individualmente para o público, utilizando os seus títulos. Ela introduz a médica usando seu primeiro nome, [1] e começa a discussão. [2]



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

A discussão fica acalorada, a moderadora acalma cada um deles, sorri, é charmosa e inteligente, e dá a cada participante do sexo masculino a sensação de ser importante. Invariavelmente, os médicos do sexo masculino iniciam suas contribuições com uma observação sobre o charme, a boa aparência, o sorriso, etc da moderadora. A médica praticamente ignorada. [3]

Há muitos pedidos para falar, entre outros a mulher vem tentando há algum tempo ter a sua vez. A moderadora, no entanto, ignorou a mulher e só pediu para os homens participarem na discussão. [4]

Após uma discussão um tanto prolongada, um dos participantes aponta que a médica vem tentando falar por algum tempo e tem sido ignorada até o momento. A moderadora diz que ela tem a intenção de terminar o debate e acrescenta: "Eu acho que é bom que uma mulher queira participar. Por que não ouvi-la também". [5]

Esta participante do sexo feminino é a presidente de todos os médicos deste distrito, conhece o assunto melhor do que ninguém na sala e oferece uma excelente e objetiva declaração e recebe os maiores aplausos da noite.

Todos concordam que as palavras de encerramento não poderiam ter sido melhores e a reunião termina.

Em seguida, a moderadora vai ao seu encontro e diz um pouco surpresa "Você fez um excelente trabalho". [6]

A médica aponta o "comportamento sexista" da moderadora de uma maneira aconchegante e amigável forma e ilustra isto por sua frase "Eu acho que é bom que uma mulher queira participar. Por que não ouvi-la também?"

A moderadora fica envergonhada e comenta que ela não viu o aspecto do gênero absolutamente e que até aquele dia ela não tinha percebido que ela tratava as mulheres de forma diferente dos homens. Ela acrescenta que, sem essa prova, ela não teria acreditado e que é muito grata por ter sido avisada. Ela admite com espanto que existe uma necessidade urgente de esclarecimento para homens e mulheres a fim de garantir que uma perspectiva de gênero esteja incorporada na vida cotidiana.

Notas do autor / Pontos de Aprendizagem

[1] Este é um processo comum e inconsciente de investir os homens com autoridade e as mulheres com familiaridade. Em apresentações e no material escrito, se uma pessoa tem um título, então todos deveriam ter. Se uma pessoa é chamada pelo primeiro nome, então todos devem ser chamados por seu primeiro nome.

[2] Como de costume, os homens são vistos como os especialistas que dão as



suas opiniões, a mulher só é mais ou menos usada como um sinal para mostrar que, pelo menos, uma mulher é incluída no painel, apesar de as mulheres médicas estarem igualmente envolvidas na formação médica e nos problemas da profissão.

[3] A discussão real ocorre entre os homens, a mulher moderadora é ornamental, e apreciada e elogiada por causa de sua atração sexual. Ela ativamente conspira com isso, inflando os homens e ignorando o médica mulher embora ela não esteja consciente de que ela está fazendo isso. Ela foi treinada para fazer isso.

[4] Devido à socialização, muitas mulheres tem o hábito de primeiro permitir que os homens tomem a palavra e tendo uma tendência a negligenciar ou subestimar seu próprio sexo.

[5] A moderadora atua da mesma forma paternalista em que os homens tratam as mulheres: com condescendência, com simpatia, graciosamente, por que mulher não teria o direito de falar.

[6] A frase é para ser boa, mas mostra, no entanto, que algumas mulheres ainda acham surpreendente quando outras mulheres são boas no que fazem.

7. Caso de Erro Médico Obstétrico e seqüelas psiquiátricas

Objetivos

1. Explorar as expectativas das pacientes do sexo feminino quando selecionam médicas.
2. Mostrar como queixas físicas em mulheres são interpretadas como tendo uma base emocional ou psicológica.
3. Mostrar como a depressão pós-parto pode surgir tanto das expectativas da paciente, como da sociedade, sobre mães recentes.
4. Explorar as diferenças de gênero de processos por erro médico entre médicos e médicas.

Narrativa do caso

Brigitte é encaminhada para um psiquiatra forense para um exame psiquiátrico, como parte de um caso médico-legal contra sua ginecologista, Dra. Ahlgren. Ela acusa a Dra. Ahlgren de arruinar sua vida, devido à sua incontinência urinária e fecal relacionada a uma fístula retovaginal, resultante de rutura de quarto grau, não notada durante o parto de sua filha. Advogado da Dra. Ahlgren argumenta que Brigitte exagera a gravidade do seu problema, como consequência de uma grave depressão pós-parto, para a qual ela foi internada em um hospital psiquiátrico por duas semanas após o



parto.

Antes do seu parto, Brigitte era uma consultora financeira de 32 anos de idade em Bruxelas, casada, mas sem filhos. Ela insistia sempre em ter ginecologista do sexo feminino e frequentava Dra. Ahlgren para seus papanicolaus, falava de seus planos de engravidar.

Quando ela engravidou, Brigitte ficou desapontada com a Dra. Ahlgren por não alertá-la de que ela não aceitava pacientes para cuidados primários da gravidez. No entanto, Brigitte ficou feliz ao descobrir que Dra. Genest, sua sócia, de bom grado a aceitava. Certamente, Dra. Ahlgren não iria trabalhar com uma sócia que ela não recomendaria.

As consultas pré-natais foram sem intercorrências e Brigitte desenvolve um bom relacionamento com o Dra. Genest.

Quando Brigitte chega em trabalho de parto no hospital, ela se surpreende ao descobrir que ele não é a Dra. Genest que faria o seu parto, mas a médica de plantão, Dra. Ahlgren, auxiliada por uma parteira.

Trabalho progride bem e Brigitte está muito contente que não precisou de qualquer analgésico, como o seu plano de parto afirmava que ela queria fazer tudo naturalmente. No momento do parto, a Dra. Ahlgren anuncia que uma episiotomia é necessária. Após o parto, Dra. Ahlgren felicita Brigitte por parto modelo.

Durante a sua estada no hospital, Brigitte se surpreende quanto os seus pontos e sua hemorróidas a estão incomodando e requer analgesia freqüente. A equipe de enfermagem e médicos verifica os pontos e hemorróidas externas e fornecem analgesia tópica e oral.

Brigitte tem alta com conselhos referentes à contracepção e um lembrete para fazer consulta com a Dr. Genest em 6 semanas.

Brigitte não sabe lidar com esta criança que chora. Ela está supercansada, os mamilos estão rachados e doloridos, e ela se sente fracassada ter que completar com mamadeira. Ela chora muito. Ela desenvolve tal depressão pós-parto que é internada em um hospital psiquiátrico, sob os cuidados do Dr. Charboneau, um psiquiatra do sexo masculino. Ela tende a ser solitária, com a desculpa de estar com incontinência urinária e fecal. Seu desconforto físico é minimizado pelo médico e enfermagem, e ela é acusada de não colaborar com o tratamento.



As anotações do hospital feitas pelo psiquiatra, descrevem Brigitte como uma perfeccionista, que não pode se adaptar às exigências variadas de um bebê. Ela deseja ter o controle total sobre seu bebê e suas necessidades, mas é incapaz de exercer este controle, resultando em exaustão e depressão. Dr. Charboneau sente que ela se abalou pela perda de controle sobre sua agenda pessoal como resultado de demandas do bebê. Ela sente que a sua ligação com o bebê é incompleta e insuficiente. Ele deixa de fazer menção de sua incontinência urinária e fecal, apesar de anotações de enfermagem. Ele continua, dizendo que ele tem preocupações pela segurança do bebê, e que Brigitte deve permitir que sua sogra cuide do bebê nas semanas após a alta.

Enquanto na casa de sua sogra, Brigitte tem uma perda inesperada de fezes que a deixa em uma poça de fezes. A sua sogra chama Dra. Genest, que lhe diz para vir para o consultório. Exame pela Dra. Genest detecta a fístula reto-vaginal, secundária à rutura de quarto grau. Brigitte não consegue entender como seu parto perfeito poderia ter resultado neste problema e torna-se muito chorosa. Brigitte afirma que ela tem medo de perder o marido. Dra. Genest diz a ela para se controlar e não ceder à auto-piedade.

Dra. Genest consulta com o Dra. Ahlgren e elas enviam Brigitte para consultar um cirurgião geral, que recomenda uma colostomia temporária. Brigitte sente que todos os médicos estão conspirando contra ela e a culpam pela sua incontinência.

Durante o litígio, o relatório do cirurgião geral confirma a fístula reto-vaginal e ruptura do esfíncter anal. No entanto, advogados da Dra. Genest mantem que todo o "Barulho" é apenas parte de um problema psiquiátrico, a depressão pós-parto ou seja, como resultado de perfeccionismo de Brigitte e expectativas exageradas sobre a maternidade.

Notas do tutor / Pontos de Aprendizagem

1. A mulher muitas vezes escolhe uma ginecologista mulher, pensando que uma mulher será mais compreensiva do que um médico do sexo masculino. As pacientes muitas vezes se decepcionam e ficam surpresas quando isso não é sempre assim. Elas ficam ainda mais surpresas ao descobrir que mesmo nos médicos empáticos, isto não torna a relação médico-paciente em um relacionamento mais pessoal mulher para mulher.
2. Em uma mulher profissionalmente bem sucedida, os médicos tendem a atribuir queixas somáticas a insuficiente "feminilidade", por exemplo, dificuldades com a amamentação e insuficientes capacidades maternas.



3. Nas mulheres, problemas somáticos são muitas vezes demasiado facilmente interpretados como baseadas em motivos emocionais ou psicológicos.
4. A mulher muitas vezes se sente vulnerável e incompetente após o parto. Ela pode ter dificuldade de amamentar ou lidar com as demandas de um bebê. A falta de apoio em seu ambiente pode desencorajá-la e prejudicar sua auto-estima, que pode levar a depressão grave.
5. Por excesso de cansaço e responsabilidade enorme com a maternidade sem prévio treinamento, as mulheres no pós-parto podem converter os seus sintomas somáticos em posições psicológicas autoacusadoras contribuindo para a depressão pós-parto.
6. A família de uma jovem mãe, bem como seu médico, tendem a focar na situação psicológica, assim, interpretando mal e / ou ignorando problemas clínicos reais.
7. Por que algumas mulheres só querem os médicos do sexo feminino? Tem havido uma má experiência com os médicos do sexo masculino ou elas esperam de uma relação médico-paciente diferente do que conseguiriam com um médico do sexo masculino? São de uma religião fundamentalista que não permite que os homens as examinem? Elas foram abusadas sexualmente no passado?
8. Há uma boa literatura sobre os padrões de prática de médicos do sexo masculino e feminino.

Os pacientes percebem que receberam mais tempo e atenção por parte de médicas do que por parte de médicos, embora isso possa não ser verdadeiro. Há algo sobre a forma como as médicas ouvem os pacientes que lhes dá a sensação de ter recebido mais tempo? Algumas mulheres acreditam que, porque médicas tiveram experiências semelhantes vão entendê-las melhor.

9. Como as médicas versus médicos reagem quando percebem que a sua reputação profissional ou competência estão em jogo?

Na América do Norte, o litígio está sempre aumentando. Quando confrontado com a possibilidade de uma ação judicial, o estresse para o médico é extrema.

10. Caso de embolização dos miomas uterinos

Objetivos

1. Considerar como algumas culturas consideram os órgãos reprodutivos femininos sómente com vista à seu potencial de fertilidade.
2. Mostrar como terapias mais conservadoras não são consideradas quando o órgãos reprodutivos são considerados passada sua capacidade reprodutiva.
3. Mostrar que os médicos nem sempre estão interessados ou conscientes das novas tecnologias no atendimento ao paciente, quando estas novas tecnologias avançam numa área que eles sentem que é de pouca preocupação.



Narrativa do caso:

Ms. Chuapetchasoporon é uma mulher de 45 anos de idade, solteira, que trabalha como assistente de pesquisa na Universidade de Bangkok. Ela sofreu de menorragia nos 6 últimos meses. Como seu trabalho lhe proporcionou bom seguro médico, ela pôde escolher uma ginecologista em um dos hospitais privados. [1] Após o exame físico e ultra-som, o diagnóstico de vários miomas uterinos foi feita. A ginecologista recomendou uma histerectomia abdominal total e bilateral salpino-ooforectomia bilateral.

Ela disse a Sra. Chuapetchasoporon que ela pode se livrar de seu útero e ovários por ser uma mulher solteira, ela não precisaria desses órgãos para a reprodução e a menopausa estava muito perto. [2]

Quando ela chegou em casa, ela ligou para sua amiga que lhe disse que vinha lendo a respeito de embolização dos miomas, [3] este método não envolveria uma grande cirurgia. Ms. Chuapetchasoporon voltou para sua ginecologista para perguntar sobre esse tratamento, mas foi dito que era mais prático tirar o útero e ovários em sua faixa etária. [4]

Ela foi para uma outra opinião e esta segunda ginecologista a mandou para este procedimento de embolização. [5] Seu tratamento foi bem-sucedido, ela ainda tem seu útero e ovários e não necessita de terapia de reposição hormonal devido à menopausa cirúrgica súbita. [6]

Notas tutor / Pontos de Aprendizagem

[1] Finanças muitas vezes determinar o atendimento médico que o paciente recebe. Se esta paciente não tivesse um bom plano de seguro privado, ela teria sido vista na clínica pública.

Muitas vezes as mulheres têm empregos que são de tempo parcial ou menos bem pagos do que os dos homens, com menos benefícios de funcionários.

[2] É uma suposição comum de que o útero de uma mulher e os ovários são órgãos dispensáveis quando não vão ser mais utilizados para a reprodução. Se ela tivesse decidido, em embolização, não haveria necessidade de remover os ovários, o que teria causado uma menopausa prematura e repentina.

[3] As mulheres têm poder quando elas podem falar sobre assuntos particulares com os amigos e outras mulheres, muitas vezes aparecendo novas idéias e métodos de aplicação destas idéias.



[4] Há uma variedade de possíveis motivos de por que a cirurgia ainda incentivou a abordagem cirúrgica na segunda visita da Sra. Chuapetchasoporon, incluindo honorários mais elevados da cirurgia, falta de conhecimento ou habilidade em embolização de mioma uterino, ou resistência à mudança.

[5] É sabido que médicas e médicos praticam um estilo diferente da medicina. No entanto, como demonstrado neste caso, as médicas procedem sempre da mesma forma.

Isto pode ser muito confuso para as mulheres que esperam que médica esteja do seu lado.

[6] A discussão sobre o manejo da menopausa é de interesse, de como evento fisiológico normal é patologizado.

Há variedade de opiniões sobre os benefícios vs riscos de terapia de reposição hormonal, de cultura para cultura. No entanto, com uma menopausa súbita, como no caso de tirar os ovários, as ondas de calor podem ser graves.

Referencias:

A embolização de miomas uterinos começa agora a tornar-se um tratamento cada vez mais aceitável em especial nos EUA., 10.500 casos foram relatados por todo o mundo até meados de 2001. Muito poucas complicações têm sido relatadas (em torno de 1-3% e leves) Usando anestesia local, o radiologista insere um cateter através da pele na virilha para a artéria femoral comum, exatamente como em um procedimento de cateterismo. O cateter avança para artéria uterina, bloqueando a artéria com pequenos pedaços de material de bloqueio para cortar o fornecimento de sangue para os miomas, como resultado os miomas encolhem A paciente permanece no hospital por uma noite e deixa o hospital com uma cicatriz minúscula de meio centímetro na virilha, que não necessita de sutura.

www.scvir.org

A Web contém detalhes sobre como o procedimento é feito.



11. Caso da Residente de Medicina grávida

Objetivos

Questionar a maneira como as instituições médicas lidam com as médicas, especialmente residentes, em seus anos de reprodução.

Narrativa do Caso

Pin é uma médica de 25 anos de idade que acaba de terminar seu internato e está concorrendo para uma vaga na residência no programa de treinamento de radiologia. Ela e seu marido, que é um ocupado cirurgião, trabalhando em outro hospital, estão casados há um ano, e não querem esperar até Pin terminar residência para começar a sua família. [1]

Durante a entrevista para a sua vaga na residência, um dos entrevistadores perguntou sobre sua vida pessoal e ela lhe contou sobre a sua intenção de ter filhos. Outro entrevistador preveniu que a gravidez durante treinamento de radiologia pode ser um problema. Isso significaria evitar alguns procedimentos de radiologia que tinham um elevado risco de exposição à radiação, que eram parte do programa de residência. [2]

Pensando que eles tinham convencido Pin de que ela deveria esperar para ter filhos até depois da residência, os entrevistadores recomendaram sua aceitação no programa. Pin era uma residente maravilhosa e mostrou uma habilidade natural para a especialidade, mesmo que era considerada uma especialidade mais adequada para os médicos do sexo masculino. [3]

No final do primeiro ano de residência, ela ficou grávida e pediu ao departamento para lhe agendar fora das áreas de radiação de alto risco até depois de seu parto. Seus colegas de residência eram todos do sexo masculino, e estavam irados. Imagine um residente pedindo privilégios especiais, especialmente quando isso significava que teriam que fazer um trabalho extra como resultado! Sua gravidez era o seu problema particular e nada teria a ver com eles. [4]

Havia tanto mal estar que Pin se sentiu estressada demais e decidiu abandonar o programa de residência. [5]



Notas tutor / Pontos de Aprendizagem

[1] casamentos médicos têm seus próprios desafios, tais como, carreira de quem vai avançar com o sacrifício do outro. Quando as crianças chegam, quem vai fazer o maior sacrifício em termos de horas de trabalho, responsabilidades, etc

[2] No Canadá e Austrália, por exemplo, questões de natureza pessoal não são permitidos no processo de entrevista. Isto está incluído na legislação de direitos humanos ou proteção constitucional de outros países?

[3] No recrutamento médico, algumas especialidades são vistas como sendo mais adequadas para o sexo masculino.

A maioria das especialidades cirúrgicas se enquadram nesta categoria. Para ter sucesso nessas especialidades, médicas muitas vezes têm de ser "um dos meninos."

[4] Benefícios na gravidez, posições de residência compartilhados e licença de maternidade tem sido um dos temas focados por associações nacionais de mulheres médicas por muitos anos, com variável sucesso. Condições têm de ser procuradas para residentes grávidas, de modo que elas não se sintam culpadas em incomodar seus colegas residentes. Os demais residentes que se opõem para fazer o trabalho extra não são necessariamente do sexo masculino, mas podem ser do sexo feminino que não planejam ter filhos durante o treinamento de residência. Saúde e bem-estar de todos os cidadãos, incluindo mulheres grávidas, é uma responsabilidade e preocupação social e não uma questão pessoal.

[5] Há poucos mecanismos de apoio para as médicas grávidas, particularmente aquelas que estão em minoria em uma especialidade. O desenvolvimento destes suportes é um mandato informal de muitas das organizações nacionais de mulheres médicas.

Radiologistas mulheres e pessoal do sexo feminino em radiologia podem estar mais conscientes e ajudar a fortalecer um ao outro.

As organizações nacionais, como os radiologistas do sexo feminino nos EUA fizeram algo para promover esta causa?

Medicina em geral e programas de residência em particular, são organizados em um modelo masculino, que é desvantajoso para as mulheres e sua saúde. Isto é particularmente verdadeiro em relação à gravidez, parto e cuidados infantis. Esta é uma questão de política acadêmica.



12. Casos de Violência Doméstica

Objetivos

1. Considerar a interação de violência doméstica com os determinantes sociais da saúde.

Narrativa do caso

Resumo do caso:

Maria é uma mulher de 28 anos que sofreu abuso e negligência na infância e, em seguida, violência doméstica (DV) em sua vida adulta. Seu parceiro, Tom, é um homem de 37 anos que vem de uma formação semelhante. Ele nunca foi empregado e é cronicamente dependente de álcool.

Para rever a história de Maria, mãe de Maria era viciada em drogas e teve uma variedade de homens em sua vida, muitos dos quais abusaram de Maria. Sendo a filha mais velha, Maria assumiu a responsabilidade de alimentar os seus irmãos e mandar para a escola. [1]

Maria foi mal na escola e pelo tempo que ela estava no colegial se associou com um grupo de colegas que também não estavam indo bem na escola. Ela mesma estava usando drogas.

Aos 14 anos, ela foi morar com Tom, que tinha 23 anos, e mostrou-lhe uma atenção especial. [2]

Tom foi expulso de sua casa aos 14 anos por um pai abusivo e passou a maior parte de sua adolescência em centros de detenção, como resultado de pequenos delitos. [3]

A relação entre Maria e Tom desenvolveu um determinado padrão. Bebiam por dias seguidos, então eles brigavam, isso chegava a ponto de agressão física e verbal. [4] Maria muitas vezes apanhou muito de Tom e ficou com medo dele. Ele dizia a ela para "se mandar", mas a idéia de ficar sozinha assustava ainda mais.

Tom, então, pedia desculpas, eles faziam amor e Maria o perdoava, acreditando que as coisas melhorariam. [5]

Depois de vários abortos, Maria teve Katy, sua primeira filha. Tom foi violento com ela durante a gravidez e ela se assustou mais e se mudou para ficar com a mãe. [7] Maria estava muito deprimida após o nascimento. [8]



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

Ela se sentiu sozinha e abandonada. Ela voltou a Tom. Ela esperava "que as coisas iriam melhorar", agora que eles tiveram um filho, mas o alcool e a violência verbal continuaram. [9] Ela engravidou outra vez, logo depois de retornar ao Tom.

Maria estava agora tão deprimida que pensou em suicídio. Maria estava com medo de ir embora e sempre com medo de que Tom acabaria por matá-la ou os filhos ou a si mesmo ou a todos eles.

[10] Ela procurou muitos médicos pela sua depressão e lhe foram receitados numerosos antidepressivos, com pouca melhora. [11] Ela nunca disse a ninguém sobre os abusos a que ela sofria.

[12] Ela achava que merecia as surras, como Tom lhe dissera tantas vezes que ela não valia nada e que ninguém mais a queria, e ela agora acreditava nisso. [13]

Tom tinha bebido durante dias e não havia dinheiro na casa, Maria não sabia como iria alimentar os filhos ou pagar o aluguel. Houve ainda outra briga e Maria tentou trancar Tom fora da casa, mas ele bateu na porta e acordou o bairro. A criança mais velha acordou chorando e com medo que seu pai entrasse na casa.

Katy, em seguida, disse à mãe que Tom havia abusado sexualmente dela várias vezes.

Chocada com a confissão de Katy, Maria, em seguida, fez uma tentativa muito séria de se matar e matar seus dois filhos.

Maria foi acusada da tentativa de homicídio de seus filhos e eles foram removidos de seu cuidado e colocados com o Tom e a mãe dele.

Notas tutor / Pontos de Aprendizagem

[1] Crianças do sexo feminino, especialmente se tornam 'parentificados', assumindo o papel de "mãezinha" na família. Este padrão de cuidar dos outros - não importa quão disfuncional ou mesmo abusivos que sejam - torna-se enraizado e é repetido na vida adulta. Geralmente é reforçada por expectativas culturais de adequados comportamentos femininos.

[2] As adolescentes que foram abusadas e negligenciadas são facilmente atraídas para um homem que parece capaz de cuidar delas e oferecer proteção. Houve também o imperativo social de ela ser ligada a um homem - na maioria das culturas que isto é necessário para fornecer a mulher status e 'proteção'. Em



algumas culturas, uma mulher não tem opção social e / ou econômica, senão permanecer com seu parceiro.

[3] A maioria dos jovens com esse perfil estão fugindo de famílias pobres e / ou negligentes e / ou abusivas. O seu tempo gasto em centros de detenção os estigmatiza tanto para que eles sejam menos capazes de garantir o emprego e isso muitas vezes reforça um estilo de vida criminoso. Da mesma forma, homens como Tom estão repetindo o comportamento do que tem sido a sua própria experiência de vida familiar. Eles são impulsivos e agressivos - eles têm frágil senso de autoestima e valores culturais de masculinidade podem ditar que eles não reconheçam essa fragilidade, mas sim que eles expressem comportamentos agressivos e desafiadores.

[4] Este é um padrão típico em VD (violência doméstica): álcool e / ou abuso de drogas leva à briga e, em seguida, reconciliação. Muitas vezes o homem se sente tomado de remorso depois de bater na mulher e há pedidos de perdão, promessas de mudar, sexo e em seguida, ciclos posteriores.

O agressor geralmente é muito carinhoso e arrependido depois de uma violenta explosão e isso intensifica o apego do parceiro para ele. Em muitas culturas, uma mulher tinha pouca opção a não ser suportar a situação, já que deixar o homem pode torná-la mais estigmatizadas ou vulneráveis ou ela pode não ter nenhum apoio econômico sem ele.

[5] Sua infância de negligência e abuso significava que Maria era incapaz de desenvolver um senso suficiente de mérito ou o direito a ser tratada de maneira melhor. Em algumas culturas isso é agravado pelos costumes sociais, que marginalizam as mulheres como Maria.

Tipicamente, ela permaneceu na relação apesar de violência repetida, em parte porque seus mecanismos de auto-proteção foram prejudicados por traumas e, em parte porque qualquer amor e carinho que Tom ofereceu-lhe entre os episódios de violência simplesmente reforçaram sua ligação com ele e na esperança de que as coisas fossem melhorar.

[6] Com pouca educação sexual ela era vulnerável à gravidez e doenças sexualmente transmissíveis.

O uso de drogas EV causa a vulnerabilidade a vírus transmitidos pelo sangue. Sua mãe não teve tempo para falar-lhe sobre sexo seguro.

[7] Violência doméstica aumenta durante a gravidez e é a causa mais comum de lesões em mulheres grávidas. Homens como Tom muitas vezes se sentem



ameaçados pela perspectiva de ter um filho - economicamente eles têm pouco a oferecer e emocionalmente isso significa mais uma pessoa para ser cuidada. Isso intensifica os sentimentos do homem de inutilidade e ele se defende contra isso ficando mais irritado e violento.

[8] Maria teve dois filhos em rápida sucessão e ficou severamente deprimida após ambos os nascimentos. Depressão pós-parto é comum em mulheres em situações de abuso e / ou privação. Houve insuficiente acompanhamento, apesar do fato de que ela estava claramente em alto risco.

[9] Este é um padrão típico de esperar que uma criança iria mudá-lo e não reconhecendo que pode, de fato, piorar a situação. Com uma história de gravidez na adolescência com história adicional de abuso e violência doméstica, Maria precisava de acompanhamento mais intenso da clínica (por exemplo, visitas domiciliares).

[10] Esta situação envolve o aprisionamento psicológico e às vezes é referido como uma situação de refém (Herman, 1991). É comum em situações de violência doméstica onde as mulheres vítimas de abuso geralmente se sentem impotentes e incapazes de deixar a situação e, muitas vezes eles temem por suas vidas ou temem pelo bem-estar de seus filhos se elas tentam sair. Essa percepção é bastante precisa - as estatísticas de homicídio mostram que as mulheres são mais susceptíveis de serem mortas pelos seus parceiros quando elas tentam deixar o relacionamento. Conceito de Walker da síndrome das mulheres violentadas é semelhante - o problema do aprisionamento da mulher agredida é descrito, como um dos "desamparo aprendido", ou seja, que a vítima descobre que resistir é inútil, porque ela só leva a mais abusos. Este fato leva a sentimentos de desamparo e capitulação ao agressor.

Estas descrições (ambos Walker e Herman) são psicológicas, que assumem que a mulher tem uma escolha, socialmente e economicamente. No caso de Maria isto se aplica, porque ela vive em uma cultura onde ela tem apoio social e econômico para deixar o relacionamento.

No entanto, em muitos outros contextos culturais uma mulher não tem outra alternativa social ou econômica e aí, análises psicológicas são menos importantes e as causas mais fortes do aprisionamento da mulher são de ordem social e / ou econômica.

[11] Medicação prescrita é improvável que ajude enquanto a situação permanece inalterada.

Prescreve-se mais medicamentos psicotrópicos para mulheres do que para



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

homens - muitas vezes sem atenção para o problema subjacente - isto é especialmente verdadeiro em violência doméstica.

[12] Há um padrão de consultar médicos, mas não revelar. Médicos de atenção primária precisam estar alertas para VD como um desencadeante comum de depressão. É uma das mais comuns razões para lesão aparentemente acidental no sexo feminino e apresentação em Pronto Socorros.

[13] O abuso verbal e ataque à sua auto-imagem levando, normalmente, a falsas crenças, ou seja, “eu sou o que ele diz que eu sou”. Para muitas mulheres, pode ser verdade que ninguém mais vai as querer em muitos grupos culturais, uma mulher como Maria, com criança e vista como tendo "abandonado" seu marido, será excluída.

13. Caso das preocupações sexuais

Objetivos do Caso

1. Para ilustrar problemas sexuais e como eles se relacionam com os papéis de gênero.
2. Para ilustrar como a educação sexual pobre ou ausente, atitudes e valores repressivos, podem afetar a satisfação sexual futura.

Narrativa do caso

Um homem de 48 anos de idade, casado há 20 anos, aguarda agora a conclusão de um divórcio, após uma separação de três anos. Ele está atualmente prestes a se casar novamente, e pediu para seu médico encaminhá-lo a um terapeuta sexual.

Ao longo de sua vida de casado ele teve controle ejaculatório pobre (ejaculação precoce), durando de 30 a 90 segundos após o início da penetração vaginal. Ele nunca ofereceu, nem a sua ex-mulher solicitou, que estimulasse seus genitais para ajudá-la a alcançar orgasmo. Ela nunca indicou qualquer decepção ou frustração com ele em relação à sua relação sexual.

Ele tem formação universitária, e teve uma carreira muito bem sucedida no setor bancário e de investimento. Ele não recebeu educação sexual de sua família ou na escola. Como foi um adolescente relativamente tímido, nunca discutiu o sexo com seus pares, e teve apenas duas breves relações sexuais, com



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

o mesmo resultado que no seu casamento. Sua esposa vinha de uma família muito religiosa em que o sexo nunca foi discutido em casa com ela ou seus irmãos. Na época do casamento ela era virgem. Por sua descrição, ela estava esperando que ele lhe ensinasse o que ela precisava saber sobre sexo, supondo que como um homem ele teria conhecimento sobre estas coisas. Ao longo de seu casamento ela foi uma parceira passiva, sempre esperando por ele para iniciar a atividade sexual.

Durante alguns encontros sexuais com sua noiva atual, ele novamente ejaculou muito rapidamente durante a relação sexual. Agora, no entanto sua nova parceira indicou sua decepção, e sugeriu que ele procure ajuda. Pela primeira vez em sua vida adulta, ele estava questionando sua adequação e conhecimento como um parceiro sexual.

No final da sua primeira sessão com o terapeuta sexual, o paciente admitiu que já tinha aprendido informação sexual mais útil do que em toda a sua vida anterior, e solicitou o nome de um livro apropriado para melhorar o seu conhecimento e compreensão.

Notas do tutor / Pontos de Aprendizagem

[1] Quais são algumas das crenças sexuais imprecisas (mitos), que homens e mulheres aceitam como resultado de sua socialização (papéis de gênero com relação ao comportamento sexual), que limitam o seu conhecimento e prática sexual? Desde a infância, este é o que muitos mulheres e homens aprendem com os meios de comunicação, com seus pares, seus professores, sua religião, e às vezes de seus pais.

Para Homens:

- Que o sexo é principalmente uma "coisa do sexo masculino"
- Que os homens precisam mais de sexo do que as mulheres
- Que o homem sabe tudo, e particularmente o que precisa ser feito
- Que o homem deve tomar a responsabilidade para as necessidades de sua parceira

(Neste caso, ele estava totalmente inconsciente de que ela tinha alguma necessidade sexual).

Para Mulheres:



- Que ele vai lhe ensinar tudo o que ela precisa saber sobre sexo (Onde ele deveria aprender isto?)
- Que a mulher deve ser uma parceira passiva
- Que não importa se ela fique sexualmente satisfeita desde que o parceiro esteja satisfeito

[2] A aceitação dessas crenças por parte das mulheres, leva-as a negar que elas têm a mesma necessidade, capacidade, e direito para a satisfação sexual como seus parceiros . Só quando ela parar de negar que sua satisfação é uma prioridade é que ela será capaz de:

- 1- Saber mais sobre suas respostas sexuais
- 2- compartilhar suas necessidades sexuais e sentimentos com seu parceiro, incluindo decepções e frustrações.
- 3- Não considerar "degradante" mostrar ou dizer-lhe como ela gostaria que ele fizesse amor com ela para sua satisfação máxima.
- 4- Insistir na busca de informações precisas sobre o sexo.

14. Caso de Cirurgia Pediátrica

Objetivos

1. Aumentar a conscientização do papel de gênero importa no momento da apresentação da doença.
2. Aumentar a consciência da forma como as questões de gênero afetam o diagnóstico, tanto na apresentação do paciente como na reação do médico.
3. Aumentar o conhecimento sobre como implementar a consciência de gênero na área da saúde.

Narrativa do caso

Abena A. é uma criança de 2 meses de idade, do sexo feminino que apresenta para a clínica um déficit de crescimento e um grande inchaço no abdome. Ela tem tido mal-estar, com dor abdominal e vômitos que ocasionalmente vem com biliar. Seus pais não estavam preocupados demais com sua condição, porque sua mãe também vomitou frequentemente durante gravidez. [1] Esta condição na mãe, no entanto cedeu. Além disso, seu irmão mais velho Kwasi de 4 anos tem um testículo que não desceu e dinheiro tem que ser economizado para sua cirurgia que seria em poucos meses [2].



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

Seu pai, Egya Kodjo, está convencido de que a mãe de Abena, Yaa Obiniba, está apenas fazendo um estardalhaço sobre sua filha que, afinal, acabará por levar a sua riqueza e a saúde para a família do marido. [3] Todo o dinheiro deve ser guardado para o seu filho que é seu futuro. [4]

Esta manhã há um grande inchaço no abdômen de Abena, que se move de uma posição para outra.

Egya Kodjo manda sua esposa levar Abena para o hospital [5]. Ele adverte para ela não gastar muito com a menina.

Vivendo no campo, Yaa se levanta muito cedo para pegar o primeiro ônibus para a cidade. Depois de duas horas no ônibus, eles estão cansados quando chegam à sala de espera cheia do ambulatório.

No hospital, Abena é examinada por um médico jovem, cujo diagnóstico inicial é a de gastroenterite. Depois de verificar se Yaa tem dinheiro suficiente para pagar, um exame de sangue é solicitado e feito e Yaa é aconselhada a dar para Abena bastante solução salina de reidratação oral.

Mãe de Abena faz isso, mas continua a piorar à medida que ela continua a vomitar [6].

Em sua terceira visita diária ao hospital, ela é examinada pelo residente que começa a suspeitar de diagnóstico errado e pede uma ultra-som para ajudar a diagnosticar estenose hipertrófica congênita do piloro, que é muitas vezes descrita como uma doença de crianças do sexo masculino, frequentemente em primogênitos do sexo masculino. [7]

O diagnóstico é confirmado e o tratamento é iniciado. Abena se recupera completamente e tem alta.

Notas do tutor / Pontos de Aprendizagem

[1]. Alguns sintomas como vômitos são considerados "normais" para as mulheres. Como resultado, sua presença pode indicar doença significativa, mas os riscos não estão sendo levadas a sério.

[2]. A criança do sexo feminino, muitas vezes recebe menos atenção do que seu irmão do sexo masculino entre classes sócio-econômicas mais baixas na maioria dos países em desenvolvimento. Queixas de meninos são consideradas mais importantes e com as quais vale à pena gastar dinheiro do que queixas de meninas.

[3]. Como a menina se torna propriedade da família do marido, se acredita- que



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

ela leva riqueza e propriedade para a família do marido ao casar, assim privando a sua própria família, mas traz doença e miséria se não casar ou se divorciar.

[4]. Muitas vezes, é verdade que o dinheiro é mais facilmente gasto com menino que menina, não só para a saúde, mas para muitos aspectos da vida. Os meninos são mais valorizados do que as meninas.

[5]. A maioria das mulheres de região rural ou pobres ou estão acostumadas a não tomar decisões independentes, mas a esperar por seus maridos. Se ela é mandada ir para o hospital, ela vai, como ele vai dar-lhe dinheiro também, mas com uma advertência quanto ao montante que pode gastar.

[6]. O exame inicial pelo médico júnior é superficial como ele deixa de levar em conta as dimensões de vômitos no período neonatal. Ele conscientemente considera a doença de uma criança do sexo feminino com menos seriedade do que a de um menino. O diagnóstico é falho.

[7]. Estenose pilórica hipertrófica congênita muitas vezes não é diagnosticada em meninas, porque é descrita como ocorrendo em primogênitos do sexo masculino. O médico/a precisa lembrar sempre de que a proporção masculina / feminina de patologias é apenas um guia e que patologias atravessam sexo, embora a sua apresentação e conduta possam ser afetadas pelo gênero.

Estratégias comunitárias

Educação tem que ser intensificada para mudar socio culturalização negativa sobre criança do sexo feminino.

O valor das crianças do sexo feminino deve ser elevado e equiparado ao das crianças do sexo masculino usando múltiplos exemplos de papel modelo que cada comunidade tem, por exemplo, mulheres advogadas, professoras, médicas, pintoras, mecânicas, motoristas, etc

15. Caso de uma mulher de 37 anos com seios pequenos

Objetivos:

1. Sensibilidade para as consequências para a saúde de estereótipos do papel sexual, particularmente com respeito à imagem corporal.



2. Validação de que a gestão não-cirúrgica de questões decorrentes da baixa auto-estima são adequadas e sensíveis ao gênero

Narrativa do Caso

Jane é uma mulher de 37 anos de idade, que procura um cirurgião plástico porque tem seios pequenos.

Jane é a mãe, recém-separada, de duas crianças em idade escolar a quem ela amamentou quando eram bebês. Seu marido fugiu com uma mulher mais jovem. Jane, que está bem vestida, trabalha na sessão de perfumes em uma loja de departamento. Ela tem 168 cm de altura e pesa 50 kg., assim, ela está abaixo do peso. Jane fuma 15 cigarros por dia. Ela veste um sutiã com enchimento e seus seios são caídos. Ela pede implantes mamários.

Quando se examina os seios, se percebe que existe realmente algum tecido glandular, mas devido à flacidez da pele as mamas parecem "vazias". Percebe-se que seus seios se parecem com o seio de muitas outras mulheres que tiveram filhos e que não são mais jovens.

Ela tem seios normais, mas envelhecidos.

Isso é dito a ela. Ela começa a chorar. Jane diz que ela não se atreve a encontrar um novo homem e ter uma relação íntima, a menos que ela tenha a cirurgia de mama. Ela se recusaria a tirar o sutiã. [1] Você diz a ela que a cirurgia plástica pode oferecer-lhe tanto mastoplastia como implantes mamários.

Se conversar mais com Jane ainda, ela lhe conta que ela foi a irmã do meio, em uma família com quatro filhos. Ela cresceu sem os pais tomarem muito conhecimento dela e seus dois irmãos e uma irmã foram sempre mais exigentes. Seus pais não tinham a força para apoiá-la psicologicamente, o seu pai ficava afastado por longos períodos viajando. A mãe estava cronicamente deprimida. [2]

Voltando para o problema de Jane, o que deve fazer um cirurgião plástico? [3]

A paciente realiza com uma mastoplastia, pois ela tem seios claramente caídos. Foi explicado que os implantes mamários correm o risco de contração capsular, deixando os seios mais firmes. [4]

Notas do tutor / Pontos de aprendizagem:

[1] Passar por uma separação, principalmente do jeito que aconteceu com Jane, é um duro golpe a sua auto-estima. Com um baixo nível de auto assertividade,



tende se a ampliar as pequenas deformidades que se tem. Se é uma pessoa ambiciosa e crítica com fortes exigências sobre si mesma, quer ter uma aparência externa perfeita.

A imagem corporal é influenciada pela socialização e pelos meios de comunicação e é especialmente ligado em se ter seios grandes. A moda é para as mulheres serem magras, fazer muito exercício físico e isso muitas vezes significa que perdem uma grande quantidade de tecido mamário. Com respeito à imagem do corpo, a maioria das mulheres está consciente do tamanho do corpo e dieta muito antes da puberdade, desde os 5 anos de idade.

A figura da boneca Barbie é aquela a qual as jovens são expostas desde muito cedo e Barbie tem claramente anorexia. Observe que os bonecos masculinos de ação que estão disponíveis para os meninos são realmente grandes e musculosos. Ambos as meninas e meninos aprendem a partir de uma idade muito jovem que vão ser julgados por sua aparência, mas a ênfase para as meninas é ser magra, com seios grandes.

[2] Há estudos psicológicos mostrando que entre as mulheres que procuram cirurgias plásticas para o aumento do seio há uma super-representação de mulheres com baixa auto-estima que cresceram em lares inseguros com pouco amor e apoio de suas famílias (Meyer e Ringberg 1987). Aqui o apoio dos pais parece ser especialmente importante. Mulheres que tiveram pais fortes e apoiadores estão super-representadas entre aquelas que são bem sucedidas em suas carreiras profissionais.

[3] A primeira coisa é incentivá-la a parar de fumar e ganhar algum peso, pois isso também faz com que os seios fiquem mais cheios. Além disso, verificar se ela é realmente anoréxica, pois o IMC é 17 que é próximo de anorexia. As mulheres com anorexia muitas vezes não vão admitir isso. O próximo passo é incentivá-la a consultar um psicoterapeuta que esteja ciente das questões de gênero. Este terapeuta pode ajudar a Jane a perceber que ela tem mais valor do que apenas um par de seios que os homens acham atraentes.

[4] Pode-se argumentar que, se você operar pessoas com deformidades objetivas, dando lhes uma aparência mais normal, que esta é geralmente uma boa ajuda para o paciente (ele/ela) ter mais auto confiança.

O tamanho do seio é uma deformidade objetiva? No entanto, se esta mulher tem anorexia, é improvável que alguma coisa vai fazê-la sentir-se feliz com sua aparência. Nesse caso, pode ser importante consultar um psiquiatra ou um psicólogo com especialização em transtornos alimentares.



16. Caso de HIV / AIDS

CASO A

Objetivos

1. Fornecer evidências claras, imediatas e relevantes da importância do gênero na conduta de uma condição de risco de vida.
 2. Fornecer um quadro estruturado, e com recursos para ensinar e aprender sobre gênero e saúde.
 3. Identificar os pontos de intersecção entre gênero e saúde na presença de uma mulher HIV positivo como um paciente.
 4. Descrever o impacto do status das mulheres em vulnerabilidade, progressão e conduta na infecção pelo HIV em um país em desenvolvimento.
 5. Descrever três pontos-chave na interação entre a cultura e a experiência da doença.
 6. Considerar a prestação de cuidados clínicos sensíveis ao gênero para uma paciente com HIV/AIDS
 7. Estudar a forma de desenvolver uma política pública na gestão do HIV, que reflita as necessidades das mulheres e dos homens.
 8. Considerar que investigação científica e conduta clínica cega para o gênero seria benéfica na prestação de cuidados médicos para pacientes HIV positivos.
- Narrativa do Caso

Nonhlanhla com 21 anos e mãe de duas crianças de quatro anos e oito meses, ela vive nos arredores de Mt Frere, Eastern Cape, África do Sul, com a mãe e avós de seu marido em uma cabana de barro. Ela não tem uma renda regular. Seu marido envia para a mãe R 500 (44 dólares) por mês e os avós tem aposentadoria de R460 por mês. Nonhlanhla tem de pedir a sua sogra, dinheiro para suas necessidades. [1] Ela tem uma educação de grau 4 e nunca teve emprego. Sua mãe trabalha como empregada doméstica na Cidade do Cabo, seu pai morreu quando ela tinha 10 anos. Sua família tem uma casa em aldeia vizinha, onde 3 de seus 5 irmãos vivem, e não têm emprego. A família está ciente de que existe uma doença que resultou num aumento de pessoas que vêm para casa, das áreas urbanas, doentes.

Eles ouviram falar de HIV, mas nunca entenderam como alguém fica com AIDS. As pessoas pensam que o HIV se propaga com TB. Localmente, há também um aumento no número de órfãos na vila e algumas casas não têm um membro adulto na família.

São as mulheres da casa que cuidam da pessoa doente.



Sua primeira experiência sexual foi quando ela tinha 15 anos. Ela foi levada para os campos por um tio de 40 anos e forçada a ter relações sexuais com ele. [2] Ele tinha recentemente voltado para casa da cidade depois de ser diagnosticada como tendo AIDS e tinha ouvido dizer que pode curar a AIDS se tiver relações sexuais com uma virgem. Ele a alertou que se ela contasse à família sobre suas ações, ele diria que ela encorajou-o e ela seria severamente punida, e ela sabia que isso era verdade. Logo após esse incidente, ela conheceu Sandile e desde então não teve relações sexuais com qualquer outro homem senão ele. Como ele pagou um preço de noiva por ela, ele a considera sua propriedade e que ela deve cuidar de seus filhos e estar disponível para ter sexo quando ele quiser e ser fiel a ele.

Como não havia nenhum trabalho em Mt Frere (taxa de desemprego é de 70% e a maior taxa é entre as mulheres), seu marido, Sandile, foi encontrar trabalho na Cidade do Cabo. [3]

Ele mora em um barraco de um cômodo no assentamento informal Joe Slovo em Langa (município preto em Cape Town).

Ele não tem namorada na cidade, como alguns de seus amigos, mas faz sexo com vários profissionais do sexo quando se sente a necessidade. Estas trabalhadoras do sexo moram perto e ganham a vida com os trabalhadores migrantes. Elas têm pouca escolha para trabalhar, pois há uma elevada taxa de desemprego entre as mulheres, as horas flexíveis do trabalho se adaptam às suas outras tarefas de cuidar de seus filhos e a remuneração é melhor do que a de uma empregada doméstica. Eles ouviram falar da doença AIDS e que devem usar preservativos para evitar.

Elas receberam preservativos de uma ONG local. Homens preferem sexo sem preservativo (Eles dizem que fazer sexo com preservativo é como comer doces com o papel) e oferecem pagar mais por relações sexuais sem preservativo. As trabalhadoras do sexo tentam usar o preservativo feminino, mas os homens se queixam de que faz barulho e é muito oleoso. Elas conseguem usá-lo apenas quando o homem estava bêbado demais para perceber. [4]

Sandile consegue ir para casa duas vezes por ano. Quando em casa, ele tem sexo regularmente com Nonhlanhla. Ele não iria considerar o uso de um preservativo. Eles praticam sexo seco para aumentar seu prazer. [5] Ela reúne folhas especiais que ela usa para secar a vagina. Ele acredita que, se ela estiver molhada, ela foi infiel a ele. Nonhlanhla obedece, pois ela teme abuso mental e / ou abuso físico dele se ela não agradá-lo ou se ele acha que ela foi infiel. Ela



seria expulsa da vila.

Durante este tempo, Nonhlanhla tem duas crianças. Ela percebe que o filho mais novo, oito meses-de idade, Bonggi, tem diarreia freqüente e não ganha peso como sua criança anterior.

Ela ainda está amamentando e vai continuar como ela fez com seu primeiro filho, até que Bonggi tenha cerca de 2 anos de idade. Os avós insistem para que ela visite um inyanga, que dá a Bonggi um enema. Ele não melhora, e ela decide viajar para encontrar marido na Cidade do Cabo e procurar tratamento na clínica Langa. Antes que ela possa fazer isso, ela deve ter permissão de seu sogro, que é o patriarca da família. [6]

Sandile tem o prazer de vê-la, mas está preocupado com a saúde do bebê e no dia seguinte no caminho para o trabalho a leva para a clínica de cuidados primários (que fornece um serviço gratuito). Bonggi é pesado e considerado abaixo do peso para uma criança de sua idade. Nonhlanhla sente-se culpada e responsável pela doença do seu bebê. Ela acha que pode ter desagradado seus antepassados e é por isso que o bebê está doente. Mães são responsáveis pela saúde de seus filhos e ter um bebê gordo e grande significa que ela é um sucesso. Como a mãe desta criança doente e abaixo do peso ela sente que é um fracasso como mulher e arrisca a ira de sua sogra. [7]

A médica suspeita que Bonggi pode ser HIV positivo e aconselha Nonhlanhla, fornecendo informações e corrigindo sua desinformação. Com tanta informação nova, Nonhlanhla acha demais e bastante confuso, mas concorda em fazer um teste de HIV, porque parece que a médica quer que ela faça antes que possa curar Bonggi.

Quando Nonhlanhla conta a Sandile, ele diz que o HIV é uma doença da mulher. Sandile está com raiva e abusivo e acusa-a de infidelidade e ser a causa da doença de seu filho a manda embora. [8]

Notas tutor / Pontos de Aprendizagem

Caso A

[1] Nonhlanhla é destituída do poder, sendo economicamente dependente de seu marido e de sua família e é isolada de sua própria família. Ela não tem autoridade para tomada de decisão, mas deve agradar aqueles que têm essa autoridade.

[2] Devido à falta de educação, existem muitos mitos em relação ao HIV, como



ela é espalhada e como é curada.

[3] A economia de trabalhar longe de casa têm riscos para a saúde física e emocional.

O mito de que os homens devem ter relações sexuais para satisfazer seus impulsos levam a a aceitação a namorada da cidade ou o uso de profissionais do sexo.

[4] Apesar do conhecimento de usar ou preservativo masculino ou feminino para se proteger de infecções sexualmente transmissíveis, as profissionais do sexo são freqüentemente impotentes para impor a seu uso.

[5] A prática de sexo seco e a sua ligação ao prazer e fidelidade é outro mito e devido ao machucado ocorrido durante o sexo seco, aumenta a probabilidade de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis à mulher.

[6] Embora Nonhlanhla deseja levar seu filho para ver o médico na cidade, ela não tem poder para isso, sem a permissão do sogro, que chefia a família.

[7] A mulher não é valorizada por si mesma, mas sim por seu papel na reprodução e educação dos filhos. Isso traz um problema do lado de infertilidade, onde uma mulher torna-se sem valor se ela não pode gerar filhos.

[8] Embora ela tenha sido aconselhada, a informação é esmagadora. O conhecimento que Nonhlanhla é HIV positiva resultou em o marido a culpar e mandá-la embora. A crise de saúde pública está em educar as pessoas sobre a transmissão de HIV, como praticar sexo seguro, para se manter HIV negativo ou para evitar disseminar ainda mais se HIV positivo, quais são suas opções para a gravidez, como se cuidar quando são HIV positivos.

Informações gerais

As questões de gênero incluídos no caso:

O impacto da pobreza das mulheres na vulnerabilidade à doença e ao acesso aos cuidados de saúde.

Baixa escolaridade das mulheres e seu impacto na saúde

Impacto da falta de acesso à informação em saúde correta de homens e mulheres.

Consequências para a saúde de elevadas taxas de desemprego e oportunidades de emprego limitadas para homens rurais

O impacto na saúde da subordinação das mulheres e subsequente falta de integridade física.

O impacto sobre a saúde das mulheres de uma cultura de dominação masculina.

O efeito da dominação masculina nas relações sexuais na capacidade de uma mulher em proteger sua saúde



- . O uso do preservativo
- . Preservativo feminino dá às mulheres o controle, mas muitas vezes ainda é rejeitado.
- . Sistema de apoio às famílias pobres
- . Vulnerabilidade biológica agravada por sexo seco
- . Sexo negociado para a sobrevivência

Gravidez e riscos da amamentação Uma doença de mulher
Consequências para a saúde de homens que estão sendo forçados a procurar trabalho fora do seu lugar de origem
Envolvendo os homens na solução
HIV / AIDS

1. FATORES DE RISCO E EXPOSIÇÕES

- .. Número de parceiros sexuais ao longo da vida:
Pessoas que se reportam mais de quatro parceiros sexuais na vida estão em maior risco do que aqueles que relatam menos de quatro (Malamba, Wagner et al. 1994).
- .. História de doença ulcerativa genital:
Cancróide e herpes zoster, particularmente herpes são muito prevalentes nesta comunidade (Malamba, Wagner et al. 1994). 85% das mulheres jovens com idades entre 20-25 anos tiveram um caso de outras doenças sexualmente transmissíveis HSV2 que é o dobro que dos homens da mesma idade (Wagner, Van Dyck et al. 1994).
- .. Doenças sexualmente transmitidas tratáveis incluem clamídia, gonorréia e sífilis, que são comuns nesta população (Whitworth 1997)
- .. Quase 70% das mulheres adultas nesta área têm um corrimento vaginal patológico, no entanto, apenas 5% percebem que têm um problema, muitas delas esperam até seis semanas antes de procurar tratamento (Whitworth, 1997).
- .. Homens não circuncidados têm um risco aumentado de transmissão do HIV (Bongaarts, Rédeas et al. 1989)
- .. A pobreza está associada com maior risco de HIV:

Muito provavelmente por causa de estratégias de sobrevivência econômica usadas por pessoas mais pobres incluem sexo.

- .. Sexo com parceiro mais velho:
Ambos os meninos e meninas relatam pressão de pessoas mais velhas do que eles para o sexo. “Papais de açúcar” seduzindo mulheres jovens com presentes



e dinheiro têm sido amplamente relatados.

.. Bebedores regulares são mais propensos a tornarem-se HIV + do que os não bebedores, provavelmente, por causa do ambiente em que o álcool é vendido (MRC 1999).

2. RESPOSTAS SOCIAIS E CULTURAIS PARA A DOENÇA

.. Em uma área onde muitas pessoas são católicos, resistência ao uso do preservativo como uma prática sexual mais segura, é forte.

.. Em Uganda, as mulheres deverão ter apenas seus maridos como parceiros sexuais enquanto que dos homens se espera que tenham casos fora dos seus casamentos.

Esta expectativa os coloca e as suas famílias em situação de risco. As mulheres são dez vezes mais propensas a tornarem-se HIV positivas com um parceiro HIV + do sexo masculino do que os homens com parceira HIV +. Os homens tem duas vezes mais chances de trazer o HIV para um casamento do que as mulheres são. No entanto, devido à seu baixo status social, muitas mulheres ainda são acusadas de trazer a doença para suas famílias. Os homens são só recentemente estão começando a entender que seu comportamento contribuiu consideravelmente para a disseminação da doença.

..Inicialmente ugandenses foram fatalista sobre a possibilidade de morrer da doença e racionalizaram os seus comportamentos de risco como de baixo risco, mas desde meados de 1990 é quando comunidades inteiras foram devastadas pela doença, a realidade se impôs. A experiência de viver com uma doença por 20 anos tem feito as pessoas muito conscientes, e que alteraram o seu comportamento em certa medida

3 - A EPIDEMIA NA ÁFRICA do SUL

Dados no Manul da MWIA no site da MWIA

Objetivos – Caso B

Mostrar a interação entre gênero e AIDS no mundo desenvolvido

Don é um hemofílico de 38 anos, casado com dois filhos de 12 e 14 anos de idade, morando em Nova York e que perdeu seu emprego como analista de sistemas de informática numa empresa de alta tecnologia.

Logo depois de perder o emprego, seu amigo dos tempos de colégio, Gary, pecebeu o stress de Don, assim saiu com ele para uma noitada na cidade [1].

Beberam muito e Don lembra de Gary o convencer a experimentar um pouco de



heroína para se sentir melhor. [2] Don acordou em um hotel barato com uma prostituta. [3] Don manteve secreta a atividade desta noite e decidiu deixar Gary no passado. Don achou outro emprego e sua vida prosseguiu normal. Sendo esportivo, ele necessitava periodicamente do Fator VIII para pequenos episódios de sangramento. Ele estava satisfeito que agora o fator VIII para sua hemofilia era sintético e não derivado de sangue, pois sempre se preocupou sobre a possibilidade de HIV quando recebia fator VIII derivado de sangue apesar do rigoroso controle das autoridades.

Sua esposa, Linda, de 36 anos não estava bem há seis meses com uma infecção após outra, quando ela contou ao médico a sua história e seu casamento com Don que sofria de hemofilia, o seu médico sugeriu um teste de HIV.

Quando Linda chegou em casa, desesperada que ela estava HIV positiva, Don imediatamente telefonou ao seu advogado para ver como entrar com uma ação contra as autoridades por testar erradamente o sangue usado para produzir o fator VIII.

Notas do Tutor / Pontos de Aprendizagem

[1] Decisões econômicas nos últimos anos resultaram em perda de renda para muitas famílias. O homem se vê tipicamente como o ganha pão da família e quando desempregado, o stress mental pode resultar em uma variedade de condições psiquiátricas pela baixa auto estima desde depressão á idéias suicidas.

[2] Na América do Norte, beber se tornou um frequente aliviador de stress, e é socialmente aceito. O que se tornou cada vez mais aceito socialmente, apesar de legalmente proibido é o uso de cocaína e heroína entre a classe média. Apesar do conhecimento da transmissão de HIV, ainda é comum a prática de compartilhar agulhas.

[3] Apesar da população norte americana estar bem educada na prática de sexo seguro, existe complacência de que com medicamentos disponíveis para tratamento, HIV não é mais a temível doença que era. Apesar de nada estar tão longe da realidade, trabalhadoras sexuais e homossexuais são relaxados no uso de preservativos.

[4] Apesar da família imediatamente culpar os hemoderivados, o uso da droga EV e a noite com a prostituta também possivelmente podem ser a fonte da infecção. Linda ignora a heroína EV e a prostituta, até que a longa investigação através dos serviços de hemoderivados confirma que Don nunca recebeu sangue contaminado.



17. Caso de infertilidade primária com fator masculino

Objetivos

1. Mostrar que ainda se acredita que a infertilidade ainda é principalmente um problema feminino.
2. Mostrar que os avanços da medicina nem sempre significam a aceitação pelas autoridades locais.

Narrativa do caso

Satwand é uma especialista em computação de 30 anos de idade, da Índia Oriental (East Índia), casada com um engenheiro de 32 anos de idade, da Índia Oriental, há 5 anos.

Ela foi encaminhada à clínica de infertilidade porque ela não conseguiu engravidar nos últimos dois anos.

Embora no momento da marcação da consulta, ficou claro que tanto a paciente e seu marido deveriam estar presentes para a primeira consulta, apenas Satwand apareceu. Logo após o início da tomada da história, ela rompeu em lágrimas, afirmando que seu marido insinuou que ela não estava atendendo as expectativas dele ao não engravidar. As relações conjugais estão se tornando cada vez mais tensas. [1]

Satwand deu um histórico de uso de um DIU no início do casamento, mas foi retirada devido a uma infecção de baixo grau. Com esta história, um histerosalpingograma foi realizada, e suas trompas estavam claras.

Satwand marcou sua próxima consulta, na qual ela deveria voltar com os gráficos de temperatura basal e com seu marido.

Na consulta seguinte, seus gráficos de temperatura basal mostram um bom ciclo ovulatório.

Seu marido ainda se recusou a acompanhá-la, mas fez a análise do sêmen como solicitado. A análise do sêmen mostrou oligospermia e a médica disse a Satwand que ela não poderia prosseguir sem se encontrar com seu marido.

Um marido muito hostil acompanha Satwand na próxima visita, querendo saber como a médica ousa sugerir que ele é menos que um homem por insultar sua contagem de esperma. [2] Depois de acalmá-lo, a médica consegue fazer uma



história de um homem muito saudável que viveu em uma pequena cidade perto de Delhi. A única vez que lembra de ter estado doente, foi aos 16 anos, quando ele tinha glândulas inchadas no pescoço e uma terrível dor e inchaço em seus órgãos genitais.

Ele se lembra da médica visitante da WHO (OMS), diagnosticando-o com caxumba. Ele lembra como sua mãe queria que ele tivesse tomado vacina contra a caxumba, sarampo e rubéola que tinham vindo para a cidade quando ele tinha 10 anos, mas seu pai disse que ele seria um homem mais forte se lutasse com doença por conta própria. [3] O médico local estava descontente porque o médico da OMS juntou as mulheres e lhes disse que era melhor imunizar as crianças, quando ele já tinha decidido que sua cidade não aceitaria as vacinas. [4]

Se dirigindo a Satwand e seu marido, a médica explicou que havia maneiras dela engravidar, como por exemplo tomar um único espermatozóide do marido e injetar num óvulo de Satwand, ou usar esperma de um doador. [5] Algo aliviados, Satwand e seu marido voltaram para casa, para retornar depois com sua decisão.

Notas do tutor / Pontos de Aprendizagem

[1] A responsabilidade pela saúde reprodutiva ainda é visto como sendo da responsabilidade da mulher, quer seja na contracepção ou na infertilidade.

[2] Descobrir que é o homem que é estéril pode ser uma ameaça para sua auto-estima, como espera-se que ele deve ser viril. Como resultado das expectativas de gênero aprendidas que ele pode ficar irritado.

[3] Os papéis de gênero ditam muitas vezes que as mulheres não estão no papel de tomada de decisão na família, mas devem fazer o que for decidido pelo seu marido. A imunização é um exemplo de avanços médicos que muitas vezes encontram resistência. Embora seja amplamente aceito que imunizar contra uma doença é preferível que sofrer da doença, as pessoas muitas vezes se recusam a tomar uma vacina pelo medo de que provoca efeitos colaterais, esquecendo que a doença natural pode muito bem matá-los.

[4] Ao trazer novas idéias, é benéfico conseguir apoio daqueles em posição de autoridade para apoiá-lo, ao invés de se opor. Esta oposição pode ser só por causa do ego e não porque discordam com o que você está dizendo. Novamente, aqueles em posição de autoridade não querem as mulheres tomando as decisões.



[5] O médico tem a oportunidade de oferecer opções de uma forma que considera análise baseada no gênero.

Por exemplo, quando fala de inseminação artificial injeção de esperma intracitoplasmática (ICSI), a primeira opção pode ser apresentada como um método que apresenta menos riscos é mais fácil para o corpo da mulher e é mais barato.

18. Caso da Mutilação Genital Feminina

Objetivos

1. Mostrar a subjugação das mulheres com base em práticas tradicionais.
2. Mostrar o efeito da falta de sensibilidade de gênero na relação médico-paciente
3. Mostrar a relação de poder entre homens e mulheres, na área de consentimento informado

Narrativa de caso

Sra. X é uma refugiada da Somália, recém-chegada em Vancouver. Ela e seu marido casaram só 6 meses antes de imigrar. Ela tem saudades da sua família, pois a mudança para o Canadá foi a primeira vez que ela havia deixado sua aldeia.

Desde que se casou, seu marido não tem sido capaz realizar penetração nas relações sexuais.

Ela se lembrou do dia, aos 12 anos de idade quando sua mãe e avó a levaram para o circuncisador local [2] e a dor era insuportável, enquanto lhe diziam que era para se tornar uma mulher. Após a operação realizada, ela dificilmente urinava sem dor e suas menstruações lhe causavam muita dor vaginal. [3]

Agora no Canadá, ela descobriu que estava grávida e o médico canadense ficou horrorizado quando tentou examina-la.

Ela ficou tão envergonhada que nunca foi à outra consulta pré-natal, e foi direto para o hospital quando as dores do trabalho de parto começaram. O médico de plantão nunca tinha visto um períneo assim antes e insistiu para que ela fizesse uma cesariana. [4]



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

Seu marido se recusou a deixá-la fazer uma operação, ele disse que isso não era feito na Somália.

O médico não podia fazer nada, so observá-la a continuar no trabalho de parto. Não sendo possível examiná-la, ele deduziu que ela estava na segunda etapa, quando ela começou a expulsar. Após várias horas de expulsão, houve um grito terrível a cabeça do bebê surgiu, em breve a ser seguido pelo o resto do bebe do sexo feminino. O períneo estava irreconhecível, com rompimentos e sangramento por toda parte, obrigando a paciente a ser internada, para reparar o dano. [5]

Após a cirurgia, a primeira pergunta da paciente para o médico era se tinha a costurado para seu estado anterior de infibulação. [6]

Notas do tutor / Pontos de Aprendizagem

[1] Falta de apoio da família maior quando vai para uma nova terra é um grande estresse para os novos imigrantes. Sra. X apenas conhecia os costumes de sua aldeia na Somália. Ela só estava casada há seis meses, por isso estava apenas começando a conhecer o seu próprio marido.

[2] As mulheres da aldeia que realizam a circuncisão fazem seu ganha pão deste trabalho. No processo de re-educação sobre essa prática de tradição, na esperança de sua erradicação, precisa ser pensado dar a estas mulheres com um novo meio de subsistência.

[3] Como é tradição, as mães e avós insistem na infibulação da sua filhas. Em uma terra onde o seu único meio de sobrevivência é o casamento e onde o casamento só é possível se eles foram circuncidados, a prática continua.

[4] A falta de perspectiva de gênero e cultural quando se lida com pacientes pode fazê-los sentirem muito ameaçados e inseguros e eles não vão voltar a não ser em situação de emergência, como no trabalho de parto.

[5] O marido toma as decisões, mesmo que a potencial morbidade seja da sua esposa. Ela não participa do processo de tomada de decisão.

[6] Tão enraizada é a tradição, que a mulher sabe que para agradar ao marido, ela deve ser re-infibulada. Isso se tornou um modo de vida normal já que a mulher foi socializada para acreditar nisso, portanto, a mulher queria ser reinfibulada por suas próprias razões. Cuidados devem ser tomados para não medicalizar a essas práticas. Lei canadense considera a infibulação ou re-



infibulação ilegal. Status de refugiada foi dado às mulheres que serão circuncisadas.

20. Caso de seleção de sexo

Objetivos

1. Mostrar que a mulher corre o risco de ser tratada como meramente um veículo para a reprodução.
2. Mostrar que os valores atribuídos aos papéis sexuais e de gênero ditam que ela deve continuar se reproduzindo até que ela tenha um filho homem, se ela quiser ter qualquer posição na sociedade.
3. Discutir a ética do uso de fertilização in vitro para garantir um feto do sexo masculino.

Narrativa do caso

Sra. Jain é uma mulher de 40 anos de idade, de Mumbai, que está grávida pela 19^o vez.

Ela tem 14 filhas vivas e teve 4 abortos espontâneos. Ela está casada desde os 15 anos e repetidamente concebia logo após o parto. Ela não se lembra de quando teve um período menstrual. [1]

A médica está forçando-a a ter uma ligadura de trompas após este parto, e ela diz para Sra. Jain que é insalubre e perigoso engravidar tantas vezes. [2] Ofereceram a ela uma fertilização in vitro nesta gravidez, para garantir o feto do sexo masculino, mas recusou, querendo ter um filho do sexo masculino por meios naturais.

[3] Ela telefonou avisando que ela está mudando de médico, pois ela não quer ser forçada a parar de ter filhos ou se submeter a Fertilização in vitro.

Notas do tutor / Pontos de Aprendizagem

[1] O planejamento familiar é geralmente aceito como sendo parte da cultura do ocidente, mas não é necessariamente o caso em outras partes do mundo.

[2] As pressões da família e da sociedade fez a Sra. Jain sentir que ela não teria posição na sociedade, se ela não tivesse uma criança do sexo masculino. A questão do médico ditar medidas adequadas para que ela deveria tomar, ao



invés de oferecer escolhas e discutir opções, permitindo-lhe a decisão, reflete uma falta de respeito por ela como paciente ou como mulher.

Seu desejo de mudar de médico indica a inadequação da abordagem, o que pode colocar limites ao acesso das mulheres aos cuidados de saúde equitativos.

[3] A seleção de sexo é controversa, com o dilema ético da criança do sexo masculino ser preferido ao sexo feminino.

21. Caso de viúva

Objetivos

1. Mostrar a falta de empoderamento das mulheres como resultado da falta de educação e pobreza.
2. Mostrar a falta de atenção à saúde devido a razões financeiras.
3. Mostrar como a política do governo afeta a saúde e prestação de cuidados de saúde.
4. Mostrar que a sociedade não valoriza o trabalho não remunerado das mulheres...

Narrativa do Caso

Ana Maria é uma mulher de 65 anos, de Guadalajara. Ela sempre trabalhou em casa, cuidando de seu marido e filhos. Ela sempre lutou, pois seu marido recebia um baixo salário trabalhando para o Departamento de Estradas de Rodagem. Seus filhos se mudaram e seu marido morreu recentemente no trabalho quando foi atingido ao lado da estrada por um carro em alta velocidade com a idade de 50anos. Ele a deixou na miséria. Ela nunca teve a oportunidade de aprender a ler ou escrever e descobre que ela não pode conseguir um emprego. [1]

Sua filha, Marife, pede à mãe para ir morar com ela. Seu marido a abandonou no mês passado por outra mulher e ela tem dois filhos pequenos para criar. Antes de casar, ela trabalhou como secretária, mas não pode dar ao luxo de ir trabalhar, se ela tem que pagar para alguém que cuide dos filhos.

[2] Ana María vive com sua filha e faz o trabalho doméstico e cuida dos netos. Ela é mal nutrida. Ela tem diabetes e pressão arterial elevada, e durante os últimos seis meses teve sangramento vaginal. Ela não tem acesso a assistência médica, como ela não tem seguro médico do governo e não tem



dinheiro. O governo só oferece seguro para aqueles que têm um emprego remunerado, pois há um imposto sobre salário para o seguro médico. [3]

Marife chega em casa do trabalho um dia para encontrar as crianças brincando no quintal sozinhos. Quando ela vai para dentro, ela descobre que Ana Maria desmaiou em uma poça de sangue no chão da cozinha. Marife chama a ambulância para levar sua mãe para o hospital. Ela morre duas horas mais tarde. A autópsia revelou que ela tinha câncer cervical avançado, e rompeu um vaso sanguíneo, resultando em hemorragia massiva. [4]

Notas tutor / Pontos de Aprendizagem

[1] Esta mulher foi totalmente dependente de seu marido, que morreu de forma inesperada, e deixou-a sem uma renda. Ela não tem educação e por causa da anterior socialização de papel de gênero, ela estava mal preparada para ajudar a si mesma.

[2] Sua filha está um pouco melhor, como ela tem habilidades para conseguir um emprego, mas não há fundos para pagar cuidador para os filhos. O governo não desenvolveu nenhum programa subsidiado para acolhimento de crianças.

Marido a deixou com nenhum recurso dele de apoio à criança.

[3] Cuidado de dependentes é feita principalmente por mulheres e é em grande parte não remunerado. Como não há salário, não há imposto pago para benefícios médicos. Apesar de estar com a saúde debilitada, Ana Maria não pode se dar ao luxo de ir ao médico ou a comprar medicamentos prescritos.

[4] A falta de atendimento médico oportuno por razões financeiras ou outras questões de acesso resulta, em pacientes tornando-se mais doentes e necessitando mais cuidados ou morrer enquanto espera o atendimento.

22. Caso do casamento precoce

Objetivos

1. Mostrar que as meninas podem ser desautorizadas, sendo propriedade da família e dadas como presentes.
2. Mostrar como o casamento precoce e parto precoce, juntamente com as



práticas tradicionais podem resultar em consequências graves para a saúde.

Caso narrativa

Selia foi dada como um presente com a idade de 12 anos para um amigo de seu pai. [1] Ela era sua quarta esposa. Ela ficou grávida dentro de um ano. Sempre que ela chorava e dizia que ela queria voltar para seus pais, ela era espancada e colocada sob vigilância rigorosa.

Um dia ela conseguiu fugir, mas os pais dela disseram que ela não podia ficar, pois seria um desgraça para a família.

Ela foi devolvida ao seu marido, e como castigo, ela não tinha permissão de deixar seu quarto, mesmo para atendimento pré-natal. Uma noite, ela entrou em trabalho de parto. Ela estava com medo como ela não sabia o que estava acontecendo. Pela manhã, ela não aguentou mais e seu gritos acordaram todo mundo. A "parteira tradicional" [2] foi chamada, mas ela ainda não tinha dado luz até de noite. A parteira finalmente fez um corte "Gishri" em seu canal de parto. A dor do corte que fez lembrar do tempo que ela foi circuncisada, como era costume de seu povo antes das jovens partirem para casa dos seus maridos. [3] Na sequência do corte Gishri, ela desmaiou e sangrava profusamente.

Pouco tempo depois, o marido voltou da sua visita à capital. Ele deu permissão para que ela fosse levada para o Centro de Saúde a 10 km pela manhã.

Custa dinheiro para contratar o burro para levá-la lá. No Centro de Saúde, a parteira declarou o bebê morto no parto. Selia estava exausta, cansada e solitária. Ela chorou, porque ela ainda teria que voltar para o marido. [4]

O pior ainda não havia terminado. Ela percebeu alguns dias depois que sua roupa ficava molhada onde quer que ela se sentasse. Antes que ela levantasse de manhã o colchão estava molhado.

Cheirava a urina. Cheirava muito mal. Assim que seu marido soube do problema, ela foi expulsa. Ela era um fracasso. Ela não podia voltar para casa. Viveu duramente nos próximos 6 meses, mendigando ao longo da estrada. Um dia, ela encontrou a parteira no mercado que ela ajudou a carregar as compras por um preço reduzido. Ela a reconheceu imediatamente e lhe contou como ela tinha começado a vazar urina alguns dias após o parto.

Seu marido descobriu e mandou-a embora! A parteira sentiu pena dela, mas não havia nada que ela pudesse fazer. Se Selia pudesse encontrar o dinheiro para levá-la para a capital do estado, ela poderia obter ajuda do hospital do governo. Ela dificilmente comia 2 refeições por dia.



Ela nunca conseguiria tal dinheiro.

Ela decidiu voltar para seus pais. Eles ficaram aliviados ao ver que ela estava viva, mas não têm o dinheiro para seu tratamento na capital do estado. Dois de seus irmãos que estavam freqüentando a escola, já davam grande despesa para a família. [5] Foi-lhe permitido ficar, nos fundos, onde ela não seria uma vergonha para a família. Nos próximos 15anos, ela viveu na miséria, isolamento e vergonha.

Um dia, um de seus irmãos chegou em casa com a notícia de que as mulheres com vazamento de urina poderiam ser curadas, gratuitamente. Ele queria que sua irmã ficasse curada. Ele trabalhou duro e economizou o suficiente dinheiro para levar sua irmã para a capital do estado para obter ajuda. Foi um milagre. Ela teve a operação feita que foi bem-sucedida, mas ela não queria voltar para sua aldeia. Ela escolheu ajudar com trabalhos braçais no hospital como uma maneira de agradecer por sua cura. [6]

Notas do tutor / Pontos de Aprendizagem

[1] As meninas não têm a palavra sobre seu futuro, mas são bens de propriedade da família. Considera-se que o casamento precoce irá impedir as meninas de se tornarem prostitutas.

[2] Em muitas partes do mundo, as mulheres grávidas não são atendidas por pessoal treinado.

Apesar da Iniciativa de Maternidade Segura, tem havido pouca ou nenhuma melhora na morbidade e mortalidade materna a medida que ênfase foi colocada na melhoria das competências destas parteiras tradicionais. Percebeu-se que esta ênfase foi errada e que a ênfase deve ser colocada em atendimento por parteiras treinadas ou médicos.

[3] As práticas tradicionais, tais como a mutilação genital feminina enfraquecem as mulheres. A prática está tão enraizada na cultura, que as mães e avós insistem em que suas meninas se submetam a esse procedimento.

[4] Ela teve de esperar por seu marido para dar permissão e dinheiro para levá-la para ajuda médica

[5] Educação do homem tem preferência sobre a educação da mulher. Considera-se sem sentido educar a menina que irá para a família do marido de qualquer maneira.

[6] Hospital da Fístula em Addis Abeba, na Etiópia foi um dos primeiros hospitais a oferecer este reparo de fístula complicado para esses párias sociais. Apesar de a continência ser alcançada no pós-operatório, foi bastante comum



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

que as mulheres quisessem ficar no hospital como trabalhadoras e não desejando regressar às suas aldeias.

23. Caso de náuseas e vômitos da gravidez

Objetivos

1. Mostrar que as prioridades de saúde, identificadas pelos médicos não correspondem a outras prioridades identificadas pelos pacientes.
2. Mostrar a falta de mecanismos de apoio às famílias imigrantes.

Narrativa do Caso

A paciente em questão é uma professora de 29 anos do Irã com um marido engenheiro de 32 anos com 2 filhas, com idades entre quatro e dois. Ela está de 10 semanas de gravidez, perdendo peso devido a náuseas e vômitos fortes da gravidez. Devido à alteração de eletrólitos, o plano é admiti-la para o hospital, mas ela se recusa. Ela se sente incapaz de sair de casa, pois quem iria cuidar de seus filhos e quem iria ajudar o marido em sua fazenda?

Notas do tutor / Pontos de Aprendizagem

[1] O médico decidiu partir de um ponto de vista médico que a paciente precisa ser internada para o tratamento de náuseas e vômitos da gravidez, mas não considerou as responsabilidades sociais que esta mulher deve cumprir, ou seja, cuidar dos filhos e trabalho agrícola.

[2] A mulher não tem conhecimento de qualquer apoio social que permitam a ela ir ao hospital, ainda cobrir suas outras responsabilidades.

[3] Depois de pedir ao grupo para discutir como lidar com esta situação, pergunte qual poderá ser a situação, 3 a 4 anos mais tarde? Como isso aconteceria?

24. Caso de uma refugiada da Somália com sofrimento fetal em Trabalho de parto

Objetivos

1. Mostrar que a mulher muitas vezes não é a tomadora de decisão nos



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

cuidados de sua própria saúde.

2. Mostrar que a autoridade da médica (do sexo feminino) é questionada pelo marido.
3. Mostrar a dificuldade de comunicação quando o paciente não entende a língua do novo país.
4. Mostrar como muitas vezes é o homem que tem um conhecimento prático da nova língua por estar na força de trabalho, enquanto a esposa fica em casa sem a oportunidade de aprender o novo idioma.
5. Mostrar que a mulher é vista em termos de sua capacidade reprodutiva.

Caso narrativa

A paciente em questão é uma mulher de 25 anos de idade com um filho de 2 anos de idade. Ela é da Somália e fala um pouco de Inglês, mas seu marido está traduzindo. Ela está na 37^o semana de gravidez, relatando que a gravidez foi normal. Ela está na cidade em Ontário, visitando amigos, mas vive em Vancouver.

Ela entra em trabalho de parto e chegam ao hospital com 5 centímetros de dilatação, hemorragias e com uma bradicardia fetal. Você diz a ela pelo marido que, para salvar a vida do bebê, precisa fazer uma cesariana.

Seu marido diz, de maneira nenhuma, como eles planejam ter muitos, muitos filhos e não se quer limitar sua capacidade reprodutiva com uma cirurgia agora. Além disso, quem cuidaria do seu filho de 2 anos de idade, se ela tiver que ficar no hospital um par extra de dias?

Você pede para ela assinar o consentimento para a cirurgia. Ela olha para seu marido e seu marido diz: "Espere e veja o que acontece."

Notas tutor / Pontos de Aprendizagem

1. Embora a médica está preocupada com a segurança da criança, devido à sofrimento fetal, ela não pode comunicar esta urgência para o casal de uma forma que eles entendam. Isto é em parte devido ao idioma, mas em parte devido à falta de autoridade do médico do sexo feminino e maior preocupação do marido sobre a futura capacidade reprodutiva se a cirurgia ocorre agora.
2. Embora a vida de cada criança é considerada valiosa, o marido parece disposto sacrificar essa criança para a capacidade reprodutiva da mulher a longo prazo.
3. A mulher olha para o marido para a sua aprovação ao assinar o termo de



consentimento.

Como o marido não dá a sua aprovação, o consentimento não é assinado. A mulher não tem poderes para cuidar de sua própria saúde e a de seu filho.

25. Caso de Disfunçãoe Erétil Masculina

Objetivo

1. Entender como a socialização de gênero no que se refere à sexualidade, pode levar a crenças errôneas (mitos) em homens e mulheres, com subseqüente desenvolvimento de disfunção conjugal e sexual.

Narrativa do caso Parte – A

Um homem de 60 anos de idade, casado há 30 anos, sente que ele e sua esposa tiveram uma relação sexual muito satisfatória. No entanto, durante o ano passado, ele percebeu que suas ereções não estavam tão rígida como no passado, que numa ocasião ele perdeu a ereção antes ou pouco depois de iniciar a relação sexual, e que algumas vezes ele foi incapaz de obter qualquer ereção, mesmo depois de longa tentativa.

Ele ficou muito ansioso com isso, mas nem ele nem sua esposa conversaram sobre o assunto.

Ele gradualmente começou a retirar-se de qualquer forma de intimidade física e parou de tomar iniciativa para fazer amor, deu desculpas por não responder as iniciativas de sua esposa, e tornou-se gradualmente mais desanimado e deprimido.

Recentemente, ele saiu do dormitório, usando como desculpa que sentia que seu ronco perturbava o sono de sua esposa.

Recentemente, ele soube que sua esposa estava muito preocupada e magoada por seu comportamento, já que ela acreditava que ele não a amava mais ou não a achava sexualmente atraente. Na verdade, ela seriamente se preocupava que ele pudesse estar tendo um caso sexual com outra mulher.

Notas do tutor / Pontos de Aprendizagem

1) Uma série de mudanças fisiológicas ocorrem em homens na meia-idade e idosos que podem afetar sua função sexual. Estas podem incluir um tempo mais longo para obter uma ereção, menos rigidez da ereção, do que na juventude, e



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

uma necessidade crescente de estimulação direta do pênis. Em alguns homens, doenças (ex. diabetes), medicamentos prescritos (por exemplo, beta-bloqueadores), também podem inibir a ereção. A falta de consciência dessas mudanças pode ser devastadora para ambos os parceiros masculinos e femininos.

2) Muitos homens (e muitas mulheres) acreditam que a virilidade de um homem e, portanto, o seu ego está vinculado com a sua capacidade de atingir uma ereção adequada, e participar em relações sexuais sempre que a oportunidade está presente.

3) Ele acredita que se ele não consegue uma ereção adequada para se envolver em relações sexuais, não há sentido em continuar a ser fisicamente íntimo com sua parceira. Este conduz à sua crença de que se ele não pode fazer amor do jeito que ele fazia na juventude, a sua esposa, também não será mais capaz de preencher suas necessidades e desejos sexuais. Ele não está disposto a considerar formas alternativas para satisfazer suas necessidades na ausência de sua ereção, uma vez que não é a maneira como um "homem de verdade faz isso". Há tanta vergonha se ele não consegue uma ereção forte, que ele não pode mesmo compartilhar isso com a sua esposa, em vez disso procura desculpas para encobrir o seu desconforto.

4) Para sua esposa pedir-lhe para estimulá-la usando a mão ou a boca, em vez de seu pênis ereto, o faria se sentir ainda mais impotente como um homem (no sentido literal do termo "impotente").

5) Como resultado de sua socialização que ela acreditava que uma mulher não deve dizer a um homem o que fazer na área sexual.

6) Para ela, a falta de conhecimento sobre as alterações na função sexual que ocorrem em homens idosos, ou sua crença de que qualquer discussão sobre o seu problema pode causar ainda mais perda da auto-estima por ele, leva a colocar a "culpa" em si mesma, desvalorizando sua atratividade como uma mulher sexual e a qualidade de seu amor por ela.

Parte B

Sua esposa, finalmente, convenceu-o a ver o seu médico, que marcou uma consulta com um terapeuta sexual. Depois de uma visita com a presença de ambos, eles aprenderam que:



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

- Ele não estava sozinho, o seu problema é comum em muitos homens de sua idade;
- Não foi culpa dela, ela então foi capaz de se tornar um apoio grande para ele, e ele foi capaz de reafirmar seu amor por ela;
- Ele voltou ao seu leito "conjugal", e como sugerido pelo terapeuta, tornou-se fisicamente íntimo de novo. Eles foram capazes de redefinir seus objetivos para incluir mútuo prazer sem se preocupar com a ereção ou a relação sexual, no curto prazo, pelo menos, com seu foco fora da ereção, a sua ansiedade frenética diminuiu.
- Ele concordou em retornar ao seu médico para explorar as eventuais condições médicas que poderiam estar contribuindo para o problema sexual (por exemplo, diabetes).
- Uma consulta de acompanhamento foi organizado com o terapeuta sexual para discutir outras possíveis estratégias (ex. sildenafil), se necessárias, uma vez que o casal sentiu que sua relação tinha sido restaurada e ambos concordaram que eles gostariam de voltar a ter relações se possível.

Verdadeiro ou Falso

1. A construção social dos papéis femininos pode colocar as mulheres em desvantagem e criar factores de risco que põem em perigo a verdadeira saúde. (Verdadeiro)
2. A construção social dos papéis masculinos pode colocar em desvantagem homens e fatores criam risco que põem em perigo a saúde (Verdadeiro)
3. Masculinidade e feminilidade são inteiramente determinadas pelas diferenças de sistemas reprodutivos e variações hormonais. (Falso)
4. Porque elas têm a capacidade para a maternidade, as mulheres são mais atenciosas que os homens e, portanto, mais aptas para certos tipos de trabalho que os homens. (Falso)
5. Mulheres submetidas a cirurgia cardíaca têm maior probabilidade de morrer do que os homens. (Verdadeiro)
6. Apesar da sua diversidade, todas as sociedades são divididas ao longo do que pode ser chamado de "linha de falha do gênero". (Verdadeiro)
7. Em todas as sociedades, as mulheres e homens são definidos como diferentes tipos de seres, cada um com suas próprias oportunidades, papéis e



Manual de Formação para Perspectiva de Gênero na Saúde

responsabilidades. (Verdadeiro)

8. Na maioria das sociedades, a categoria de 'mulher' tem menos acesso do que aqueles na categoria "homem" a uma grande variedade de recursos econômica e sociais. (Verdadeiro)

8. Riqueza e pobreza todo o mundo são quase igualmente divididos entre homens e mulheres. (Falso)

9. Embora as mulheres sofram discriminação material, as mulheres gozam igual status social com os homens na maioria das sociedades no mundo. (Falso)

10. Os líderes do movimento para desenvolver a análise de gênero incluem igualmente homens e mulheres. (Falso)

11. A "feminização" da pobreza, embora exista nos países menos desenvolvidos, foi amplamente eliminada em países desenvolvidos. (Falso)

FIM

**Tradução feita por Dra. Anna Maria Martits,
Diretora de Relações Internacionais da ABMM – Associação Brasileira de
Mulheres Médicas em 2012 diretamente do manual:**

**”Training Manual for Gender Mainstreaming in Health”
Publicado no site da MWIA onde também há bibliografia extensa para os
vários itens.**

**Revisão feita pela Dra. Marilene Rezende Melo.
Presidente da Associação Brasileira de Mulheres Médicas.**

www.abmmnacional.com / <http://mwia.net>

