

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DE SANTA
CATARINA - UFSC
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS - CFCH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM
CIÊNCIAS HUMANAS - PPGICH**

SILVANA MARIA PEREIRA

**DA SUBMISSÃO AO PODER DE DECISÃO DAS MULHERES: A
RESIDÊNCIA MÉDICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

FLORIANÓPOLIS
2014

SILVANA MARIA PEREIRA

**DA SUBMISSÃO AO PODER DE DECISÃO DAS MULHERES: A
RESIDÊNCIA MÉDICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas (PPGICH), Programa de Doutorado, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), para a obtenção do grau de Doutora em Ciências Humanas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Joana Maria Pedro

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Roxana Knobel

FLORIANÓPOLIS
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

PEREIRA, SILVANA MARIA

DA SUBMISSÃO AO PODER DE DECISÃO DAS MULHERES : A
RESIDÊNCIA MÉDICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA / SILVANA
MARIA PEREIRA ; orientadora, Joana Maria Pedro ;
coorientadora, Roxana Knobel. - Florianópolis, SC, 2014.
332 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa
de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas .

Inclui referências

1. . 2. Medicina. 3. Feminismo. 4. Gênero e Saúde. 5.
Saúde da Mulher. I. Pedro, Joana Maria. II. Knobel,
Roxana. III. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em . IV. Título.

Da submissão ao poder de decisão das mulheres: a residência médica em ginecologia e obstetrícia

Esta tese foi julgada adequada para obtenção do título de “Doutora em Ciências Humanas”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Programa de Doutorado, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis-SC, 21 de março de 2014

Prof.^a. Teresa Kleba Lisboa, Dr.^a.
Coordenadora em exercício do Curso

Banca Examinadora:

Prof.^a Joana Maria Pedro, Dr.^a
Orientadora
Universidade Federal de Santa
Catarina

Prof.^a Roxana Knobel, Dr.^a
Coorientadora
Universidade Federal de Santa
Catarina

Prof.^a Ana Paula Vosne Martins,
Dr.^a
Universidade Federal do Paraná

Prof.^a Sílvia Maria Fávero Arend,
Dr.^a
Universidade do Estado de Santa
Catarina

Prof.^a Luzinete Simões, Dr.^a
Universidade Federal de Santa
Catarina

Prof.^a Olga Regina Ziguelli
Garcia, Dr.^a
Universidade Federal de Santa
Catarina

Prof.^a Luciana Patrícia Zucco, Dr.^a
Universidade Federal de Santa
Catarina

Prof.^a Teresa Kleba Lisboa, Dr.^a
Suplente
Universidade Federal de Santa
Catarina

Prof.^aMarlene de Fáveri, Dr.^a
Suplente
Universidade do Estado de Santa Catarina

Este trabalho é dedicado a todas as mulheres que confiaram suas histórias de vida e seus corpos aos cuidados de enfermagem por mim prestados.

AGRADECIMENTOS

A Joana Maria Pedro, orientadora, que afetuosamente me acolheu mesmo antes da minha opção por este doutorado.

A Roxana Knobel, que solidariamente se dispôs a me coorientar, de forma aberta ao diálogo interdisciplinar.

Às professoras que gentilmente aceitaram participar da banca e dar sua contribuição à minha tese: Ana Paula Vosne Martins, Sílvia Maria Fávero Arend, Luzinete Simões, Olga Regina Ziguelli Garcia, Luciana Patrícia Zucco, Marlene Tamanini e Teresa Kleba Lisboa.

Às(os) médica(o)s Leisa Maria Grando e Alberto Trapani Junior, do HU-UFSC e Jorge Abi Saab Neto, da Maternidade Carmela Dutra, por me facilitar o acesso às fontes documentais; agradeço igualmente à bibliotecária Maria, do Centro de Estudos da MCD, que sempre me recebeu de forma gentil e facilitou meu acesso ao acervo da biblioteca.

Às colegas do Ambulatório de Tocoginecologia do HU-UFSC: Silvana Benedet, Ana Lúcia Silva, Rose e Jussara, pelo carinho e incentivo cotidiano.

Às chefias de enfermagem do HU-UFSC, que me acompanharam nessa trajetória de quatro anos - Tânia Soares Rebello, Francine Gelbcke, Ilza Brito, Lícia Shiroma e Eliane Matos -, pelo apoio institucional e por facilitar a compatibilização de meus horários de trabalho e estudo.

A Salete, por sua imensa, gentil contribuição como revisora das referências e por sua escuta generosa em dias de ansiedade e angústia.

Às(aos) colegas do doutorado, por compartilhar experiências, ansiedades e afetos, em especial Isadora Vier Machado, Simone Ávila, Leandro Cisneros, Daniela Novelli, Priscila Mathes. Levo todas(os) no meu coração!

Às professoras e colegas do Laboratório de Estudos de Gênero e História – Legh -, da UFSC, pela troca intelectual e afetiva, sempre solidária e bem-humorada.

Às(aos) colegas do Laboratório de Estudos de Gênero e Família (Labgef), da Udesc, pela convivência afetiva e intelectual durante determinado período de minha trajetória profissional.

Às(aos) amigas(os) pelo carinho, apoio e incentivo, em todos os momentos da minha trajetória de vida: Ana Maria Bittar, Deise Lucy Montardo, Jade Rodrigues Gonçalves, Eliane Matos, Zeca Silveira, Rita Sandoval, Denise Pires, Jorge Lorenzetti, Kázia Palanowski, Odilon Silva, Edson Araújo e Eloísa Arabori, Suzi Tornquist, Ana Lice, Marcos

Leite, Carlos Eduardo Pinheiro, Hilbert Davi, Ricardo Vieira Neto, com quem compartilho inquietudes, afetos e sonhos!

À minha família: Cesar e Zeza, Ana e Ita, Oscar e Marian; às(aos) sobrinhas(os) maravilhosos: Marice e Igor, Suzi e Alexandre, Fernanda e Juli, em especial Arthur e Fernando!

À família Floriano, pelo aconchego e afeto, em especial a Igor, Teresa e à pequena Helena.

A meus pais (*in memoriam*) Oscar e Cila, pelo amor que permanece!

A Cesar Floriano, namorado, amigo, amante, meu amor!

“Mas, si já está provado que o cérebro não tem sexo e que o indivíduo humano é um producto do meio e da educação, como exigir mentalidade consciente, de um ser cujo cérebro é imbecilizado paulatinamente, mercê de uma educação que obedece aos mais estúpidos preconceitos? [...] A mulher não pensa com a vagina nem com o útero. Com este órgãos ella sente sensações agradabilíssimas, é verdade.”

Ercília Cobra, 1924

RESUMO

A presente tese parte dos estudos feministas acerca do conhecimento científico da Ginecologia e da Obstetrícia construído historicamente, pois representam um paradigma importante para constituir um olhar diferenciado sobre os corpos das mulheres, mediados pela ação da Medicina. O objetivo é conhecer a concepção de corpo que permeia a formação dos programas de residência médica na área da Ginecologia e Obstetrícia e como dialoga com os estudos feministas contemporâneos. Utilizo a pesquisa histórica em variadas fontes documentais, no período entre 1998 e 2012, numa perspectiva interdisciplinar. A análise documental tem por base os estudos de Michel Foucault e Pierre Bourdieu, buscando identificar quem são as pessoas “autorizadas” a falar e qual o discurso que prevalece sobre o corpo. Este trabalho se divide em quatro capítulos. No primeiro deles, procuro realizar uma análise feminista das concepções contemporâneas de corpo e sua relação com o saber médico, abordando feminismo e ciência, o campo científico da Ginecologia e Obstetrícia sob a crítica feminista e corpo anatômico/corpo-imagem, no âmbito de debates contemporâneos. No capítulo seguinte, analiso os editoriais das revistas científicas das duas entidades médicas relacionadas ao tema - a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem). No terceiro, abordo os programas e as diretrizes de dois programas de residência médica na Região Sul do País. Por fim, no último capítulo, analiso os trabalhos de conclusão da residência médica em Ginecologia e Obstetrícia das instituições selecionadas. As conclusões indicam que algumas apropriações do pensamento feminista têm sido realizadas recentemente por ambas as entidades e, de forma lenta, já se reflete em alguns dos trabalhos realizados pelas(os) residentes”.

Palavras-chave: Medicina. Feminismo. Gênero e Saúde. Saúde da Mulher. Mulheres.

RESUMEN

Esta tesis parte de los estudios feministas sobre el conocimiento científico de Ginecología y Obstetricia, históricamente construido, que representan un importante paradigma para proporcionar una mirada distinta acerca de los cuerpos de las mujeres, mediados por la acción de la Medicina. El objetivo es conocer la concepción de cuerpo que permea la formación de los programas de residencia médica en el campo de la Ginecología y la Obstetricia y la forma en que dialoga con los estudios feministas contemporáneos. Utilizo la investigación histórica en diversas fuentes documentales, entre 1998 y 2012, desde una perspectiva interdisciplinaria. El análisis documental se basa en los estudios de Michel Foucault y Pierre Bourdieu, tratando de identificar a los que están "autorizados" para hablar y cuál es el discurso que prevalece acerca del cuerpo. Este trabajo se divide en cuatro capítulos. En el primero, busco realizar un análisis feminista de las concepciones contemporáneas del cuerpo y su relación con el saber médico al abordar el feminismo y la ciencia, la crítica feminista sobre el campo científico de la Ginecología y la Obstetricia y el Cuerpo anatómico/Cuerpo imagen en los debates contemporáneos. En el siguiente capítulo, analizo los editoriales de las revistas científicas de dos entidades médicas relacionadas con el tema - la Federación Brasileña de Ginecología y Obstetricia (Febrasgo) y la Asociación Brasileña de la Educación Médica (Abem). En el tercero, analizo los programas y las directrices de dos programas de residencia médica en la Región Sur de Brasil. Finalmente, en el último capítulo, analizo los trabajos de terminación de residencia en Obstetricia y Ginecología de las instituciones seleccionadas. Los resultados indican que ambas entidades recientemente hicieron algunas apropiaciones del pensamiento feminista, que, aunque lentamente, se refleja en algunos de los trabajos realizados por las/os residentes.

Palabras clave: Feminismo, Mujeres, Medicina, Género y Salud, Salud de la Mujer, Salud Sexual y Reproductiva.

ABSTRACT

This thesis makes use of the feminist studies about the scientific knowledge - historically constructed - on Gynecology and Obstetrics, since they represent an important paradigm to provide a different point of view towards women's bodies, mediated by the action of Medicine. This thesis intends to understand the concept of body that permeates the training of medical residency programs in the field of Obstetrics and Gynecology and how/if there is a dialogue with contemporary feminist studies. This research has a historical approach, making use of several documentary sources, between 1998 and 2012, from an interdisciplinary perspective. The analysis of documents is based on the studies of Michel Foucault and Pierre Bourdieu, seeking to identify people who are "allowed" to talk and which discourse on the body is used. This thesis is divided into four chapters. In the first one, I seek to make a feminist analysis of contemporary conceptions of the body and its relation with the medical knowledge, from the perspective of feminist criticism and Anatomic Body / Body-Image - contemporary debates. In the following chapter, an analysis of the editorials of two scientific magazines from health entities related to the thesis' scope - Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics (Febrasgo) and Brazilian Association of Medical Education (Abem). The other chapter discusses the programs and guidelines of two medical residency programs in the Southern region of the country. Finally, the last chapter analyzes the work of students who concluded the Medical Residency in Obstetrics and Gynecology of the two selected institutions. The conclusions of the thesis indicate that appropriations of the feminist thought have been made, recently, by Abem and Febrasgo and, albeit slowly, the change reflects on the work conducted by the residents.

Keywords: Feminism. Women. Medicine. Gender and Health. Women's Health. Sexual and Reproductive Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Aula de Anatomia do Doutor Tulp	81
Figura 2 - Estudantes de medicina, em 1910, na Yale University, Nova York	81
Figura 3 – Ultrassonografia de feto	83
Figura 4 – Paciente com 61 anos de idade, portadora de adenocarcionoma na mama esquerda.	87
Figura 5 – Visão biomédica do corpo em versão digitalizada.....	88
Figura 6 – Tatuagens	216
Figura 7 - Manifestações em cidades brasileiras pró-parto em casa ...	220
Figura 8 - Marcha das Vadias em Florianópolis	221
Figura 9 - Marcha das Vadias em Florianópolis	221

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ACM	Associação Catarinense de Medicina
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMB	Associação Médica Brasileira
ANMR	Associação Nacional de Médicos Residentes
CAF	Cirurgia de Alta Frequência
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Classificação Internacional de Doenças
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DIU	Dispositivo Intrauterino
DPC	Dor Pélvica Crônica
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DTG	Doença Trofoblática Gestacional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FBAM	Federação Brasileira de Academias de Medicina
FENAM	Federação Nacional de Médicos
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
FLASOG	Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología
GO	Ginecologia e Obstetrícia
HU-UFSC	Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MBE	Medicina baseada em evidências
MCD	Maternidade Carmela Dutra
MEC	Ministério da Educação
MH	Mola Hidatiforme
MHC	Mola Hidatiforme Completa

MHP	Mola Hidatiforme Parcial
MS	Ministério da Saúde
NIH	National Institutes of Health
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG's	Organizações Não-Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PCD	Pessoa com deficiência
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho no SUS
PL	Projeto de Lei
PNEDH	Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos
Pró-Residência	Programa de Incentivo à Formação de Especialistas em áreas Estratégicas
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
RBEM	Revista Brasileira de Educação Médica
RBGO	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
RMGO	Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia
SESu/MEC	Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação
SGTES/MS	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial
SIU-LNg	Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel
SciElo	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TCR	Trabalho de Conclusão da Residência
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
UNIMED	Cooperativa de Trabalho Médico
US	Ultrassonografia
VL	Videolaparoscopia

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	27
OBJETIVOS	32
Objetivo Geral	33
Objetivos Específicos	34
ESTRUTURA DA TESE	44
1 UMA ANÁLISE FEMINISTA DAS CONCEPÇÕES CONTEMPORÂNEAS DE CORPO E SUA RELAÇÃO COM O SABER MÉDICO	47
1.1 FEMINISMO E CIÊNCIA – ALGUMAS CONSIDERAÇÕES.....	50
1.2 O CAMPO CIENTÍFICO DA GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA SOB A CRÍTICA FEMINISTA.....	61
1.3 CORPO ANATÔMICO / CORPO-IMAGEM – DEBATES CONTEMPORÂNEOS.....	75
2. O QUE AS REVISTAS CIENTÍFICAS DAS ENTIDADES MÉDICAS FEBRASGO E ABEM EXPRESSAM EM SEUS EDITORIAIS SOBRE O CAMPO DA MEDICINA NA ATUALIDADE	91
2.1 BREVE HISTÓRIA DA ABEM E DA FEBRASGO E SUAS REVISTAS CIENTÍFICAS.....	92
2.2 EDITORIAIS COMO EXPRESSÃO DOS DISCURSOS MÉDICOS.....	96
2.3 EDITORIAIS DA RBGO de 1998 a 2012.....	97
2.4 CATEGORIAS QUE SE DESTACAM NOS EDITORIAIS DA RBGO: DA VISÃO DA MULHER AO PAPEL DO MÉDICO.....	102
2.5 “MEDICINA DA MULHER” EXPRESSA NOS EDITORIAIS DA RBGO – ANÁLISE DAS CATEGORIAS.....	105
2.6 EDITORIAIS DA RBEM – AS PREMISSAS DA EDUCAÇÃO MÉDICA.....	108
2.7 A EDUCAÇÃO MÉDICA SOB UM OLHAR CRÍTICO – OS EDITORIAIS DA RBEM.....	115
2.8 APROPRIAÇÃO DA PERSPECTIVA DE GÊNERO PELO DISCURSO MÉDICO - COMO E QUANDO.....	120

3. PROGRAMAS, PLANOS DE AULA E MANUAIS DE ROTINA DA RESIDÊNCIA MÉDICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA..... 125

- 3.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO MÉDICA E DA RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL..... 128
- 3.2 ENTRADA EM CENA DAS DIRETRIZES CURRICULARES 133
- 3.3 AS ENTIDADES MÉDICAS E A RMGO – O QUE SE DIZ A RESPEITO? 136
- 3.4 PANORAMA DA RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL E EM SANTA CATARINA..... 139
- 3.5 PROGRAMAS DAS RMGO – DAS DIRETRIZES DO MEC AOS PROGRAMAS LOCAIS..... 142
- 3.6 “AUTORIDADE” NOS MANUAIS DE ROTINA – ENTRE AS TÉCNICAS E AS HUMANIDADES 151

4. ENTRE “PACIENTES SUBMETIDAS” E “MULHERES COM AUTONOMIA” - O CORPO A QUE SE REFEREM OS TRABALHOS DE CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA..... 163

- 4.1 ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE EDUCAÇÃO MÉDICA E RESIDÊNCIA MÉDICA..... 166
- 4.2 TEMAS E TÍTULOS – ENTRE FALHAS, MEDICAMENTOS, LESÕES, PROCEDIMENTOS, PROGNÓSTICOS E PERCEPÇÕES 168
- 4.3 AS DISTINTAS FORMAS DE NOMINAÇÃO: MULHER – MULHERES - PACIENTES – GESTANTES-NULÍPARAS – PRIMÍPARAS – MULTÍPARAS –PARTURIENTES - PUÉRPERAS - MÃE-MULHER..... 171
- 4.4 RAÇA, COR OU ETNIA? FORMALIDADE OU RECONHECIMENTO DA IMPORTÂNCIA DESSA CATEGORIA..... 175
- 4.5 CORPO FEMININO/CORPO-IMAGEM – CONEXÕES E DESCONEXÕES..... 177
- 4.6 AS DISTINTAS FORMAS DE SE REFERIR ÀS MULHERES NOS TCRS – ENTRE PACIENTES SUBMETIDAS E MULHERES COM AUTONOMIA..... 184
- 4.7 MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS – ENTRE CONSENSOS E PARADOXOS..... 201

4.7.1 Polêmica entre “evidências científicas” X “experiência” como forma de “verdade absoluta” ... 205

4.8 RESIDÊNCIA MÉDICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FORMAÇÃO VOLTADA PARA QUEM, PARA QUÊ?	205
CONCLUSÕES	209
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	223
APÊNDICES.....	237
APÊNDICE A: TÍTULOS DOS EDITORIAIS DA RBGO, POR ANO DE PUBLICAÇÃO DE 1998 A 2004.....	238
APÊNDICE B: TÍTULOS DOS EDITORIAIS DA RBGO DE 2005 A 2012	239
APÊNDICE C: TEMA DOS EDITORIAIS DA RBGO DE 1998 A 2004	241
APÊNDICE D: TEMA DOS EDITORIAIS DA RBGO DE 2005 A 2012	250
APÊNDICE E: TEMA DOS EDITORIAIS DA RBGO DE 1998 A 2004, DE ACORDO COM AS CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	280
APÊNDICE F: TÍTULOS DOS EDITORIAIS DA RBEM DE 2000 A 2012	284
APÊNDICE G: TEMA DOS EDITORIAIS DA RBEM DE 2000 A 2012	286
APÊNDICE H: RELAÇÃO DOS TCRS DE RESIDENTES EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO HU-UFSC	302
APÊNDICE I: RELAÇÃO DOS TCRS DE RESIDENTES EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DA MCD	303
APÊNDICE J: TEMAS E SUBTEMAS DOS TCRS DE RESIDENTES	305
APÊNDICE K: MULHERES NOS TCRS DE RESIDENTES EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO HU-UFSC E MCD..	306
APÊNDICE L: AUTONOMIA DAS MULHERES NOS TCRS DE RESIDENTES EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO HU-UFSC E MCD	309
APÊNDICE M: CORPO DAS MULHERES NOS TCRS DE RESIDENTES EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO HU-UFSC E MCD	316
APÊNDICE N: CONDUTAS PRECONIZADAS – CONSENSOS E PARADOXOS MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS NOS TCRS DE RESIDENTES EM	

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO HU-UFSC E MCD.....	324
--	-----

INTRODUÇÃO

O presente estudo vem sendo gestado há alguns anos, produto de inquietações vivenciadas no decorrer da minha vida profissional como enfermeira do Ambulatório de Tocoginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC). Somam-se, a esse processo, as reflexões construídas no decorrer da minha formação acadêmica, seja no campo da Sociologia Política¹, seja no de uma teoria crítica dos Direitos Humanos², através do diálogo teórico entre as ciências humanas e as ciências da saúde. Mais recentemente, na última década, houve uma aproximação com os estudos feministas, opção teórico-metodológica que se consolida nesta tese.

O trabalho como enfermeira permitiu-me conhecer a história de vida de muitas mulheres, com as quais pude manter contato pelo cuidado prestado de diversas formas –consulta de enfermagem individualizada; atividades e vivências em outros espaços sociais coletivos (como grupos de mulheres em comunidades, pré-adolescentes e adolescentes em escolas) ou de oficinas realizadas com profissionais de saúde que prestam assistência à saúde nesse campo -, em distintas instituições de saúde e de segurança pública.

Nesse exercício profissional, encantava-me o fato de poder conversar com as mulheres atendidas e discutir sobre sua situação de vida e saúde, suas fragilidades, angústias e medos em um contexto de assistência hospitalar³, afora os cuidados de enfermagem e saúde em cada situação específica. Assim, fui descobrindo o significado de *cuidar*, para além de um atendimento simplesmente técnico.

O contato profissional com elas no campo específico da Ginecologia e Obstetrícia fez com que eu entrasse em outro espaço, o da

¹Realizei o mestrado em Sociologia Política na UFSC, concluído coma dissertação “O processo de implantação do Sistema Único de Saúde –SUS em Florianópolis – SC – 1989-1994”. A análise teve por base questões relacionada ao Estado, ao poder e à política.

² Curso de *Doctorado en Derechos Humanos y Desarrollo* – 2005-2006, realizado na *Universidad Pablo de Olavide*, em Sevilha, Espanha, com apresentação da tese “As Conferências Nacionais de Saúde como espaço de luta para defesa do direito à saúde”, para obtenção do título de *Estudios Avanzados*.

³ No decorrer da vida profissional, atuei como enfermeira em uma unidade de internação de clínica médica, na emergência de adultos, no ambulatório de portadores de diabetes *melitus* e no ambulatório de Tocoginecologia (neste último, por mais tempo).

intimidade, ouvindo alguns de seus segredos e, desse modo, soube da conflituosa, prazerosa e, muitas vezes, desconhecida relação das mulheres com seus próprios corpos. Na outra ponta, estavam os espaços institucionais, os discursos e ações de profissionais de saúde, em especial de médica/os ginecologistas e obstetras, e suas intervenções sobre esses corpos.

Nessa trajetória, percebi que meu trabalho como enfermeira não dependia apenas de habilidade técnica, mas precisava da compreensão e subjetividade femininas para pensar numa relação dialógica que não significasse meramente repetição de um discurso biomédico sobre a anatomia e a fisiologia do aparelho reprodutor feminino ou de um discurso para justificar a intervenção mais apropriada. A reflexão sobre esse discurso biomédico foi despertando o desejo de estudar e pesquisar o tema.

O contexto da minha atuação profissional foi permeado de conhecimento científico de Ginecologia e Obstetrícia, acrescido historicamente dos estudos feministas que representaram e representam um importante paradigma para se constituir um olhar diferenciado a respeito dos corpos mediados sobre os quais atua a Medicina.

O contato com a literatura feminista foi conformando um conjunto de saberes importantes, tanto para minha ação profissional, quanto para a elaboração de questões de pesquisa que se configuraram nesta tese. O caminho teórico desse processo que foi historicamente se construindo será uma das referências-base, ou experimentais, tão importante quanto outras aqui utilizadas para embasamento da tese. A seguir, informo como esse caminho teórico foi se constituindo.

Destaco, inicialmente, o pensamento de autoras que pesquisaram temas que envolvem feminismo e ciência. Considero fundamental fazer conexões entre esses saberes e o pensamento de autoras como Londa Schiebinger, Sandra Harding, Lia Zanotta Machado, Judith Butler e Claudia de Lima Costa, todas feministas, que propõem reflexões acerca de paradigmas metodológicos e epistemológicos sobre ciência, com base em estudos feministas e de gênero. Ênfase especial merecerá Joana Maria Pedro pela forma como contextualizou historicamente o uso de categorias como “mulher”, “mulheres”, “gênero” e “sexo”.

Para incrementar o debate sobre saúde, direitos reprodutivos e Medicina, em especial o campo da Ginecologia e da Obstetrícia, cito Ana Paula Vosne Martins, Maria Martha de Luna Freire, Carmen Suzana Tornquist, Fabiola Rohden, Sônia Hotimsky, Robbie Davis-Floyd. Os estudos sugerem reflexões importantes no que diz respeito ao modelo hegemônico da atenção médica e suas consequências sobre a

saúde das mulheres. Procuo ressaltar a importância desse debate para as ciências médicas e para a construção do seu paradigma científico, especificamente acerca do corpo das mulheres.

Para compor outro eixo, utilizarei as reflexões acerca das concepções de corpo que permearam o debate científico contemporâneo, à luz de estudos feministas, sociológicos e históricos. Em especial, destaco a/os seguintes autores: Susan Bordo, Denise Sant’Anna, Emily Martin, David Le Breton, Anne Marie Moulin, Thomas Laqueur e Francisco Ortega.

Ressalto esses aspectos para refletir, no decorrer da tese, se a Ginecologia e a Obstetrícia – ciência e medicina – atualizaram seus saberes no decorrer do século XX e com que paradigmas sobre o tema “corpo de mulher” entraram no século XXI.

Maria Martha de Luna Freire⁴ discorreu sobre do papel histórico dos médicos na consolidação do modelo de maternidade moderna a ser proposto às mulheres. Esse papel significava prepará-las para o exercício da maternidade com base na racionalidade científica.

O levantamento de teses produzidas pela Medicina entre 1833 e 1940 (em especial apresentadas pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro), realizado por Fabíola Rohden⁵, evidenciou temas hegemônicos relacionados ao corpo e à sexualidade feminina. Mesmo com o desenvolvimento do pensamento científico da área no final do século XIX, quando se associavam “perturbações mentais” e “desejos sexuais” a problemas nos ovários, as cirurgias de castração passaram a ser questionadas. Vale ressaltar que esse questionamento teve por base as consequências dessa castração para os papéis destinados às mulheres, a saber, “privaria a mulher de sua verdadeira essência e do cumprimento do seu destino enquanto mãe e líder moral na sociedade”⁶, pois, ao retirar os ovários, poderia haver uma exacerbação de caracteres masculinos, diminuição do desejo sexual e esterilização. A “dessexualização” da mulher poderia, então, ameaçar o casamento e a divisão sexual do trabalho, considerados “pilares da sociedade”. Assim, no início do século XX, as cirurgias de castração são revistas, pois os ovários são fundamentais à capacidade reprodutiva e à feminilidade das mulheres⁷. Ser mulher (socialmente aceita e respeitada), em outras

⁴ Cf. FREIRE, 2008, p. 160.

⁵ Cf. ROHDEN, 2006.

⁶ Op. Cit., p. 186.

⁷ Op. Cit., p. 187.

palavras, dependia do bom funcionamento dos seus ovários e de assumir a função social de esposa e mãe.

A mulher aparecia no discurso médico em função da reprodução e a Medicina, como uma “ciência da diferença”. A diferença “natural” entre homens e mulheres, por ser determinante na definição de funções sociais. De fato, esse discurso teve um papel preponderante na fixação desta e de outras políticas de controle sobre a vida das mulheres.

Neste sentido, utilizo esses estudos, pela análise crítica dos processos formadores, das propostas assistenciais, da produção de conhecimento no campo da saúde obstétrica e dos direitos reprodutivos para justificar minha opção em me somar a esse processo. Por isso, a proposta de minha pesquisa se direciona à investigação em torno das concepções de corpo presentes na formação da residência médica. Esta modalidade de ensino, voltada à especialização, caracterizada pela formação em serviço, adquiriu uma relevância fundamental no cenário brasileiro, seguindo uma tendência internacional em países ocidentais, conforme identificou Célia Pierantoni. A conformação dessas especialidades foi se constituindo entre grupos acadêmicos de universidades e entidades médicas. A Ginecologia e a Obstetrícia, particularmente, passaram a constituir especialidades médico-sociais academicamente reconhecidas para atuar na área da saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

Esta pesquisa, com base nessas referências, poderá identificar se tais questões – corpo e direitos sexuais e reprodutivos – aparecem na formação da residência médica em Ginecologia e Obstetrícia das instituições estudadas.

Emily Martin propôs uma compreensão integrada entre o biológico e o social; afinal, se os conhecimentos acerca dos genes e dos hormônios são legítimos, por si só eles não respondem pela completude e complexidade das questões humanas que envolvem todo o processo do viver. Por isso, utilizo os argumentos e a perspectiva analítica da autora.

As questões teóricas, aqui apenas brevemente apresentadas e desenvolvidas no capítulo 1, instigaram-me a refletir sobre o tema e, em particular, despertaram-me a vontade de conhecer como, no processo de formação dessas especialidades, foi se consolidando a concepção de corpo que aparece, nos dias atuais nas atividades médicas mencionadas.

Minha trajetória pessoal e acadêmica, conforme já comentei, proporcionou-me o contato com a literatura feminista acerca dos direitos sexuais e reprodutivos. Some-se a isso o processo de meu engajamento político-profissional no Movimento de Humanização do Parto e Nascimento e no de defesa dos direitos humanos. Refletindo a respeito,

constatei que já existem muitos estudos importantes sobre direitos reprodutivos, saúde reprodutiva e Medicina, em especial sobre Obstetrícia. Paralelamente, desenvolveram-se muitos estudos e pesquisas acerca das tecnologias reprodutivas, seus impactos nos corpos femininos, novas conformações familiares, diversidade sexual e sexualidades múltiplas⁸.

Michel Bozon (2004), entre outros autores, destacou o aspecto da politização que envolveu as questões da intimidade e da sexualidade a partir da década de 1960, com o protagonismo dos movimentos feministas. Como o tema dos direitos reprodutivos diz respeito a uma questão relacional entre homens e mulheres, concordo com a afirmação do autor de que “estão entre os mais difíceis de reconhecer”⁹.

Autoras feministas como Françoise Héritier¹⁰, Joan Scott¹¹ e Linda Nicholson¹² problematizaram teoricamente a relação sexo/gênero/sexualidade e trazem importantes contribuições para a desconstrução universal de ser mulher.

Sobre a diferença dos sexos, Françoise Héritier¹³ afirmou que o corpo humano tem sido lugar de observação constante; é lugar de órgãos. Destacou, como traço notável, a diferença sexuada e o diferente papel dos sexos na reprodução. A dualidade idêntico/diferente serviu e serve de suporte aos sistemas ideológicos. O discurso médico insistiu categoricamente no item oposição. A inscrição no biológico é necessária, mas não necessariamente deve ser entendida como tradução única e universal desses dados. Para a autora, a inscrição na biologia comporta categorias duráveis. A valência diferencial representa a relação conceitual hierárquica do masculino/feminino, com formas variadas, mas com predomínio masculino.

Acredito, com a presente tese, poder somar com as abordagens feministas acerca dos estudos no campo da Medicina e da formação médica – especificamente em Ginecologia e Obstetrícia.

Pode-se dizer que fui provocada pelas afirmações de Michel Foucault¹⁴ acerca da formação do discurso em nossa sociedade, em

⁸Ver autores como Marlene Tamanini (2004), Flávio Tarnovski (2010), Leandro Oltramani (2009), Miriam Grossi *et al.* (2007), Tito Sena (2010).

⁹ Cf. BOZON, 2004, p. 85.

¹⁰ Cf. HERITIER, 1996.

¹¹ Cf. SCOTT, 1990.

¹² Cf. NICHOLSON, 2000.

¹³ Cf. HERITIER, 1996, p. 19-22.

¹⁴ Cf. FOUCAULT, 2009, p. 9, 10, 37.

particular pelo que contém de exclusões e interdições – não temos o direito de dizer tudo (tabu do objeto), não podemos falar em qualquer circunstância (ritual da circunstância) e não é qualquer um que pode falar de qualquer coisa (direito privilegiado da fala). Foucault também afirmou que é no campo da sexualidade e da política – na relação com o desejo e o poder – que essas interdições se cruzam e formam uma rede complexa e que constantemente se modifica. A ciência sexual se configura como produtora de verdade para estabelecer normatividades (pelo saber) e normalidades (pelo poder)¹⁵.

No que tange à escolha da especialidade médica – Ginecologia e Obstetrícia -, valho-me dos estudos de Ana Paula Vosne Martins¹⁶. A autora os apresentou como “ciência da mulher”, por racionalizar a respeito da “natureza feminina” e tornar o corpo seu objeto mensurável, e como “medicina da mulher”, a qual, juntamente com a Obstetrícia, assumiu a “naturalização das diferenças sexuais” e buscou restringir a mulher a seu corpo. Esta somatória evidenciou a necessidade de se conformar um campo de saber que “estabelecesse a verdade sobre a alteridade feminina”. Daí o meu desejo de estudá-la.

OBJETIVOS

Com base nas reflexões apontadas até aqui, surge a questão norteadora da tese: Quais são as concepções de corpo que permeiam a formação dos programas de residência médica na área da Ginecologia e Obstetrícia¹⁷ e como, ou eventualmente, dialoga com os estudos feministas contemporâneos?

A tese é de que persiste uma concepção hegemônica de corpo “biológico”, relacionado ao sujeito moderno universal e abstrato, desconsiderando as concepções de corpo como construção social e cultural que se formaram no decorrer do século XX, ignorando as contribuições dos estudos feministas e de gênero. No início do século XXI, com o impacto dos avanços tecnológicos que desvendam o “corpo” através de suas imagens e códigos genéticos, difundidos pelas redes virtuais, o “corpo” ressurgiu como fenômeno abstrato, desvinculado de qualquer personificação ou contextualização do ser

¹⁵ Cf. FOUCAULT, 1988.

¹⁶ Cf. MARTINS, 2004, p. 135.

¹⁷ Para maiores informações, acessar: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12263&Itemid=507>.

humano dotado dessa corporalidade. Apesar desta concepção hegemônica, há rupturas que podem indicar outras concepções, que contextualizam o mesmo corpo, mas considerando-o parte de sujeitos corporificados, no caso, mulheres.

Cito, por exemplo, Maria Michela Marzano-Parisoli¹⁸. Para ela, o corpo, para ser aceito, precisa estar de acordo com os modelos culturais e, portanto, sujeito a constrangimentos sociais. Numa sociedade performática, a expressão desse corpo deve ser corrigida. Para ela, o discurso médico de “corpo” é baseado num modelo “anátomo-fisiológico que faz do ser corporal da pessoa uma simples estrutura modelizável”¹⁹, e as diferenças de “definição ideológica de normalidade” devem ser corrigidas com base em sofisticadas análises médico-científicas. Este olhar médico, que passa por gráficos e monitores, é mediado por uma série de especialistas, os quais, muitas vezes, não olham para a pessoa, reduzindo-a a “corpo-objeto”.

Ainda sobre esta questão, Marlene Tamanini²⁰ escreveu acerca dos impactos que o desenvolvimento das tecnologias reprodutivas desencadeiam na vida de mulheres e homens que buscam um(a) filho(a) biológico(a) a qualquer preço, para transmitir seu DNA. Esse processo envolve riscos de insucesso, com consequências emocionais, físicas e econômicas. Somam-se, em especial no corpo das mulheres, a realização de inúmeros exames invasivos, o uso de medicamentos com múltiplos efeitos colaterais e a possibilidade de gravidez múltipla.

Portanto, de que maneira os textos médicos expressam a concepção de corpo? Como percebem as mulheres detentoras desses corpos? Por acaso se apropriam de alguma coisa das discussões do campo feminista?

Objetivo Geral

Com esta, digamos, perplexidade, propus-me como objetivo geral conhecer as concepções de corpo que permeiam a formação da residência médica em Ginecologia e Obstetria em dois programas que funcionam em instituições públicas situadas na Região Sul do País: a Maternidade Carmela Dutra (MCD), ligada à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, e o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC).

¹⁸Cf. MARZANO-PARISOLI, 2004.

¹⁹Op. Cit., p. 66.

²⁰Cf. TAMANINI, 2004.

Objetivos Específicos

Como objetivos específicos, pretendo identificar as concepções de corpo embutidas nas propostas de formação médica, seguindo algumas fontes da área²¹: a) discurso médico da Abem e da Febrasgo, analisando editoriais de suas revistas científicas, da Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM) - e da Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (RBGO), respectivamente; b) programas de residência médica em Ginecologia e Obstetrícia; c) diretrizes curriculares propostas pelo MEC; d) produção teórica das médicas residentes que concluíram sua formação em 2010/2011, em seus trabalhos de conclusão de residência (TCRs).

Todos estes dados permitirão observar eventuais apropriações ou aproximações entre o discurso médico e a concepção de corpo que permeia a - Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia (RMGO) e os estudos feministas atuais.

Esta tese é desenvolvida em âmbito interdisciplinar por ser considerado o melhor caminho para uma análise confiável da questão. Héctor Leis²² sugere a interdisciplinaridade para o estudo de “problemas prementes de nossa época” e para um trabalho “singularizado e de múltiplas facetas”. Por sua característica - perpassar diferentes saberes disciplinares -, não cabe buscar uma definição unívoca para o termo. O autor aponta três caminhos por entre os quais a interdisciplinaridade se tem desenvolvido: o lógico racional da cultura científica francesa, em busca do significado; o metodológico, com base na lógica instrumental da cultura científica americana, voltado à função social profissionalizante; e, um terceiro, que considera os aspectos humanos e afetivos do ser, da cultura científica brasileira emergente. Este último enfoque “está orientado para a intersubjetividade dos agentes no plano metodológico”.

Segundo Leis, interdisciplinaridade não pode significar incompatibilidade entre as três visões, mas abre uma perspectiva de integração entre a visão lógico-racional, a instrumental e a subjetiva. É por este caminho que rumo pela interdisciplinaridade neste projeto de pesquisa. Faço minha a reivindicação de Bernstein apud Leis, de “que o

²¹ Estas fontes não podem mostrar que estes novos conhecimentos feministas serão efetivamente utilizados na prática médica, mas este não é o objetivo desta tese.

²²Cf. LEIS, 2005.

conhecimento deve ser empírico, interpretativo e crítico, ao mesmo tempo”²³.

Destaco as palavras que Leis (2010) utilizou ao se referir às pesquisas interdisciplinares²⁴, quando afirmou que definir um problema de pesquisa não significa pretender a “melhor” resposta. Minha opção metodológica pela pesquisa interdisciplinar não foi simplesmente uma somatória de saberes disciplinares. Minha trajetória evidenciou que esta tese pode não ser a melhor resposta para minha questão, mas ela é uma interpretação possível.

A análise de determinado objeto, mesmo que complexa, pelo diálogo interdisciplinar poderá contribuir para propor um novo olhar sobre o tema estudado, mesclando perspectivas de análises distintas.

Acrescento à “opção metodológica” o quesito “qualitativa”, de acordo com a concepção de Cecília Minayo, pretendendo, com ela, que de fato seja capaz de incorporar o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos humanos e às construções humanas significativas²⁵. A autora afirma que “uma boa análise crítica dos programas sociais necessita problematizar o conceito de mudança”²⁶.

Para dar conta de tal problema, utilizo a pesquisa histórica em fontes documentais. Para maior clareza e maior disponibilidade de recursos, completarei as reflexões metodológicas da pesquisa histórica com dados da pesquisa sociológica e da pesquisa antropológica.

Gilberto Velho²⁷, já em sua época, tratava da observação do familiar, problematizando a noção de “distância” social ou psicológica do pesquisador, o que não é meu caso, que aliás me favorece justamente por minha proximidade com o tema. A noção - de *exótico* e *familiar* -, entretanto, não é homogênea nas sociedades contemporâneas. As relações de poder e hierarquias possibilitam à investigação científica “o questionamento e exame sistemático de seu próprio ambiente”²⁸. Ao examinar o *familiar*, nosso olhar pode estar comprometido por rotina, hábitos e estereótipos. Temos mapas mais complexos, mas o autor

²³ Op. Cit., p. 09.

²⁴ Palestra proferida pelo professor Héctor Leis na mesa redonda intitulada “Práticas Interdisciplinares no Ensino, Pesquisa e Extensão da Pós-Graduação”, realizada no Encontro Acadêmico Internacional: Interdisciplinaridade e a Pós-Graduação – Escola de Altos Estudos CAPES/UFSC, Florianópolis, de 16 a 19 de novembro de 2010.

²⁵ Apud MINAYO, 1992.

²⁶ Id., 2005, p.53.

²⁷ Cf. VELHO, 1978.

²⁸ Op. Cit., p. 41.

argumenta que, mesmo em sociedades exóticas, nosso olhar também tem por base os princípios da nossa socialização.

Outro aspecto importante é que, numa análise antropológico-interpretativa do que seja *familiar*, o que a autora escreve estará sempre sendo testado e confrontado, e concorre com outras análises não necessariamente científicas, podendo ser artísticas ou políticas. Esta heterogeneidade expõe mais a pesquisadora. Gilberto Velho explica, por conta disso, que podemos estranhar o *familiar* a partir de uma situação assumida de confronto intelectual e emocional frente a diferentes interpretações sobre fatos ou situações. A *observação familiar* poderá eventualmente assumir um caráter transformador se pensar no significado de mudança social a partir de “decisões e interações cotidianas”²⁹.

Para refletir a respeito da *observação do familiar* que constrói nossa interpretação, Cardoso de Oliveira³⁰ aborda três etapas constitutivas do trabalho da antropóloga: o olhar, o ouvir e o escrever. As duas primeiras etapas constituem nossa percepção, com o que contribuem para que o escrever possa resultar na produção de um discurso criativo. Cito Geertz³¹ que define as etapas *do olhar e do ouvir* como o “estando lá”, enquanto a de escrever como o “estando aqui”. O ato de escrever - “estando aqui” - “cumprir sua mais alta função cognitiva”³². Posso sugerir que, no presente, o olhar e o ouvir pode ser tomado como a ação de “ler”, ou, mais especificamente, “ler” no sentido de acessar diferentes fontes, de autores.

A tarefa de “textualizar a cultura” é bastante complexa, pois envolve aspectos morais, políticos e epistemológicos. A escrita etnográfica, traduzindo e interpretando o que foi visto e ouvido (neste caso, lido), deve vir marcada não pela subjetividade da autor/pesquisador, mas por uma “intersubjetividade” que reflita uma relação dialógica entre pesquisadas e pesquisadores, construídas pelas palavras-chave (ou “ideias-valor”, de acordo com Louis Dumont) do fazer antropológico: “observação participante” e “relativização”.

A escolha do tempo presente para esta pesquisa se coaduna com o que escreve Marieta Ferreira³³ acerca das discussões e transformações no campo da pesquisa histórica e da relação entre passado e presente.

²⁹ Op. Cit., p. 46.

³⁰ Cf. OLIVEIRA, 2000.

³¹ Cf. GEERTZ, 1989.

³² Op. Cit., p. 25.

³³ Cf. FERREIRA, 2000.

Para a autora, novos caminhos se abriram para a pesquisa a partir da ruptura com a ideia de que a relação entre objeto histórico e passado representa algo que não pode ser reinterpretado à luz do presente. Acerca da importância do distanciamento de pesquisadores para a análise histórica, ela cita Roger Chartier para defender que a proximidade pode contribuir para uma melhor compreensão da realidade a ser estudada, além de superar uma possível descontinuidade “que ordinariamente separa o instrumental intelectual, afetivo e psíquico do historiador e aqueles que fazem história”³⁴. Esta reflexão combina com o que já destaquei de Gilberto Velho e Cardoso de Oliveira.

O primeiro passo que Carlos Bacellar³⁵ recomenda na pesquisa é a localização das fontes. Foi o que fiz junto às instituições selecionadas – Maternidade Carmela Dutra (MCD) e Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), na busca por documentos que me pudessem disponibilizar dados para o trabalho. Realizei visitas às duas instituições. O contato com funcionárias, em especial com a bibliotecária do Centro de Estudos de uma delas, e os coordenadores dos respectivos programas, foi muito importante para ter acesso a parcela das fontes documentais necessárias à pesquisa.

A escolha das duas instituições pesquisadas teve por base algumas prerrogativas. Ambas estão situadas em Florianópolis/Santa Catarina. São instituições públicas que operam no âmbito do SUS. A MCD foi inaugurada em 3 de julho de 1955, inicialmente voltada com exclusividade à obstetrícia. É administrada pela Secretaria de Estadual de Saúde de Santa Catarina; possui, atualmente, 112 leitos, nas áreas da Obstetrícia, Ginecologia, Oncologia e Neonatologia. Presta atendimento ambulatorial em diversas áreas e é uma maternidade de referência estadual³⁶. O HU-UFSC foi inaugurado em 2 de maio de 1980 como hospital geral. A maternidade iniciou suas atividades em outubro de 1995 (com Tocoginecologia, Centro Obstétrico e Neonatologia). As atividades ambulatoriais iniciaram-se em 1980³⁷.

Para pensar na amplitude das fontes documentais que considero importantes, faço uma ruptura nas duas vertentes do campo da História

³⁴ Op. Cit., p. 121.

³⁵ Cf. BACELLAR, 2010.

³⁶ Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/59298-apresentacao-da-implantacao-do-acolhimento-e-ambiencia-no-setor-de-emergencia-da-maternidade-carmela-dutra> Acesso em: 1 abr. 2014

³⁷ Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/portal_novo/?page_id=13 Acesso em: 1 abr. 2014

das Ciências, que se conformaram ao longo do século XX, apresentada por Maria Amélia M. Dantes³⁸. Para a vertente internalista (oriunda de uma visão tradicional, dominante no âmbito internacional até meados da década de 1960), a concepção de ciência admitia como conhecimentos racionais os que fossem obtidos por métodos que utilizam regras objetivas e universais. Dentro dessa concepção, textos científicos eram considerados fontes de pesquisa. Outra vertente – a externalista – considerava a ação de fatores externos e sociais na produção de conhecimentos; neste outro sentido, fontes de pesquisa eram constituídas por outros documentos relacionados a outras dimensões da sociedade, fossem sociais, econômicas, políticas e/ou culturais.

A autora observa que a nova historiografia tem como uma de suas características a concepção de ciência não apenas como teoria, mas como prática que produz fatos científicos que se consolidam socialmente. Cabe, portanto, à pesquisadora abranger em sua perspectiva de análise todo o processo de produção do conhecimento. O mesmo sugere Bruno Latour, citado por Dantes. Dessa maneira, amplia-se o universo das fontes documentais para além dos textos científicos, podendo incluir “anotações de pesquisa, instrumentos, correspondências, públicas e privadas, documentos institucionais, documentos governamentais, periódicos, etc.”³⁹

No âmbito da coleta de dados, realizei contatos com os(as) coordenadores(as) dos Programas de Residência Médica da MCD e do HU-UFSC. Apresentei a proposta inicial de estudo e minha solicitação por dados a coletar. Fui encaminhada a outras pessoas que poderiam fornecer o material solicitado. Essa interação foi concebida como “contato com informantes”. As visitas foram registradas em diários de campo.

Listo a seguir a relação de documentos obtidos junto ao Hospital Universitário da UFSC, à Maternidade Carmela Dutra, ao Ministério da Educação (MEC), trabalhos de conclusão de Residência da Maternidade Carmela Dutra.

- a) Hospital Universitário/UFSC: Programa teórico, conforme programa da Febrasgo; temas para as aulas de medicina fetal, 2011; revisão de rotinas de Ginecologia do curso de capacitação, 2011; programa teórico da residência em Obstetrícia, 2011; Manual do Residente, 2011; rotinas da Divisão de

³⁸ Cf. DANTES, 2010.

³⁹ Op. Cit., p. 5.

- Tocoginecologia do Hospital Universitário Dr. Polydoro Ernani de São Thiago (UFSC), 2010; cópia integral de seis trabalhos de conclusão de residência, dos anos de 2009, 2010 e 2011;
- b) Maternidade Carmela Dutra: cronograma das aulas de Ginecologia e Obstetrícia, 2011; Programas de 2012 para Ginecologia, Obstetrícia, Mastologia, Planejamento Familiar e Infertilidade; Manual do Médico Residente, 2012 (atualizado); relação dos 296 livros do Centro de Estudos; registro dos 163 trabalhos de conclusão de residência médica, desde 1979; cópia integral dos dez trabalhos de conclusão da residência de 2010 e 2011; Manual de Rotinas de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Carmela Dutra, 2012 (2. edição);
 - c) Ministério da Educação (MEC): documentos oficiais e decretos que regulamentam a residência médica no Brasil;
 - d) Relação dos trabalhos de conclusão de Residência Médica (compreendendo número de registro, ano, nome de autores e assunto) da Maternidade Carmela Dutra, que registram 163 trabalhos, de 1979 a 2011; cópia integral de 10 trabalhos de conclusão da Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, dos anos 2010 e 2011.
 - e) 45 editoriais da Revista Brasileira de Educação Médica, de 2000 a 2012;
 - f) 160 editoriais da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, de 1998 a 2012.

De acordo com o que sugeriu Maria Amélia Dantes acerca das fontes documentais, incluí no meu universo de pesquisa os editoriais da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (RBGO) e da Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM), cuja análise ajudou a compreender os significados presentes nesses importantes veículos de comunicação da categoria médica. As duas revistas científicas são órgãos oficiais de entidades médicas reconhecidas nacionalmente: a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), e a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem). Ambas representam o pensamento político-profissional nos campos específicos da especialidade médica (Ginecologia e Obstetrícia) e do ensino médico.

Para análise dos dados coletados, procurei por leituras que me fizessem compreender com maior rigor as propostas de análise de

conteúdo, de Laurence Bardin⁴⁰, além da análise de discurso, de Eni Orlandi⁴¹.

Bardin (2011) apresenta a análise de conteúdo como um conjunto de instrumentos metodológicos aplicados a discursos diversificados. Considera importante descartar o que denominou de “compreensão espontânea”, ou “leitura simples do real”, em especial quando a pesquisadora tem familiaridade com o estudo. É um único instrumento, mas com uma variedade de formas que podem se adaptar ao campo e aos objetivos, permitindo expor ou escrever objetos encontrados, seja como significados, seja como significantes. Como unidades de codificação, sugere o autor que podem ser constituídas por palavras ou frases. Este foi um dos motivos que me fizeram não utilizar esse referencial para análise dos dados. Pretendo analisar mais do que palavras ou textos inseridos em unidades de contexto; prefiro ideias abrangentes que se inter-relacionam em todo o texto.

Também resolvi não utilizar a proposta de análise de discurso de Eni Orlandi (2010), que problematiza as maneiras de ler, enfatizando não haver “neutralidade”. A partir da entrada do simbólico, receia haver comprometimento com “os sentidos e o político”⁴². Ela afirma que o sentido é determinado por “posições ideológicas colocadas em jogo no processo sócio-histórico em que as palavras são produzidas”⁴³. Estabelece relação entre discurso, ideologia e língua, admitindo que é esta relação que produz sentido para os sujeitos. Como a ideologia não faz parte dos objetivos de minha meu contexto de análise nesta tese, não pretendo utilizar a análise de discurso proposta por Orlandi.

Para análise dos dados, seguirei a linha e os métodos de Michel Foucault e Pierre Bourdieu.

Opto pela análise documental utilizando, para justificá-la, o argumento de Michel Foucault⁴⁴, de que o documento não representa algo inerte no qual a história busca reconstituir o passado (o que se fez ou o que se diz), mas que é necessário elaborá-lo desde seu interior para identificar elementos e descrever relações. Admite que a produção de discurso é controlada e organizada por procedimentos que visam a “dominar seu conhecimento aleatório” e a esquivar sua materialidade. Para o autor, a “vontade de verdade” atravessou séculos, valorizando o

⁴⁰Cf. BARDIN, 2011.

⁴¹Cf. ORLANDI, 2010.

⁴² Op.Cit., p. 9.

⁴³ Op. Cit., p. 42.

⁴⁴Cf. FOUCAULT, 2007, p. 7-8.

“discurso verdadeiro” – aquele proferido para pronunciar a justiça, por “quem de direito” e conforme “ritual requerido”⁴⁵. Posteriormente, deslocou-se de quem dizia e do ato ritualizado para o que era dito – seu enunciado (seu sentido, forma, objeto, relação com sua referência). Destacou, entre os mecanismos de exclusão de nossa sociedade, o que ele denomina “interdição”, que significa que “não se tem o direito de dizer tudo, que não se pode falar em tudo em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa”⁴⁶. Isto será útil para analisar os textos da Medicina e identificar quem são as pessoas “autorizadas” a falar sobre o corpo. Esta vontade de verdade se apoiou na institucionalidade do sistema de livros e na sociedade de sábios de outrora (seriam as sociedades científicas atuais?). Reflete-se também na forma como o saber é atribuído numa sociedade. Quanto aos mecanismos de controle do discurso, cita a imposição de regras para quem o pronuncia, fazendo com que nem todos tenham permissão para fazê-lo. Foucault considerou no discurso três coerções: a limitação de seus poderes; o domínio sobre sua aparição e, por fim, a seleção dos sujeitos que falam⁴⁷. Ele também escreveu acerca do discurso médico, de sua forma particular de circulação, de sua constituição a partir da história natural e, posteriormente, da anatomia e da biologia.

Michel Foucault (2007), ao escrever sobre o papel do historiador, apontou a importância do deslocamento que aconteceu, de atenção das “vastas unidades” ou de manifestações homogêneas, para os “fenômenos de ruptura”, para os deslocamentos. Dessa forma, a história de um conceito não é representada pelo encadeamento de sua racionalidade, mas pelas múltiplas interações de suas regras, de seus meios teóricos. Neste sentido e na medida em que o presente se modifica, aparecem “vários passados” e “as descrições históricas se ordenam necessariamente pela atualidade do saber” (FOUCAULT, 2007, p. 5).

Pretendo utilizar estas reflexões para buscar, no discurso médico recente da Ginecologia e Obstetrícia (GO), possíveis rupturas e perturbações de continuidade na concepção hegemônica sobre corpo da mulher, tema já tão discutido pelos estudos feministas. Não se trata apenas de distinguir acontecimentos importantes, mas acontecimentos diferentes.

⁴⁵ Id., 2010, p. 14-15.

⁴⁶ Op. Cit., p. 9.

⁴⁷ Op. Cit., p. 37.

Ao utilizar os conhecimentos da história para esta tese, é fundamental discorrer sobre a utilização de documentos como fonte.

Tanto Michel Foucault (2007) quanto Jacques Le Goff (1990) discorrem sobre a necessidade da “crítica ao documento”. Deve-se indagar “não apenas o que eles queriam dizer, mas se diziam a verdade e com que direito podem pretendê-lo”. O documento não representa algo inerte quando se pretende, ao utilizá-lo, “reconstituir” o passado ou interpretá-lo para saber se “diz a verdade”. Deve-se “trabalhá-lo no interior e elaborá-lo; ela (a história) o organiza, recorta, distribui, [...] distingue o que é pertinente do que não é, [...], descreve relações” (FOUCAULT, 2007, p. 7).

Segundo Le Goff (1990), o “alargamento” do termo documento levou ao que ele denominou de “revolução documental” – quantitativa e qualitativa -, a partir dos anos 60. Essa revolução levou a uma mudança na unidade de informação. Ao invés do fato, que leva a uma história linear, esse movimento “privilegia o dado, que leva à série e a uma história descontínua” (LE GOFF, 1990, p. 469). A crítica documental, dever da historiadora, inicialmente entendida como a comprovação de sua autenticidade, agora se traduz pela compreensão de que “é um produto da sociedade que o fabricou segundo relações de forças que aí detinham o poder” (LE GOFF, p. 472). A perspectiva referida pelo autor, com base nos escritos de Foucault, significa “questionar o documento”. Citando Foucault:

a história é o que transforma os documentos em monumentos e que desdobra, onde se decifravam rastros deixados pelos homens, onde se tentava reconhecer em profundidade o que tinham sido, uma massa de elementos que devem ser isolados, agrupados, tornados pertinentes, inter-relacionados, organizados em conjunto (FOUCAULT, 2007, p. 8).

Le Goff (1990) também entende que o documento “não é inócuo”. E assim, as escolhas da historiadora – suas preferências por uns em vez de outros - relacionam-se com sua posição na sociedade, razão pela qual tais escolhas não são neutras.

Assumo aqui as minhas escolhas documentais – os editoriais, os programas, os manuais, os TCRs -, compreendendo-as como “resultado do esforço das sociedades históricas para impor ao futuro – voluntária

ou involuntariamente – determinada imagem de si próprias” (LE GOFF, 1990, p. 475).

Para colaborar na compreensão desse processo, no que tange ao que é objeto da ciência e rompendo com sua tradicional “neutralidade”, estou de acordo com Pierre Bourdieu⁴⁸. Questionar o interesse que não está manifesto em nossos atos é fundamental para romper com uma visão encantada e mistificada das condutas humanas, visão de desinteresse por excelência, muito comum no mundo intelectual. É preciso lembrar que os jogos intelectuais também são dotados de interesse.

Talvez Arjun Appadurai⁴⁹ possa colaborar com essa discussão, pela análise que faz sobre o fluxo cultural global nas sociedades contemporâneas. O autor situa a importância do debate entre as questões da “homogeneização” e da “heterogeneização” das culturas, e o significado dessa homogeneização a partir do que vem das metrópoles centrais. Se pensarmos a Medicina enquanto ciência instituída e, como sugere Pierre Bourdieu⁵⁰, como campo científico que constitui um espaço de luta pelo poder do “monopólio da autoridade científica definida, de maneira inseparável, como capacidade técnica e poder social; [...] capacidade de falar e agir legitimamente (isto é, de maneira autorizada e com autoridade)”, esse campo científico faz circular um fluxo global cultural que Appadurai denomina de *mediascape* (recursos eletrônicos para produzir e difundir informação). O autor utiliza o sufixo *scape* para indicar que são construções em perspectivas, perpassadas pela história, pela linguística e pelas localizações políticas de diferentes tipos de atores (no caso, a categoria médica).

Bourdieu⁵¹ percebeu que a própria circulação da informação científica tem por trás de si orientações políticas e econômicas, e produz, portanto, mensagens por via de uma interação social estruturada. Ou seja, todo tipo de interação simbólico-social não depende apenas da estrutura do grupo em que ela se dá, mas também das estruturas sociais macro em que se encontram inseridas.

⁴⁸Cf. BOURDIEU, 1996, p. 137.

⁴⁹Cf. APPADURAI, 2000.

⁵⁰Cf. BOURDIEU, 1983, p.122-123

⁵¹ Idem, 1983.

ESTRUTURA DA TESE

Para atingir os objetivos propostos, a tese se divide em quatro capítulos. Além de introdução.

O capítulo primeiro, intitulado “Uma análise feminista das concepções contemporâneas de corpo e sua relação com o saber médico”, apresenta uma reflexão teórica acerca das questões desta tese à luz das teorias e dos estudos feministas, com base nas discussões atuais no campo da ciência sobre Medicina, ciência e corpo. Pretendo aqui apresentar uma revisão acerca as concepções de corpo que foram sendo construídas no campo da História, da Sociologia e dos estudos feministas, ampliando a discussão teórica apresentada nesta introdução, por considerá-la necessária para subsidiar a análise dos dados obtidos e apresentados nos capítulos seguintes. Procuo abordar a questão se a Medicina, neste século XXI, à luz do reconhecimento inegável dos direitos sexuais e reprodutivos, pode, teoricamente, dialogar com os estudos feministas.

O segundo capítulo, denominado “A conformação do campo científico atual da Medicina – o que dizem as revistas científicas das entidades médicas Febrasgo e Abem”, tem a finalidade de conhecer a concepção de corpo que aparece nos textos dessas entidades. Para isso, são analisados os editoriais da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (RBGO), publicada pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), no período de 1998 a 2012, e os editoriais da Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM), publicada pela Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) no período de 2000 a 2012. Vale ressaltar que, numa das instituições pesquisadas, os artigos da RBGO são indicados como bibliografia para revisões e preparação de seminários. A escolha das duas entidades, Febrasgo e Abem, tem por base seu reconhecimento político e profissional em áreas importantes que se relacionam com esta tese: o ensino médico e as especialidades de Ginecologia e Obstetrícia.

O terceiro capítulo intitula-se “Programas e diretrizes da residência médica em Ginecologia e Obstetrícia”. Aborda as diretrizes que perpassam as bases da residência médica nas duas especialidades. Para tanto, analiso os documentos oficiais do MEC, as propostas das entidades médicas e os programas das residências estudadas, além dos consensos e contradições encontrados.

O quarto capítulo intitula-se “O “corpo” que é perceptível nos trabalhos da(o)s médica(o)s residentes”. Para finalizar o processo de formação e para recebimento dos certificados de conclusão, é necessário

elaborar trabalhos científicos. A orientação recomenda a realização de projetos de pesquisa que, após submissão aos comitês de ética, são realizados e apresentados em banca. Em função desse processo, o capítulo tem a finalidade de analisar os trabalhos apresentados em 2010 e 2011 e buscar identificar as concepções de corpo que neles aparecem, relacionando-as com o que foi encontrado nos editoriais da RBGO e da RBEM.

As conclusões que dão fechamento à tese propõem reflexões acerca da relação Medicina-feminismo, com questões como: “Quem é essa “mulher?” “Quem são essas “mulheres” que a Medicina (entenda-se Ginecologia e Obstetrícia) tem como ‘objeto’ de atenção de saúde e “que corpo é esse”?”

1 UMA ANÁLISE FEMINISTA DAS CONCEPÇÕES CONTEMPORÂNEAS DE CORPO E SUA RELAÇÃO COM O SABER MÉDICO

Este trabalho representou um desafio epistemológico por enfrentar um tema já bastante discutido: o corpo. Busquei redirecionar o olhar e formular questões que pudessem contribuir para o enfoque teórico da pesquisa, o da perspectiva feminista. A análise desta bibliografia tem em vista construir as ferramentas de acesso às suas fontes documentais, relacionando os estudos que, ao longo da história, se foram realizando sobre o corpo e os saberes médicos.

A curiosidade científica que me instiga tem sua inspiração nos escritos de Michel Foucault (1988). Propõe que a curiosidade em busca do conhecimento não deve se limitar ao que, por alguma conveniência, se queira conhecer, mas à que mova a todo interessado a “sair de si mesmo”. É necessário sair da acomodação da “aquisição do conhecimento” para buscar “o descaminho” daquilo que se conhece. Valendo-me de suas palavras, cito: “Existem momentos na vida onde a questão de saber se é possível pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou refletir” (FOUCAULT, 1988, p. 13).

Início este capítulo utilizando o pensamento da feminista Londa Schiebinger (2001) e sua análise acerca das contribuições do feminismo com os vários campos da ciência⁵² e da influência do gênero no conhecimento científico. A autora afirma que “a Medicina fornece um dos melhores exemplos de sucesso para o feminismo” (2001, p. 43). Esta frase, quando a li, pareceu-me um paradoxo. Afinal, muitas autoras feministas que utilizo como referência em minha trajetória profissional e acadêmica (Ana Paula Vosne Martins, Carmem Suzana Tornquist, Fabíola Rohden, Sônia Hotimsky, Susan Bordo, dentre outras), criticam a construção do conhecimento científico da Medicina, em especial o campo da Ginecologia e da Obstetrícia (GO), compreendendo as especialidades como projeto político-ideológico de sujeição das mulheres e conformação dos corpos femininos à “sua natureza”, ou seja, à maternidade. Então, como a Medicina, leia-se GO, pode representar um sucesso para o feminismo?

⁵² Londa Schiebinger cita outros exemplos, além da Medicina. Aborda, especificamente, o papel de cientistas mulheres para mudar o enfoque da ciência na produção de novos conhecimentos, como paleoantropólogas, arqueólogas, primatologistas e biólogas, enfoques que não vou abordar nesta tese.

Discorrendo acerca da relação das especialidades e os corpos, considero controversas bandeiras históricas feministas como “*meu corpo me pertence*”. Indago, que corpo? Corpo anatômico, corpo-célula, corpo genético, corpo-imagem? O desenvolvimento da ciência médica e todas as descobertas recentes sobre o corpo efetivamente contribuem para que as mulheres se apropriem ou se apoderem de seus corpos? Há uma relação crescente entre ciência médica e autonomia das mulheres para decidir sobre seus corpos? Há possibilidade de diálogo entre os saberes da Medicina e os estudos feministas, com alguma probabilidade de sucesso, pergunta Londa Schiebinger?

Para além da conexão medicina-feminismo, outro aspecto desta tese diz respeito à reflexão contemporânea a respeito. Dentre alguns autores atuais que escrevem sobre a antropologia do corpo, cito Francisco Ortega⁵³ (2008). Ao discutir corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea, provocou-me a pensar sobre *corpo-imagem*.

Estudar a relação *corpo feminino-imagem* pode representar novas perspectivas de mirada sobre a relação *medicina-corpo*, proporcionando uma perspectiva de análise distinta, não mais com a utilização de metáforas⁵⁴ – corpo-máquina, corpo-sistema, corpo-função -, se se pensar no papel que a imagem assume nas sociedades contemporâneas. A publicização desse desvendamento do corpo (não mais o corpo anatômico, dissecado nas aulas de anatomia do século XVIII e XIX, de acesso restrito aos alunos da Medicina), acontece agora por meio de tantas imagens e códigos genéticos veiculados pela mídia eletrônica⁵⁵, de acesso público, além de múltiplos exames que utilizam tecnologias da telemedicina⁵⁶.

O desvendamento do corpo pode representar (ou aparentar?), a princípio, uma democratização do acesso à informação, uma socialização acerca dos conhecimentos do corpo, da saúde, da Medicina. Se o acesso ao conhecimento está disponível de forma mais ampla, é de

⁵³ Este autor faz algumas críticas às feministas.

⁵⁴ Ver o que escreve a respeito desse tema Emily Martin (2006).

⁵⁵ Vide projetos *The Visible Man* e *The Visible Woman*, que disponibilizam imagens digitais do corpo humano escaneado.

⁵⁶ Recentemente, o Conselho Federal de Medicina se manifestou publicamente acerca de consultas médicas realizadas à distância, proibindo-as. Fonte: <http://opiniaoenoticia.com.br/brasil/politica/consultas-medicinas-a-distancia-sao-proibidas/> Acesso em: 16 abr. 2013.

se supor que o fato se possa refletir na autonomia das decisões a serem tomadas acerca deste corpo individual, pertencente a cada mulher.

Como a Medicina-ciência/profissão aborda e trata esta questão? Ela aparece nas diretrizes da formação médica na área da GO? Como a utilização desse *corpo-imagem* aparece na formação médica em GO? As evidências e os diagnósticos cada vez mais precoces, proporcionados pelas tecnologias médicas, através das imagens, podem determinar um conjunto de ações e intervenções que impeça a decisão individualizada e autônoma das mulheres? As ações médicas, cada vez mais baseadas na produção dessas imagens e suas interpretações, determinam o que deve ou não ser feito no corpo das mulheres? Esse *corpo-imagem* representa um avanço na ciência médica, com influência do feminismo, como sugeriu Londa Schiebinger? Ou, ao contrário, pode representar um artil para as mulheres, como evidenciam os estudos de Carmem Suzana Tornquist em sua análise sobre o discurso de humanização do nascimento?

Levantadas tantas perguntas, proponho, para nortear este capítulo, a seguinte questão: Diante da Medicina que surge no século XXI, numa época de reconhecimento inegável dos direitos sexuais e reprodutivos, em que medida a Medicina – GO - pode significar um avanço para o feminismo? Têm surgido novas possibilidades nesse campo específico do conhecimento que possam representar espaços libertários para as mulheres? A partir do conhecimento atual da Medicina, como se apresenta a prerrogativa de decisão das mulheres sobre seus próprios corpos à luz de uma das palavras de ordem do feminismo: “*meu corpo me pertence*”? É possível pensar ou vislumbrar rupturas em novas abordagens no campo da Medicina – GO - que a aproximem do feminismo, conferindo tal poder às mulheres?

Diante do exposto, pretendo promover um diálogo teórico entre o debate feminista no campo dos direitos sexuais e reprodutivos e sua interface com a “Medicina da Mulher”⁵⁷, assim como entre o tema do feminismo e a ciência, buscando identificar as rupturas epistemológicas e metodológicas que possam contribuir para os estudos feministas neste campo.

Destaco, inicialmente, o debate acerca de ciência e feminismo. Procuro, neste sentido, fazer conexões entre o pensamento de autoras

⁵⁷ Utilizo aqui o termo “Medicina da Mulher” proposto por Ana Paula Vosne Martins (2004) para designar o campo da Ginecologia e Obstetria, a partir de seus estudos históricos sobre esse campo do saber médico, nos séculos XIX e XX.

feministas como Sônia Harding, Lia Zanotta Machado, Cláudia Lima Costa e Joana Maria Pedro, que propõem reflexões acerca de paradigmas metodológicos e epistemológicos sobre ciência, com base em estudos de gênero. Este debate é permeado pelas reflexões de Londa Schiebinger.

Para incrementá-lo, utilizo o pensamento de autoras que têm pesquisado acerca de temas que envolvem o campo da GO e sua relação com os debates acerca dos direitos sexuais e reprodutivos. Cito Ana Paula Vosne Martins, Maria Martha de Luna Freire, Carmem Suzana Tornquist, Fabíola Rohden, Sônia Hotimsky. Estes estudos têm provocado reflexões importantes no que diz respeito ao modelo hegemônico de atenção médica e suas consequências sobre a saúde das mulheres. Busco ressaltar a importância deste debate para as ciências médicas e a construção do seu paradigma científico, especificamente acerca do controle sobre o corpo das mulheres.

Para compor outro eixo, utilizarei as reflexões acerca das concepções de corpo que têm permeado o debate científico contemporâneo à luz de estudos feministas, sociológicos e históricos. Destaco, em especial, a(o)s seguintes autores: Susan Bordo, Denise Sant’Anna, Emily Martin, David Le Breton, Thomas Laqueur, Anne Marie Moulin, Francisco Ortega e Londa Schiebinger.

Assim, pretendo embasar o referencial teórico que fundamenta a presente tese na conexão entre as concepções *de corpo-imagem*, o saber científico da GO e o feminismo.

1.1 FEMINISMO E CIÊNCIA – ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Início com este tópico antes de entrar nas discussões que guiaram a construção de minha trajetória profissional e teórica, a começar pelas leituras sobre a Medicina como ciência e prática. Considero importante justificar o que me instigou a adotar a perspectiva teórico-metodológica do feminismo.

Justifico minha opção por teorias feministas citando as reflexões de Sandra Harding⁵⁸ sobre construção do conhecimento científico. Segundo a autora, muitos grupos, além das feministas, têm realizado estudos com o objetivo de identificar os usos e os abusos da ciência.

Seria a busca por um modelo de racionalidade um desafio de produção de uma política capaz de transferir o controle de quem “possui” para as mãos de quem “não possui”?

⁵⁸Cf. HARDING, 1996.

Torna-se necessário conhecer os mecanismos econômicos, políticos e psicológicos que sustentaram e sustentam o sexismo da ciência para desconstruí-los e tornar a busca pelo saber mais integradora do humano. As epistemologias feministas diferenciam-se das dominantes, segundo Harding, por proporem uma relação distinta entre saber e ser para justificar a busca do saber e das formas de estar no mundo. Ela propõe uma desconstrução da “ciência pura”, afirmando que a pesquisa descolada do sistema de valores da cultura existe apenas para quem a defende. Ou seja, “o empreendimento científico é estrutural e simbolicamente integrante dos sistemas de valores da cultura”⁵⁹.

Aponta dois problemas para a teoria e a prática feminista. O primeiro deles diz respeito à ênfase de que “os seres humanos são de *carne e osso* – e não mentes cartesianas que, por acaso, habitam uma matéria biológica em movimento”. A partir do fato de que os corpos de mulheres e homens são diferentes, essa configuração se expressa nas relações sociais e na vida intelectual. “Menstruação, penetração vaginal, práticas sexuais lésbicas, parto, aleitamento e menopausa são experiências sexuais que os homens não podem ter”. Ressalta a importância de afirmar essas diferenças, inclusive por parte do poder público, sem, no entanto, seguir alimentando o determinismo biológico. Mas receia que isto possa acontecer. “Como poderemos escolher entre defender o reconhecimento de nossas diferenças biológicas, pelo poder público, e sustentar que a biologia não é uma fatalidade nem para os homens nem para as mulheres?” Afirma que as políticas públicas, as práticas políticas institucionais e individuais, a organização das disciplinas estão impregnadas da dicotomia natureza/cultura. Em realidade, até mudar nossas práticas dualistas, nossa existência acontece nesse tão criticado campo de dicotomização. “As dicotomias são empiricamente falsas, mas não podemos descartá-las como irrelevantes enquanto elas permanecem estruturando nossas vidas e nossas consciências”⁶⁰.

De acordo com a autora⁶¹, o pós-modernismo feminista nega os pressupostos do enfoque do empirismo feminista, segundo o qual somente a adesão às normas metodológicas vigentes na ciência podem corrigir os desvios sociais causados pelo sexismo e pelo androcentrismo. É uma perspectiva atraente, segundo ela, pois mantém intactas as normas metodológicas vigentes. As feministas pós-modernas

⁵⁹Id., 1993, p. 15.

⁶⁰Op. Cit., p. 25-26

⁶¹Cf. HARDING, 1996.

compartilham de uma descrença em relação aos enunciados universalizantes sobre a existência: a natureza, as forças da razão, a ciência, a linguagem, o sujeito. Esse enfoque propõe buscar a solidariedade para se contrapor ao “humano” naturalizado e essencializado e pensar formas adequadas de investigar as múltiplas e fragmentadas identidades da vida moderna e as políticas criadas a partir dessa perspectiva. O grande desafio está na possibilidade de mudanças na visão científica do mundo. O feminismo tem um papel importante: demonstrar que “não há e nunca houve ‘homens’ genéricos – existem apenas homens e mulheres classificados em gênero”. A partir do momento que se desfaz a ideia de “homem essencial e universal”, também se desfaz a noção do oposto oculto – a mulher. O que temos então? Uma “infinitude de mulheres que vivem em intrincados complexos históricos de classe, raça e cultura”. Assim, as teorias feministas têm por base concepções de “reconstrução social”, processos de “transformação”.

Buscando ampliar o referencial teórico crítico sobre a produção de conhecimentos no âmbito da “Medicina da Mulher”, considero importante situar o debate que aconteceu nas últimas décadas, no campo dos estudos feministas, acerca das categorias de análise utilizadas – mulher, mulheres, sexo e gênero.

Início com as reflexões de Lia Zanotta Machado⁶², que apontou que o campo de estudos sobre mulheres apresentava limites em sua perspectiva de análise, e, por esse motivo, foi alvo de críticas. Para esta autora, os estudos de gênero surgem com a perspectiva de conceber alternativas metodológicas e epistemológicas que promovam uma ruptura no campo de “estudos de mulheres”, por não responderem aos desafios feministas simplesmente em base a características descritivas e de retificação da posição das mulheres.

A partir desse debate em torno do conceito de gênero nas décadas de 1980 e 1990, surgiu a questão se ele representava ou não um novo paradigma, com base nas ideias de radicalização da desnaturalização biológica das categorias homem e mulher e da construção simbólica do feminino e do masculino⁶³.

Lia Zanotta Machado defende que a proposta dos estudos de gênero, comparativamente à proposta metodológica de estudos das mulheres, representou efetivamente um novo paradigma, com base em três aspectos: ruptura radical com a noção biológica de sexo e a noção

⁶² Cf. MACHADO, 1998.

⁶³ Id., 1998, p.107.

social de gênero; privilégio metodológico sobreposto às categorias homem, mulher, masculino e feminino; e transversalidade de gênero. Outro aspecto importante a destacar foi a afirmativa de que homem e mulher não representam categorias universais. Então, como justificar teoricamente uma tese que se proponha como eixo central a categoria mulher/mulheres pela escolha do estudo da especialidade médica da Ginecologia e Obstetrícia?

Cito outra teórica feminista contemporânea para justificar tal escolha: Judith Butler⁶⁴. Ela insiste na importância de continuarmos a usar termos como “mulheres, gays, lésbicas, *queer*”, mas admite que somos responsáveis por pensar na reelaboração desses termos no discurso político. Ela defende o uso dos termos, com a consciência de que seu uso tem um preço, assim como o têm seus objetivos e as relações de poder pelas quais essas categorias são engendradas. É fundamental analisar a conexão entre a formação de um conceito e a questão contemporânea que suscita. Admito sem dúvida, como escreve Butler, que “*nunca puede describir plenamente aquello que nombra*”⁶⁵. O termo “mulheres” tem uma instabilidade constitutiva justamente pelo que exclui, pelo que não representa (referente perdido); portanto, seu uso pode ser considerado questionável e, ao utilizá-lo, se devem questionar permanentemente as exclusões e assumir o caráter contingencial de seu uso.

Este pensamento reforça o que já havia escrito Sandra Harding, em perspectiva feminista, acerca da instabilidade das categorias de análise. Algo importante a ser aprendido é aceitar a instabilidade das categorias analíticas. E também usar essa própria instabilidade como recurso – não dá para pensar em pressupostos conceituais e metodológicos aceitos por todas as correntes – uma vez que “não há ‘ciência normal’ para nós!” “As categorias analíticas feministas *devem* ser instáveis; as teorias coerentes e consistentes em um mundo instável e incoerente são obstáculos tanto ao conhecimento quanto às práticas sociais”⁶⁶.

Outra autora que escreve sobre a categoria “mulher” é Claudia de Lima Costa⁶⁷, que situa o debate dentro do feminismo no qual feministas pós-estruturalistas têm buscado validar a categoria “mulher”, tanto no campo do signo como do sujeito. Para a autora, o sujeito, no

⁶⁴ Cf. BUTLER, 2002.

⁶⁵ Cf. BUTLER, 2002, p. 306-307.

⁶⁶ Cf. HARDING, 1993, p. 11.

⁶⁷ Cf. COSTA, 2002, p. 66.

feminismo, circula, paradoxalmente tanto entre os discursos/representações quanto nas práticas e lutas sociais. Logo, essa categoria pode se deslocar entre “mulher” como signo e “mulheres” como sujeitos de relações reais. Claudia argumenta que a vitalidade da teoria feminista tem por base sua posição tanto no interior dos discursos autorizados quanto em seu exterior – ou seja, na posição “essencial” de mulher e na posição de “outro”; esse reconhecimento confere uma perspectiva “ex-cêntrica” (menos pura, menos unificada e de posições múltiplas) a esse sujeito que circula na micropolítica da vida cotidiana de mulheres.

Baseada nessa prática cotidiana e na resistência às especificidades históricas, Claudia mostra como o feminismo conseguiu utilizar a “categoria ‘mulher’ sem retornar a uma posição nominalista” (que emprega a categoria “mulher” como ficção). A fabricação de uma determinada identidade de gênero – embora insuficiente e contestada, segundo Spivak – faz parte de um momento importante do feminismo. “Tão logo o sujeito é cristalizado em uma posição, ele/a é questionado/a pelas próprias exigências do campo social onde está situado/a”⁶⁸. Essa estratégia de constituir a categoria “mulher”, com seus limites e vinculada a situações concretas do cotidiano, confere/iu ao feminismo a posição de um dos “empreendimentos teóricos e políticos mais incisivos e de mais profundo impacto entre as lutas contemporâneas contra a sujeição, a opressão e a dominação”⁶⁹. A autora debate essencialismo x antiessencialismo com a desconstrução dos termos identitários, oriundos dos estudos pós-estruturalistas. Algumas linhas teóricas de feministas “desautorizaram” a utilização da categoria “mulher”, considerando-a “politicamente reacionária e equivocada em termos ontológicos”. Essa crítica tem por base uma “concepção humanista do sujeito feminino”, “amarrada a sua identidade essencial como mulher”. A alternativa das feministas pós-estruturalistas foi a “afirmação da diferença total”. Essa linha de pensamento, tornando a categoria “mulher” uma ficção – “uma construção discursiva que sustentava as relações opressivas de poder” –, levou ao “feminismo sem mulheres”. Tania Modelski analisa com cautela essa posição, afirmando tratar-se de um “novo apagamento dos sujeitos femininos induzido pelos homens”, tratando de “resgatar as mulheres para o feminismo”.

⁶⁸ Op. Cit., p. 67.

⁶⁹ Op. Cit., p. 68.

O que Cláudia de Lima Costa⁷⁰ aponta é a importância de reconhecer a categoria “mulher” como constituída de caráter histórico e heterogêneo, composto de práticas e discursos diversos que fundamentaram o movimento de mulheres. Trata-se, portanto, de assumir que é uma categoria que pode ser utilizada, conferindo-lhe densidade política, mas reconhecendo suas “temporalidades e densidades divergentes”. Reconhecer a “instabilidade semântica” da categoria “mulheres” não significa abandonar a crítica feminista para admitir uma categoria difusa “*pós-gendrada*”, com sexualidades sem limites, contingentes. Assumir “mulher/mulheres” como categoria “histórico-discursiva” é assumi-la como construída à luz de outras categorias. É com base nessas reflexões que concebo o seu uso nesta tese.

O pensamento de Lia Zanotta Machado destaca aspectos importantes para os estudos de gênero no que tange a seus paradigmas metodológicos⁷¹. Afirma que as categorias se tornaram instáveis, ou seja, **“o consenso foi o de que não há consenso sobre qualquer natureza do feminino e do masculino”**⁷²(grifos da autora). Essa instabilidade das categorias, de certa forma, dialoga com as ideias de Judith Butler e Sandra Harding.

Lia Zanotta Machado constata que a dicotomia igualdade/diferença ainda divide o campo feminista, mas as construções simbólicas dessas dicotomias, depois de reveladas, estão sendo desconstruídas. Conclui afirmando que essa ruptura com a determinação biológica e com o social, pensado como antinomia desse biológico, representou, sim, a construção de um novo paradigma.

Outra pesquisadora que contribui para contextualizar historicamente o uso de categorias como “mulher”, “mulheres”, “gênero” e “sexo” em pesquisas é Joana Maria Pedro⁷³. Ela analisa categorias históricas. O uso da categoria “mulher” surge com a segunda onda do feminismo, como contraposição a “homem universal”, pois se compreendia que esse referente não englobava as questões específicas da mulher. A autora situa as diferenças que foram surgindo no

⁷⁰ Op. Cit., p, 71-72.

⁷¹ Compreendido pela autora como “produção de algum consenso sobre a abordagem, a constituição e a delimitação de uma nova temática e de uma nova perspectiva de investigação [...] pressupõe o compartilhamento de ideias e instrumentos de análise” (p.109).

⁷² Cf. MACHADO, 1998, p. 110.

⁷³ Cf. PEDRO, 2005.

movimento feminista – das “igualitaristas”, ligadas a Simone de Beauvoir, e das “diferencialistas”, ligadas a Irigaray (acusadas de “essencialistas”). Enquanto as primeiras propunham “igualdade de condições” entre homens e mulheres na esfera pública, as diferencialistas falavam em “feminização do mundo”. A categoria “mulher” foi criticada principalmente no contexto norte-americano, com a reivindicação de “diferença dentro da diferença” por parte de mulheres negras, índias, mestiças, trabalhadoras. Assim surgiu a categoria “mulheres”, explicitando múltiplas diferenças, inclusive no que tange à subordinação, vivida e aceita de forma distinta.

A categoria “gênero” foi inicialmente utilizada pelas feministas a partir da própria biologia e também da gramática, pois muitas espécies ou palavras têm “gênero” – masculino ou feminino –, mesmo não tendo sexo. Para Joan Scott⁷⁴, “gênero é a organização social da diferença sexual”. Assim, gênero é “um saber que estabelece significados para as diferenças corporais”. Scott utiliza a noção de “significados” da(o)s pós-estruturalistas e propõe à História escrever “como os significados subjetivos e coletivos de homens e mulheres, como categorias de identidade, foram construídos”. Quem quer escrever esta história deve identificar os significados contraditórios atribuídos às diferenças sexuais e seus contextos políticos.

Também contribui para o debate acerca do uso de determinadas categorias em pesquisas científicas feministas a já citada Claudia de Lima Costa (1998, 2002). Ela aborda o encontro entre o feminismo e o pós-estruturalismo que, ao assumir o reconhecimento do sujeito construído em relações de poder, possibilitou estratégias epistemológicas e teóricas para romper com as categorias modernas que apagaram especificidades, como direitos, igualdade, liberdade e democracia, para desconstruir o indivíduo e as experiências femininas universais.

Ela identifica as teorias pós-modernas como práticas críticas que possibilitam “desmascarar” os sistemas universalistas e as metanarrativas históricas. Associa as práticas críticas feministas e pós-estruturalistas (que estabelecem relação entre linguagem, subjetividade, organização social e poder) ao questionar radicalmente qualquer lógica binária.

Segundo Susan Bordo⁷⁵, como decorrência do pensamento feminista, não é mais possível “ignorar” o gênero. Ela cita Simone de

⁷⁴Cf. SCOTT, 1990.

⁷⁵Cf. BORDO, 2000.

Beauvoir para se referir aos estudos feministas, identificados como o “*outro*”. De um lado estão os que têm seu foco no que não é específico, ou seja, no que é “universal”, “essencial” e humano. Do outro, a(o)s que são marcado(a)s por sua diferença, seja ela sexual, racial ou religiosa – a(o)s que são distinta(o)s da norma. Esta posição, diferente, confere o caráter de “*outro*” ao que ocupa um espaço periférico.

No campo da produção filosófica, também no da produção de mulheres, Simone de Beauvoir foi marginalizada por conta do pressuposto de que “somente os homens fazem filosofia” e que as mulheres podem escrever sobre fatos da própria condição feminina. Assim, o feminismo contemporâneo foi visto mais envolvido com a crítica de gênero do que com a crítica da cultura em geral. No que tange, por exemplo, à concepção de corpo do século XX, como aquele construído socialmente e não simplesmente como corpo biológico, a autora afirma a importância da contribuição feminista para o desafio do determinismo e dos essencialismos biológicos. Esta visão do papel das ideologias culturais e das “práticas disciplinares” sobre o corpo moldado, tanto em sua materialidade quanto em sua representação, estava no centro da política. Mas ela afirma que foi Michel Foucault que ficou conhecido como o “pai da política do corpo”⁷⁶.

Para a autora, o debate de Foucault acerca da disciplina do corpo do soldado sempre será visto como um “discurso neutro” e aplicável. Desse modo, o corpo masculino é o *corpo*, desaparecendo com o que seria o “corpo masculino”, tendo sua especificidade diluída no “universal”. Já o corpo feminino é marcado por sua diferença. “Assim, enquanto os homens são teóricos culturais do corpo, apenas as mulheres têm corpo. Enquanto isso, é claro, o ausente corpo masculino continua a operar ilicitamente como a norma (científica, filosófica, médica) para todos”⁷⁷. As teóricas feministas tiveram o papel fundamental de desafiar a pretensa universalidade e unidade do sujeito moderno, a partir da categoria gênero. Houve uma desconstrução desse “*homem*” universal, tornando-o “*homem*” corpóreo e “*genderizado*”.

O feminismo tem papel preponderante para polemizar sobre o que se considera conhecimento e verdade, em especial quando se impõe como válido para a história humana. Assim, a fala secular e universalizante sobre “seres humanos” e “natureza humana” é questionada. O que Susan Bordo ressalta é a importância contida no debate sobre a diferença de gênero, que não se fecha em si mesma, mas

⁷⁶ Op. Cit., p. 13.

⁷⁷ Op. Cit., p. 15.

é uma abertura para se pensar numa “crítica cultural”. A crítica cultural, como prerrogativa das teorias feministas, não pode ser confundida com os direitos desse “outro”, nem reduzida à sua defesa. No ensino de Filosofia, a concepção tradicional do “homem da razão”, do “sujeito sem corpo”, continua a ser repassada, e à filosofia feminista caberia o papel de falar sobre “gênero e raça”, mantendo “seu lugar”. Ela critica esta visão reducionista, que faço questão de ressaltar aqui.

Diante do exposto, o pensamento de Londa Schiebinger dialoga com algumas autoras, provoca controvérsias com outras; por isso mesmo o utilizo. Longe de ser uma unanimidade, suas reflexões indicam configurações importantes a serem utilizadas na perspectiva de análise que adoto, pela afinidade com meu objeto de estudo.

Para Londa, citando o pensamento de algumas feministas (sem explicitar autoras), “mulheres cientistas tendem a ser pensadoras holísticas e integrativas que, como resultado de sua socialização, estão menos satisfeitas com princípios reducionistas de análise do que os homens” (p. 28). Outras pesquisadoras por ela citadas, como Linda e Laurence Fendigan, sugerem que valores considerados “femininos” podem fazer com que as mulheres cientistas sejam “mais persistentes e pacientes, dispostas a esperar que o material fale por si mesmo, ao invés de forçar respostas” (p. 28).

A própria Londa, ao historiar o feminismo, identifica como suas características a diferença, a refutação de que “a ciência é de gênero neutro” (p. 26). Identificou três princípios desse feminismo – a ênfase na diferença entre homens e mulheres (e não a universalidade de direitos, como fazia o feminismo liberal); a reavaliação de características femininas desvalorizadas (como subjetividade e cooperação); por fim, a exigência de que, para haver igualdade na ciência, são necessárias mudanças em toda a estrutura (nos currículos, teorias e laboratórios). Cita autoras pós-modernas, como Donna Haraway e Judith Butler, destacando que esse mesmo feminismo da diferença postula uma “mulher universal”. Exemplifica com o que seria uma “romantização” de características femininas, afirmando que tal corrente de pensamento pouco fez para superar os estereótipos de gênero, contribuindo para manter as características de feminilidade e masculinidade. Também critica as feministas liberais (o denominado feminismo científico), que, ao defender a entrada das mulheres no campo da ciência, o fazem de forma acrítica, sem questionar sua cultura ou conteúdo, propondo apenas sua “acomodação” (p. 24).

Para compor a análise do processo de exclusão histórica das mulheres no campo da ciência e os desafios para garantir sua

participação (que exigiu e continua exigindo mudanças estruturais tanto na cultura, nos métodos, quanto no próprio conteúdo da ciência), a autora critica seja o modelo “assimilacionista” do feminismo liberal considerando-o inadequado, seja o feminismo da diferença, considerado insuficiente.

No que se refere ao acesso de mulheres à universidade, por exemplo, segundo June Hahner (2003), por volta de 1880, se uma mulher desejasse estudar Medicina no Brasil, teria que sair do País. Foi o que aconteceu com Maria Augusto Generosa Estrela, que foi estudar nos Estados Unidos. Mas a história desta mulher contribuiu para a Reforma Educacional de 1879, que permitiu a entrada de mulheres nas faculdades de Medicina (p. 141). Nesse período inicial, algumas mulheres entraram nas duas escolas de medicina que existiam no País – Rio de Janeiro e Salvador -, embora nem todas tenham conseguido a titulação. A primeira mulher a obter esse diploma foi Rita Lobato, em 1887 (p. 149). A polêmica acerca da entrada de mulheres na faculdade de Medicina foi expressa no jornal “Gazeta Acadêmica”⁷⁸. A justificativa baseava-se nos argumentos da época, segundo os quais as diferenças de sexo estipulavam e justificavam a exclusão da mulher de diversos âmbitos da vida social. Segundo a opinião expressa neste jornal e apresentada por Hunner, “um dos lados do debate empregava argumentos fisiológicos como o de que o pequeno tamanho do cérebro das mulheres impedia-as de reter a “intrincada jóia das verdades médicas” (p. 149). A opinião de estudantes também reforçava a ideia de “natureza feminina” voltada para a família, a maternidade e o lar, alegando que “ninguém desejaria casar-se com uma médica”. Os argumentos favoráveis ao direito de as mulheres poderem e deverem estudar Medicina também se referiam às diferenças biológicas, como tamanho e peso do cérebro, embora afirmando que, mesmo assim, poderiam “dominar temas científicos que homens de cérebros menores não podiam”. A inserção de mulheres na prática médica sofria uma hostilidade pública.

Em âmbito internacional foi criada, em 1919, a *The Medical Women's International Association* (MWIA)⁷⁹, organização não-governamental com o objetivo de reunir médicas mulheres. Dentre seus objetivos, constava o de lutar contra as desigualdades de gênero nessa profissão, no que tangia a oportunidades profissionais e diferenças econômicas. No Brasil, a Associação Brasileira de Mulheres Médicas

⁷⁸ Conforme June Hahner, era um jornal de medicina da Bahia (2003, p. 149).

⁷⁹ <http://mwia.net/> Acesso em: 17 abr. 2013.

(ABMM)⁸⁰ foi criada em 1960, por estímulo da entidade internacional. Seus objetivos são similares aos da organização internacional. Desde 1924 organizaram-se congressos internacionais, inicialmente a cada dois anos e, atualmente, a cada três. No Brasil, os congressos têm sido realizados desde 1963. Em 2005, a entidade brasileira lançou um livro⁸¹ com a história da trajetória de mulheres que desejavam ser médicas no Brasil. Essas entidades não são muito conhecidas. Até realizar esta pesquisa, eu nunca tinha ouvido falar de nenhuma delas. Mas faço referências, pois considero importante o fato de uma entidade internacional ter uma publicação especificamente sobre questões de gênero relacionadas à saúde⁸².

Como contraponto à questão da participação das mulheres na ciência, Londa se refere ao pensamento de outras autoras, como Mary Belenly, Blythe, Nancy Goldberger e Jill Tarulle⁸³, as quais sugerem que características como “conhecimento conectado, pensamento contextual, e discurso colaborador, por exemplo, fazem com que as mulheres desenvolvam uma forma de conhecimento diferente da forma de conhecimento que o que privilegia “regras, padrões impessoais e abstratos” e leva a um conhecimento “separado” (p. 25).

Enfim, o que quero destacar aqui é que não se pode concordar, mesmo que parcialmente, com esse pensamento sem uma análise crítica, para não incorrer no erro da generalização. Do contrário, corremos o risco de utilizar um argumento tão criticado pelas próprias feministas, como o uso de categorias universais (aplicado a mulheres e homens cientistas). Ou mesmo, como afirma Londa, a utilização desses traços “femininos”, na tentativa de remodelar a ciência, pode criar redutos e levar a visões limitadas. Portanto, a utilização de métodos distintos de pesquisa não está relacionada a sexo ou a traços femininos. Os novos métodos de análise propostos pelas cientistas feministas, e que propõem olhar para questões antes não-visíveis, não se relacionam a

⁸⁰http://abmmnacional.com/historia.htm#mulher_na_medicina.

⁸⁰http://abmmnacional.com/historia.htm#mulher_na_medicina

⁸¹ O livro intitula-se "A História da Associação Brasileira de Mulheres Médicas" e foi publicado pela editora Grupo Editorial Scortecci.

⁸² A publicação *Training Manual for Gender Mainstreaming in Health* pode ser acessada em: <http://mwia.net/wp-content/uploads/2012/07/TrainingManualonGenderMainstreaminginHealth.pdf>.

⁸³ Refere-se especificamente às seguintes publicações: *Women's Ways of Knowing: The Development of Self, Voice and Mind; Knowledge, Difference and Power: Essays Inspired by Women's Ways of Knowing*.

características femininas, mas derivam de contextos construídos historicamente, ao longo de anos de trajetórias de pesquisas e estudos.

Utilizo as palavras de Londa para fechar esta reflexão. A ciência feminista não pode ser vista como “empática” ou “favorável às pessoas” ou ainda “não-dominadora”. Londa, por isso, recomenda que as feministas evitem descontextualizar determinados métodos para valorizar ou desqualificar seu uso, como, por exemplo, os métodos quantitativos (p. 31).

Por conseguinte, o caminho não é criar uma ciência feminista especial, mas “incorporar uma consciência crítica de gênero na formação básica de jovens cientistas e no mundo rotineiro da ciência” (p. 31). É esta perspectiva que quero utilizar para a análise dos dados desta pesquisa.

1.2 O CAMPO CIENTÍFICO DA GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA SOB A CRÍTICA FEMINISTA

A história da Ginecologia e da Obstetrícia como especialidades médicas tem sido permeada, por um lado, pelo conflito entre uma prática intervencionista e, muitas vezes, mutiladora, sobre o corpo das mulheres; por outro, pelos avanços científicos que contribuíram para a diminuição da morbi/mortalidade de mulheres. Os estudos feministas e de gênero têm explicitado esses contrastes por meio de uma crítica muito contundente acerca do processo que elabora esse saber científico e a especialidade médica.

No Brasil, duas autoras que se destacam são Ana Paula Vosne Martins (2004, 2005) e Fabíola Rohden (2000, 2006), por seus estudos sobre a história da “medicina da mulher”⁸⁴.

Ana Paula⁸⁵ mostrou de que maneira a Obstetrícia associou a função da mulher à maternidade como função da Natureza e, como ciência, “provou”, por meio de dados estatísticos, o “fardo do corpo sobre as existências femininas”, particularmente por suas funções reprodutivas. Ao promover a “mulher-mãe”, o exercício da maternidade deixa de ser apenas uma função natural, para integrar uma ordem moral e política. Este discurso médico e científico foi reforçado pelo reconhecimento de sua autoridade, tendo por base a profissionalização médica a partir do século XIX. O papel dos médicos então se ampliou:

⁸⁴Saber que se constituiu na Europa no século XVIII e XIX e que se difundiu no Brasil.

⁸⁵Cf. MARTINS, 2004, p. 14.

além de representantes da ciência, tornaram-se especialistas no “bem-estar físico e moral das pessoas”⁸⁶.

A Ginecologia complementou o “gerenciamento do corpo feminino” com a racionalização da sexualidade e a utilização desse corpo como objeto, que pôde ser analisado e mensurado. Fabíola Rohden complementa a discussão com seus estudos em Ginecologia, destacando em especial o desenvolvimento das cirurgias ginecológicas de castração (retirada dos ovários). Em um primeiro momento, representava uma indicação médica, justificada pela necessidade de corrigir problemas mentais relacionados a comportamentos sexuais exacerbados, não-condizentes com a moral da época; posteriormente, a própria ciência questiona esse “gerenciamento”. As polêmicas relacionadas a esse tipo de intervenção não se relacionavam à possível defesa do direito à saúde das mulheres e à necessidade de protegê-las de intervenções desnecessárias, mas reafirmavam a necessidade de controle sobre a sexualidade das mulheres. O questionamento dessas “castrações” tinha por base suas consequências nos papéis a elas destinados, a saber, “privaria a mulher de sua verdadeira essência e do cumprimento do seu destino enquanto mãe e líder moral na sociedade”⁸⁷, pois, ao retirar os ovários, os textos analisados por Rohden afirmavam que poderia haver uma exacerbação de caracteres masculinos, diminuição do desejo sexual e esterilização. Essa “dessexualização” da mulher poderia, então, ameaçar o casamento e a divisão sexual do trabalho, considerados “pilares da sociedade”.

Assim, no início do século XX as cirurgias de castração são revistas, já os ovários eram fundamentais para a capacidade reprodutiva e a feminilidade das mulheres⁸⁸. Ou seja, ser mulher (socialmente aceita e respeitada) dependia do bom funcionamento dos seus ovários.

Outra autora que transita por esse campo do conhecimento é Maria Martha Luna Freire. Seus estudos apontam o comprometimento da Medicina com o modelo de maternidade moderna, também difundido no início do século XX, segundo o qual a puericultura, com base na racionalidade médica, seria um importante instrumento para “ensinar” às mães a cuidar de seus filhos.

Ainda sobre o processo de construção do conhecimento da Obstetrícia, Marcos Leite dos Santos⁸⁹ afirma a necessidade urgente de

⁸⁶ Op. Cit., p. 15.

⁸⁷ Op. Cit., p. 186.

⁸⁸ Op. Cit., p. 187.

⁸⁹ Cf. SANTOS, 2002, p. 82.

essa disciplina atualizar seu campo de saber, pois sua história é uma luta pelo poder que exclui mulheres, deprecia o feminino e transforma uma atividade feminina, como o parto, em um procedimento médico. A tese da Maria Lucia de Barros Mott⁹⁰ é de que o parto era uma prática conhecida de todas as mulheres, que foi se tornando especializada – parteiras – e apropriada por médicos homens.

A antropóloga Robbie Davis-Floyd é outra autora que aborda o tema da medicalização do parto e combina sua atuação de pesquisadora e participante de movimentos de humanização do parto⁹¹. Em sua análise da Obstetrícia, aponta três modelos de atenção ao parto nas sociedades contemporâneas: o tecnocrático (que concebe o corpo como uma máquina, separando corpo e mente); o humanístico (que faz a conexão mente-corpo e pensa o corpo como um organismo); enfim, o holístico (que enfatiza a unidade entre corpo, mente e espírito e concebe o corpo como campo de energia em interação com outros corpos)⁹².

Com base nesses estudos, identificou-se que as mulheres aparecem no discurso médico em função da reprodução e a Medicina se desenvolveu como uma “ciência da diferença”. Diferença “natural” entre homens e mulheres, que determinou funções sociais e, por conta disso, a Medicina se tornou um conhecimento essencial para firmar outras políticas de controle sobre a vida das mulheres, inclusive no sentido de cercear sua educação, firmando uma hegemonia masculina. A possibilidade de mudanças significativas nas relações de gênero, aliada a uma ocupação do espaço público, no contexto do século XIX, contribuiu para o reforço dessa ênfase que a ciência médica estabeleceu para as diferenças entre homens e mulheres. Por conta de seu prestígio, os médicos cientistas revelaram a natureza (e a ordem) dos corpos com base em suas noções morais e visão de mundo. As diferenças entre masculino e feminino enraizaram-se, já no século XIX, cada vez mais, na biologia e na Natureza. Esse discurso era um tanto contraditório, pois assumia as “semelhanças” entre meninos e meninas ao indicar a acentuação da diferenciação a partir da puberdade e ao propor “administrar” a puberdade feminina para controlar “influências perniciosas”⁹³.

Paralelamente ao contexto do saber médico constituído (que propunha a tutela das mulheres que este saber considerava doentes), no

⁹⁰Cf. MOTT, 1999.

⁹¹ Cf. TORNQUIST, 2002. Entrevista à Revista de Estudos Feministas ().

⁹² Cf. DAVIS-FLOYD, 2001.

⁹³ Cf. ROHDEN, 2003, p. 209.

final do século XIX e início do século XX ganharam destaque os movimentos emancipatórios de mulheres; cresceram sua participação no mercado de trabalho e suas lutas por acesso à educação e ao controle da natalidade⁹⁴.

É de se ressaltar que neste campo, mesmo considerado hegemônico no contexto do final do século XIX e início do século XX, já havia manifestações que questionavam a primazia da “Natureza”. Vários estudos no campo da História identificaram mulheres importantes que produziram escritos sobre os direitos das mulheres, sua situação de opressão e a defesa de uma educação com qualidade e equidade, inclusive questionando a moral sexual da época.

Escritoras como Nísia Floresta⁹⁵, Ercília Cobra⁹⁶ e Maria Lacerda de Moura⁹⁷ publicaram importantes obras em defesa dos direitos das mulheres h⁹⁸. No entanto, não é possível identificar qualquer influência dessas obras no pensamento médico científico que se configurava. Os ideais feministas, desde sua origem, eram mantidos distantes dos saberes médicos hegemônicos. Procurarei identificar fissuras e evidenciar que algumas bandeiras importantes no campo dos direitos sexuais e reprodutivos do século XXI já estavam presentes no Brasil do século XVIII e XIX.

O livro de Nísia Floresta, intitulado “Direitos das Mulheres e Injustiça dos Homens”⁹⁹, em pleno século XVIII, já questionava a primazia do “direito natural de superioridade” masculina, creditando ao preconceito e aos costumes “sem fundamento” a organização social da época, na qual as mulheres eram submissas. Também faz uma crítica ao saber que afirmava serem “os instintos incontrolláveis” uma prerrogativa masculina. Explica a dominação masculina como aspecto cultural, e não como diferença de sexo. Ao contrário, afirma que a “Natureza” constituiu a igualdade entre os sexos. É com muita perspicácia que ela

⁹⁴ Id., 2005, p. 188.

⁹⁵ “Direitos das Mulheres e Injustiça dos Homens”, com publicação datada de 1832.

⁹⁶ “Virgindade Anti-hygienica. Preconceitos e Convenções Hypocritas”, publicado pela autora em 1924.

⁹⁷ Publicou vários livros entre 1922 e 1945. Sua vida e obra é tema de tese de Miriam Moreira Leite.

⁹⁸ Cito estas escritoras para exemplificar que, em contextos históricos distintos, havia pensamentos dissonantes à ordem moral e social vigente. Não é objetivo aprofundar as diferenças entre estas autoras, nesta tese.

⁹⁹ Tradução livre do original *Vindication of the Rights of Woman*, de Mary Wollstonecraft, publicado em 1832.

se apropria de muitos argumentos utilizados para justificar a “tirania” e o “império” dos homens sobre as mulheres e os desconstrói para afirmar e defender os direitos das mulheres.

Ercília Cobra publica em 1924 o texto intitulado “Virgindade anti-higienica – preconceitos e convenções hypocritas”. Ela já tratava dos direitos humanos de homens e mulheres, diferenciando-os. Aos homens, os prazeres; às mulheres, os deveres. Sobre as diferenças entre os sexos, apresenta comentários muito interessantes, que faço questão de citar: “Educa-se a musculatura masculina”. “...o cérebro não tem sexo...”. “A anatomia da mulher é perfeitamente igual à do homem [...] A diferença única está no sexo. Mas ninguém pensa com o sexo”. “Não é a força que governa o mundo: é a inteligência”¹⁰⁰ (p. 30-33).

A partir disso, estabelece a grande diferença – a educação -, fazendo uma crítica severa à forma distinta como homens e mulheres eram educados. Faz apologia da época, de valorização da ciência, do saber científico que se afirma na sociedade como verdade para propor a derrocada dos preconceitos, da moral tradicional: “Os preconceitos bolorentos têm que cair. É forçoso que caiam” (p. 51). Defendia, por isso, o livre exercício da sexualidade, “si ella é uma sensual e deseja descarregar certos efluvios malsãos que a incommodam” (p. 46). “A mulher não pensa com a vagina nem com o útero. Com estes órgãos ella sente sensações agradabilíssimas” (p. 53).

Aqui ela associa sexualidade à Natureza, e não à maternidade, já que defende que “a mulher deve se servir do homem com cautela” (p. 46), afirmando que já existiam muitos meios para evitar a concepção. É uma diferença fundamental com concepções tradicionais que associavam a mulher à Natureza apenas por sua função reprodutiva, desconsiderando sua sexualidade. Juntamente com a fome e a sede, ela nomina a necessidade de “gozo” (p. 55), como aquelas que “garantem a conservação do indivíduo”.

Dos escritos de Maria Lacerda de Moura, grande educadora, cito apenas uma frase que destaca a grandeza de sua obra: “A reivindicação verdadeira e de que a mulher se esquece – é o direito de ser dona do próprio corpo” (Leite, 1984, p. 46).

Fiz questão de citar essas três autoras pela contemporaneidade de seus escritos, pontuando questões que antecederam muitas das pautas internacionais dos movimentos feministas no século XX.

No final do século XX, somam-se muitos estudos realizados a partir da década de 1980, evidenciando o debate mais contemporâneo

¹⁰⁰ Mantenho o português original do texto, nas citações da autora.

que acontece no Brasil. Cito os estudos de Sônia Hotimsky¹⁰¹ que, com base em pesquisa etnográfica realizada em escolas de Medicina conceituadas do País, apontou alguns resultados importantes concernentes à formação médica em Obstetrícia. Privilegiava-se a formação “técnico-científica”, que não valorizava a interação na questão do cuidado. Ou seja, as mulheres não eram informadas das decisões médicas, nem consultadas a respeito, desconsideradas como sujeitos de direitos. Também constatou que os juízos de valor podiam interferir nas condutas. Além disso, valorizava-se uma transmissão de conhecimentos oral, com base nos relatos de casos clínicos. A autora considera grave tal situação, tanto pelas consequências sobre a saúde das mulheres que procuravam os serviços de Obstetrícia, como para a formação de aluna/os. Por conta de seu modelo assistencial, essas instituições podiam influenciar as disputas presentes na Obstetrícia pela hegemonia dos saberes constituídos.

Outra autora que realiza uma análise crítica importante é Carmem Suzana Tornquist¹⁰², abordando o Movimento de Humanização do Parto e Nascimento, surgido no Brasil a partir da década de 1980. Este movimento desempenha um papel importante ao questionar o modelo hegemônico tradicional de atenção ao parto imposto pela Obstetrícia e ao se contrapor a ele, mas apresenta contradições em seu ideário de “empoderamento das mulheres”, por manter a clássica associação das mulheres à Natureza, criticada pelas feministas. Constitui o que a autora denomina de “armadilha”, porém é um movimento que deve ser considerado no contexto de defesa dos direitos sexuais e reprodutivos.

Diante desse mosaico do pensamento feminista acerca da “Medicina da Mulher”, exporei agora o que me chamou a atenção no pensamento de Londa Schiebinger e assim, justificar minha opção por sua adoção como uma das autoras importantes a utilizar na análise do presente estudo. Partindo do pressuposto da autora de que a Medicina representa um dos sucessos para o feminismo¹⁰³, afirmação paradoxal que tanto me instigou, resalto alguns dos aspectos que ela analisa em sua obra.

¹⁰¹ Cf. HOTIMSKY, 2007, p. 329-330.

¹⁰² Cf. TORNQUIST, 2002.

¹⁰³ Alguns aspectos que a autora aponta são: o crescimento do número de mulheres cientistas, a inclusão de mulheres em pesquisas clínicas, assim como a inclusão de novos temas de pesquisa antes invisibilizados e centrados na área reprodutiva ou no cuidado de crianças.

Como base para a construção do seu pensamento sobre gênero e ciência, considera três problemas institucionais e intelectuais, a saber: a história e a sociologia de mulheres na ciência e o aumento do seu ingresso nesse campo; o gênero nas culturas da ciência; e, por fim, o gênero no conteúdo da ciência e a abertura de novas questões para pesquisa, levando em consideração os instrumentais de análise de gênero. Tal referencial, em sua totalidade, é de uma amplitude que supera as dimensões e intenções desta pesquisa. Limitar-me-ei, portanto, ao terceiro aspecto e centrar minha análise de gênero no conteúdo do conhecimento médico produzido na residência médica em Ginecologia e Obstetria. Poderão aparecer escritos, pontualmente, sobre a entrada de mulheres na especialidade médica, mas ressalto, mais uma vez, que este não é meu objetivo primordial.

As contribuições de Londa Schiebinger corroboram os estudos de Ana Paula Vosne Martins sobre a história da ciência médica. Ao analisar o processo histórico de sua constituição, desde suas raízes, na revolução científica, a autora aponta como a ciência médica, particularmente ao estudar o corpo das mulheres, foi fundamental para “provar” e confirmar as diferenças sexuais. A ciência afirmava que essas diferenças evidenciavam como elas “não eram capazes de assumir as obrigações dos cidadãos no Estado, participar das profissões ou produzir obras de profundidade e sofisticação intelectual” (p. 41).

Uma das afirmações que me chamaram a atenção e que já citei é a de que “a Medicina fornece um dos melhores exemplos para o sucesso do feminismo” (p. 43). É sobre este aspecto que vou direcionar minha análise.

Londa cita o exemplo de dois institutos de pesquisa – o *National Institutes of Health Office of Research on Women’s Health* (Institutos Nacionais de Repartições de Saúde de Pesquisa sobre Saúde Feminina), fundado em 1990, e o *Women’s Health Initiative* (Iniciativa de Saúde Feminina), criado em 1991, ambos nos Estados Unidos. Tais centros de pesquisa dão destaque a temas negligenciados na área da saúde das mulheres, como a osteoporose e as doenças cardíacas.

No âmbito da formulação de políticas públicas relativas à saúde da mulher no Brasil, antes mesmo da criação desses institutos de pesquisa nos Estados Unidos, já se criticavam as políticas tradicionais focadas na saúde “materno-infantil”.

Em 1985, o Ministério da Saúde propôs o “Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism): bases de ação programática”. O documento inicia com a afirmação de que a atenção à mulher se reduz quase que exclusivamente ao período de gravidez e de puerpério, com

consequências danosas para a vida das mulheres¹⁰⁴. Tal documento reconheceu a situação na qual as mulheres viviam e o quadro de mortalidade por distintas causas, razões que levavam o programa a propor ações integrais.

Autoras como Ana Maria Costa e Estela Aquino¹⁰⁵ identificaram a criação do Paism como um marco na história das políticas públicas para as mulheres, além de destacarem que a luta por sua implementação fora assumida por movimentos de mulheres, tanto no âmbito sindical como do feminismo. Ressalto a importância histórica deste programa, apoiada na análise destas autoras, que reconheciam que sua concepção ainda se centrava no campo que Lia Zanotta Machado identificava como “estudos de mulheres”¹⁰⁶, e ainda não incorporava os estudos de gênero como base teórica para a formulação da política de saúde. Talvez se possa inferir que tal fato acontecia por conta do contexto histórico, visto que em 1985, ano de publicação deste programa, a perspectiva de conceber alternativas metodológicas e epistemológicas para promover a ruptura com o campo de “estudos de mulheres”, que não respondiam mais aos desafios feministas, ainda estavam sendo esboçados nos espaços acadêmicos do Brasil.

No contexto das mudanças políticas e sociais que tomavam conta do Brasil na década de 1980, o Movimento de Reforma Sanitária protagonizou a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde¹⁰⁷, que contou com a participação de mais de cinco mil pessoas, de todos os estados brasileiros e de distintos segmentos da sociedade (profissionais de saúde, gestores, movimentos populares e sindicais)¹⁰⁸. No marco desse processo, desencadeou-se a realização de conferências temáticas. Em outubro de 1986, aconteceu a Conferência Nacional “Saúde e Direitos da Mulher”¹⁰⁹, que contou com a participação de mais de 900 representantes de todos os estados brasileiros, sendo 549 delegada(o)s

¹⁰⁴Cf. BRASIL, 1985.

¹⁰⁵Cf. COSTA; AQUINO, 2000.

¹⁰⁶Cf. MACHADO, 1988, p. 107.

¹⁰⁷Segundo Eugênio Vilaça Mendes (1993, p. 41) esta conferência foi o “evento político-sanitário mais importante da década”.

¹⁰⁸Madel Luz (1996, p. 131) destaca o papel das Conferências Nacionais de Saúde como fóruns importantes de discussão das políticas de saúde, apesar de convocadas pelo Estado, através do Ministério da Saúde, mas envolvendo diversos setores da sociedade, inclusive estabelecendo “um diálogo raro entre Estado e sociedade no nosso país, antecipando decisões políticas e leis concernentes à saúde.”

¹⁰⁹Cf. BRASIL, 1987.

credenciados. Dentre os temas discutidos e aprovados integralmente, constavam: assistência integral à saúde da mulher na perspectiva do sistema único de saúde; direitos da reprodução humana; aborto; sexualidade feminina. Com base na pauta apresentada, reconheço a importância dos movimentos feministas na determinação do programa, por sua influência sobre a definição das políticas de saúde no Brasil.

Mais recentemente, em 2007, o Paism (até então apenas programa) foi transformado em Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Pnaism). Contraditoriamente, com seu título expresso no singular¹¹⁰, no documento se preveem políticas de atenção à saúde de forma plural, às distintas mulheres, como, por exemplo: em faixas etárias variadas (meninas, adolescentes, no climatério e na terceira idade); em situação de prisão; às mulheres negras, índias, trabalhadoras do campo e da cidade; mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais; mulheres em situação de violência; atenção humanizada a mulheres e adolescentes em situação de abortamento em condições inseguras; portadoras do HIV. Também prevê uma política nacional de direitos sexuais e reprodutivos e um modelo de atenção à saúde mental com enfoque em gênero. Ou seja, ampliam-se as bases conceituais que sustentam a política pública.

Ao analisar gênero no cerne da ciência, Londa Schiebinger não se detém apenas às críticas de pessoas que afirmavam que as mulheres “não receberam uma parte justa” ou defendiam a necessidade de reformas nas instituições científicas. A autora busca analisar as consequências das práticas e ideologias no campo do conhecimento e conteúdo da ciência sob a ótica do gênero. Ela reafirma o pressuposto de que a ciência não é neutra, que o conhecimento científico não é objetivo e universal, nem transcende as questões culturais.

Ao se referir à Medicina com “triunfo do feminismo” (2001, p. 206), ela cita o que já informei, a criação do *National Institutes of Health Office of Research on Women's Health* (Institutos Nacionais de Repartições de Saúde de Pesquisa sobre Saúde Feminina), e *Women's Health Initiative* (Iniciativa de Saúde Feminina). Ressalta a importância desses institutos e seu reflexo na mudança da legislação americana, entre 1990 e 1994, com o objetivo de incluir ações para melhorar a saúde das mulheres. Não pretendo analisar o sistema de saúde americano, mas apenas utilizar os argumentos de Londa, de que, para

¹¹⁰ Diferentemente do Paism, esta política já é elaborado em outro contexto histórico, onde a crítica à essencialização do conceito universal de “mulher” já está amplamente difundido.

“levar a saúde da mulher a sério”, não eram necessárias inovações técnicas, tampouco era preciso criar mecanismos “autocorretivos da ciência, ou aumentar o número de mulheres doutoras, embora todos esses fatores se somassem. Ou seja, não era apenas a pesquisa ou as pesquisas que iriam corrigir as inequidades e as disparidades nos sistemas de saúde. Para promover essas mudanças, era necessário inovar em visões e vontade política (p. 206-207).

O desenvolvimento do conhecimento acerca do corpo humano e das diferenças entre os sexos teve reflexos importantes na designação de papéis e profissões destinados às mulheres na sociedade. Muita(o)s autora(e)s aqui citadas também reforçam esse pensamento. Londa cita a divisão histórica entre a medicina, a cirurgia e o trabalho das parteiras, consideradas durante muito tempo as “especialistas” em saúde das mulheres (p. 209). O desaparecimento do trabalho de parteiras tradicionais na Europa no período moderno, porém, fez com que as mulheres perdessem seu controle reprodutivo. Segundo Londa, por volta de 1660, as mulheres conheciam mais de 200 tipos de contraceptivos e de métodos abortivos, tanto de origem mineral como vegetal (p. 210), e tal conhecimento era repassado por meio de redes de mulheres. Isto corrobora o texto de Ercília Cobra (1924) que defendia o livre exercício da sexualidade para mulheres, com o cuidado da contracepção, afirmando existir muitos meios para evitar a gravidez (p. 45).

Como resultado desse sequestro de conhecimento, Londa afirma que as mulheres europeias do século XIX conheciam menos seus corpos e tiveram mais filhos do que suas avós (p. 210). Além disso, este era um trabalho feminino e como as mulheres não haviam sido aceitas nas escolas de Medicina, criou-se uma maior dependência das mulheres em relação aos médicos para receber assistência.

Já citei aqui várias autoras que retratam a construção do conhecimento médico, seja o que Ana Paula Vosne Martins denominou de “medicina da mulher”, ou o que Londa Schiebinger designou como “ciência sexual”. Ambas as opiniões coincidem ao considerar a influência desse conhecimento, através das “provas” científicas ou médicas, para justificar, pela diferença entre os sexos, as diferenças físicas e intelectuais entre homens e mulheres.

No que tange às diferenças e igualdades, segundo Londa, o paradigma da igualdade fez com que temas importantes no âmbito da saúde das mulheres ficassem fora da pauta, ou fossem pouco estudados. Muitas pesquisas realizadas com sujeitos homens foram aplicadas às

mulheres¹¹¹; só muito recentemente se tomou consciência dos prejuízos em negligenciar pesquisas específicas com mulheres¹¹². A justificativa apresentada por pesquisadores que defendiam o estudo específico com homens e relatado por Londa baseia-se nos custos financeiros das pesquisas, afirmando que “os ciclos hormonais femininos são considerados problemas metodológicos que complicam a análise e a tornam mais custosa”, além do risco potencial para fetos, no caso de mulheres em idade fértil (p. 218). Londa critica duramente algumas dessas considerações de “proteção” às mulheres como sujeitos de pesquisa¹¹³, afirmando que tal visão as trata como “úteros ambulantes”, sem capacidade de planejamento reprodutivo ou não dispostas a ele, assim como critica a exclusão de mulheres na pós-menopausa.

A crítica de pesquisadoras feministas fez despertar o interesse da medicina oficial sobre temas de saúde feminina, em especial no final da década de 1980. Já tratei da implantação do Paism no Brasil em 1985, que contou com a participação de feministas para criticar o que se fazia e propor uma política de atenção mais ampliada do que o que se prestava ao ciclo grávido-puerperal de mulheres. Corroborava esta observação a citação de Londa Schiebinger sobre a pesquisa realizada em 1981, que registrava o dobro de estudos relacionados a parto e cuidados com os bebês do que com outros temas de saúde das mulheres (p. 219), além de muitos desses estudos estarem voltados mais à saúde dos bebês do que à das mulheres, que, “por acaso”, eram as que iriam parir tais bebês.

¹¹¹ Ela cita como exemplo os estudos sobre estrógenos e doenças cardiovasculares.

¹¹² Uma das mudanças na legislação dos Estados Unidos, na década de 1990, à qual Londa se refere, diz respeito à inclusão de mulheres como voluntárias em pesquisas clínicas. Um desses exemplos foi uma pesquisa clínica sobre doenças cardiovasculares associadas ao uso da aspirina, às taxas de colesterol, ao ato de fumar, que envolveram entre dez mil e quarenta mil homens e nenhuma mulher (p. 216).

¹¹³ Esta consideração, por exemplo, trata do uso indiscriminado de medicamentos como talidomida e dietilbestrol, prescritos indiscriminadamente para mulheres grávidas e geraram iatrogenias irreparáveis em seus bebês e só foram suspensas em 1993. Minha opinião é de que, mais do que proteção às mulheres, essas situações dizem respeito à bioética, como campo da ciência, que apenas muito recentemente tem determinado condutas éticas acerca de pesquisa com seres humanos.

Outra crítica de Londa foi a constatação deque, por conta desse enfoque de gênero nas pesquisas médicas, as mulheres apresentavam duas vezes mais reações adversas a drogas do que os homens (p. 219).

Nesta questão, concordo com a afirmação dessa autora de que, se, por um lado, há uma deficiência na assistência à saúde das mulheres, há, por outro, excesso de intervenções na área reprodutiva, como as cesarianas e as histerectomias. Acrescento aqui as ligaduras tubárias e as técnicas de reprodução assistida. Charles Tesser, Roxana Knobel, Tomaz Rigon e Gabriela Zanella Bavaresco (2011, p. 4) citam dados do Brasil de 2009, que comparam as taxas de cesáreas no setor público (34%) e no privado (85,6%), e avaliam que há uma “endemia de cesáreas”, principalmente em áreas urbanas e realizadas em mulheres de nível socioeconômico maior. No que tange à realização de ligaduras tubárias, segundo dados obtidos pelo órgão de Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS – Brasil, 2009, p. 92), em 1996 o percentual de mulheres esterilizadas entre 15 e 49 anos de idade era de 38,5%. Já em 2006, este percentual representava 25,9%; embora menor, ainda assim é um índice alto.

Não se pode deixar de considerar que essa inclusão de mulheres como sujeitas de pesquisa, ou do compartilhamento de recursos financeiros para investimentos em pesquisa de forma igualitária, tem o viés do feminismo liberal. Mas o fato de que tais pesquisas aconteceram tem e terá reflexos, com certeza, na Medicina e na vida de tantas mulheres. Além do enfoque igualitarista do feminismo liberal, as novas concepções acerca das diferenças sexuais foram e são importantes para a ampliação e a mudança de visão acerca do que se considera “saúde da mulher”, que são muito mais do que questões reprodutivas, ou de situações epidemiológicas, como câncer de colo de útero ou câncer de mama. Essa mudança tem impacto direto sobre a vida e morte de mulheres.

Outros assuntos foram incluídos na pauta de pesquisa, como: prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares, câncer de modo geral, osteoporose (relacionadas ao período pós-menopausa); doenças autoimunes; doenças urológicas; saúde ocupacional. Em todos esses exemplos, o enfoque de gênero é fundamental para estabelecer linhas de pesquisa que identifiquem causas e possibilidades de tratamento. Muitos críticos afirmam que esta questão pode ser insignificante ou não refletir a realidade de mulheres no mundo, visto que em países pobres, ou do chamado “terceiro mundo”, as taxas de mortalidade materna¹¹⁴ ainda

¹¹⁴ Relacionadas à gravidez, parto e pós-parto.

são muito altas e o investimento de recursos financeiros nos sistemas de saúde são muito desiguais. Não pretendo tratar desses temas, analisando a situação internacional. Também não vou me posicionar a respeito desses “avanços”, ou melhor, sobre se essa situação diferenciada em pesquisa sobre saúde das mulheres se generaliza. Considero, porém, importante, a produção de seu conhecimento e o acesso aos resultados das pesquisas científicas para contextualizar o debate contemporâneo acerca da ciência.

Talvez Arjun Appadurai (1990) possa colaborar, através de sua análise sobre o fluxo cultural global nas sociedades contemporâneas. Ele debate questões como “homogeneização” e “heterogeneização” das culturas, e o significado desta homogeneização a partir do que vem das metrópoles centrais. A Medicina, enquanto ciência instituída e, como sugere Pierre Bourdieu (1983, p.122, 123), como campo científico, constitui um espaço de luta pelo poder do “monopólio da autoridade científica definida, de maneira inseparável, como capacidade técnica e poder social; [...] capacidade de falar e agir legitimamente (isto é, de maneira autorizada e com autoridade)”. Este campo científico, representado pela ciência médica, que veicula sua produção através das revistas científicas (classificadas, inclusive, hierarquicamente), faz circular um fluxo global cultural que Appadurai denomina de *mediascape*¹¹⁵ (recursos eletrônicos para produzir e difundir informação).

Bourdieu (1983) verificou que a própria circulação da informação científica sofre orientações políticas e econômicas e produz, portanto, mensagens por via de uma interação social estruturada. Ou seja, todo tipo de interação simbólica social não depende apenas da estrutura do grupo em que ela se dá, mas também das estruturas sociais macro em que se encontra inserida.

A polêmica do debate feminista no âmbito do *National Institutes of Health* (NIH), citado como exemplo, não pode se limitar à inclusão ou não de mulheres em pesquisas, muito menos apenas considerar fatores fisiológicos como influentes em especificidades no quadro de saúde das mulheres. Londa Schiebinger cita feministas como Adele Clarke, Elizabeth Fee, Vanessa Gamble e Nancy Krueger nesse rol (p. 226). Essas autoras argumentam que sexo e raça, por exemplo, representam muito mais do que simplesmente variáveis biológicas.

¹¹⁵ O autor utiliza este sufixo *scape* para indicar que são construções em perspectivas, perpassadas pela história, pela linguística e pelas localizações políticas de diferentes tipos de atores, neste caso, a categoria médica.

Portanto, há que se considerar modelos sociais mais amplos como fatores importantes com impacto sobre a saúde das populações, nesse caso, das mulheres. Elas apontam o risco que se pode incorrer ao se considerar um modelo usual “masculino” ou “branco”, tanto quanto de um modelo “feminino”. Portanto, não é essa a questão que deve estar em foco.

Nessa perspectiva de rever o modelo de atenção à saúde das mulheres, nos Estados Unidos, a formação médica também entrou em questão. Os currículos de escolas de Medicina foram avaliados levando em consideração o tema da saúde das mulheres, a inter-relação entre ginecologia e outras especialidades médicas. Londa afirma que a “biomedicina tende a ignorar como a cultura, a ecologia e a economia podem alterar a fisiologia básica” (p. 231). Um dos exemplos citados é a opinião de antropólogas médicas, que questionam a “universalização” de padrões de menstruação e menopausa no que tange a modelos de reposição hormonal. Ou seja, não se podem ter como exemplos fisiológicos os padrões de mulheres estadunidenses ou europeias para determinar o que é indicado universalmente como terapêutica indicada para reposição hormonal. Indago se os programas brasileiros de formação médica consideram estudos com mulheres brasileiras! Ou, ainda, se existem esses estudos. E, se existem, são citados?

Não podemos incorrer no risco de análises simplistas ou reducionistas acerca da visão que considera a Medicina como sucesso do feminismo. Questiono se, além da inclusão de mulheres na ciência, do aumento de mulheres médicas na especialidade da Ginecologia e Obstetrícia, da mudança na pauta dos estudos e das políticas de saúde para mulheres, também se incluem ações com a finalidade de ampliar o conhecimento das mulheres acerca de seus corpos? Ou, como afirma Londa, esse sucesso é reflexo da presença de feministas dentro e fora da Medicina (p. 239)?

Na linha da análise da autora, podemos pensar na importância que o feminismo adquire, senão especificamente como exemplo de sucesso da Medicina, como protagonista privilegiado na ação de pautar as políticas de saúde formuladas e em implantação no País. Teria sido também impulsionador de pautas e mudanças no conhecimento científico e na formação da GO? Nos próximos capítulos, vou analisar com mais detalhe e aprofundamento este item.

1.3 CORPO ANATÔMICO / CORPO-IMAGEM – DEBATES CONTEMPORÂNEOS

Já aponte, nas reflexões desenvolvidas até agora, como a precedência do sexo como determinante das diferenças entre homens e mulheres levou a concepções de poder e ciência que determinaram papéis muito distintos na sociedade.

Thomas Laqueur¹¹⁶ inverteu o pensamento que colocava a precedência do sexo na determinação do gênero. Para ele, historicamente, as diferenciações de gênero precederam as de sexo. Ele demonstrou, através da história da Medicina, que o sexo foi inventado a partir do século XVIII. Antes disso, a concepção era de sexo único – o masculino –, e a mulher era o “sexo invertido”. As mulheres eram consideradas essencialmente homens e lhes faltava um “calor vital”. A vagina era considerada um pênis interno. A linguagem também marcou essa diferença sexual: não havia nome para a vagina. Esse período perdurou por dois milênios, até o século XVIII, quando se mudou o significado de diferença sexual. A visão dominante a partir do século XVIII (embora não universalmente) é a de que há dois sexos estáveis, incomensuráveis (que não se medem um pelo outro) e opostos; e que a vida política, econômica e cultural dos homens e das mulheres (seus papéis no gênero) é, de certa forma, baseada neste fato. Sexo e gênero existiam em um modelo de sexo único, conhecido como biologia dos dois sexos quando sobre ele se falava, posto que o conceito de gênero era mais arraigado na cultura. Ser homem/ser mulher era manter uma posição social, um lugar na sociedade, assumir um papel cultural, não ser organicamente um ou outro dos dois sexos. Ou seja, o sexo, antes do século XVII, era uma categoria sociológica, e não ontológica.

Escolhi alguns autore(a)s para conformar minhas reflexões acerca da concepção de corpo que permeia o debate contemporâneo das ciências humanas.

Início citando Denise Sant’Anna¹¹⁷, que trata das descobertas acerca do corpo nas últimas décadas do século XX. Para ela, o corpo é constantemente redescoberto, o que confere provisoriade ao conhecimento produzido sobre ele. Tanto os significados biológicos como os culturais desencadeiam descobertas e novas questões permeadas pela historicidade de cada época. Esse conhecimento não se

¹¹⁶ Cf. LAQUEUR, 2001.

¹¹⁷ Cf. SANT’ANNA, 2000.

limita à História e à Medicina, nas perpassa as artes e o conjunto das ciências.

A partir da década de 1960, de acordo com Sant'Anna, o corpo ganhou importância significativa no campo da política, das artes, das ciências e da mídia. As reivindicações desse período formaram um tripé, baseado na “autenticidade, natureza e prazer”, buscando expressões corporais livres de repressão. Esse enfoque corporal deu origem à “sociologia do corpo”. Ampliando para a moda e para a música, o corpo vai deixando de ser tabu, marcado pela doença e pelo pecado, e crescem experiências de “descoberta do corpo” como importante espaço de dignidade. Juntamente com as redescobertas, vêm novos questionamentos sobre os limites desse processo – o fluir dos desejos, os imponderáveis e a possibilidade de se tornar um “negócio”.

Na década de 1980, surgiram outros desafios associados aos usos do corpo nos lazeres e nos esportes. Além da massificação das academias, houve uma banalização dos cuidados relacionados às terapias e ao lazer. “Ser veloz e saudável é aqui conjugado com a necessidade de ser produtivo, descontraído e feliz”. Quais os riscos? Reduzir tudo à *performance*? Essa generalização de competição pode levar a “relação humana a mais um negócio a ser vencido”¹¹⁸.

Nos anos 1990, pode-se dizer que houve um cansaço de tantas redescobertas do corpo. Ao mesmo tempo em que fomos “bombardeados” pelas propagandas e novas tecnologias, crescem a “banalização das violências feitas ao corpo, o desrespeito e o descaso aos corpos de crianças, jovens e idosos”¹¹⁹, inclusive em espaços como hospitais. O corpo adquire, em consequência, o estatuto de objeto de curiosidade, assim como objeto de “manipulações científicas e industriais”. Ou seja, ao mesmo tempo em que é valorizado, é explorado. A instrumentalização do corpo e a sua comercialização têm destaque na saúde. Novamente Denise Sant'Anna destaca a importância de relacionar esse tema à ética e ressalta a “politização das pesquisas sobre o corpo”. A autora aponta algumas questões que procuram instigar uma reflexão que faça a ponte entre o individual e o coletivo. “Como valorizar o corpo, seus direitos e sua dignidade, sem transformá-lo numa espécie de relíquia isolada do coletivo [...]?” O que ela aponta nesse processo de “redescobertas do corpo” não é tanto como liberá-lo, mas “como ser ético durante a liberação?” Como pensar em corpos de

¹¹⁸ Op. Cit., p. 243.

¹¹⁹ Op. Cit., p. 245.

indivíduos éticos e dignos como parte de coletivos que “não sejam rebanhos”¹²⁰?

Emily Martin¹²¹, outra autora que escolhi para subsidiar a discussão acerca do corpo, procura refletir sobre a relação entre os significados culturais e as ideias científicas contemporâneas relacionadas ao corpo das mulheres. A partir da análise das metáforas utilizadas nas descrições médicas do corpo feminino, levantou comparações que desqualificam não só partes do corpo feminino, mas eventos fisiológicos, como, por exemplo, a menstruação e a menopausa¹²². Quanto ao uso da categoria “mulheres”, mesmo assumindo que é restrita, justificou seu uso a partir de sua existência como consequência de processos históricos, que vincularam “as ‘mulheres’ a seus corpos e ao que é visto culturalmente como processos biológicos, principalmente menstruação, parto e menopausa”¹²³. Também utilizou como argumento o fato de as mulheres serem afetadas pelos conceitos médicos e científicos acerca desses processos. Tal argumentação se coaduna com o pensamento de outras autoras sobre o uso da categoria “mulheres”, como Joana Pedro e Claudia de Lima Costa, já citadas.

Emily Martin propôs uma compreensão integrada entre o biológico e o social; afinal, se os conhecimentos acerca dos genes e dos hormônios são legítimos, por si sós eles não respondem pela completude das questões humanas que envolvem todo o processo do viver. Por isso, utilizo os argumentos e a perspectiva analítica da autora.

Não pretendo analisar a(s) concepção(ões) de corpo da residência médica da Ginecologia e Obstetrícia avaliando o que pode estar certo ou errado, porém desejo investigar o que pode estar oculto ou tão arraigado em sua formação a ponto de não ser percebido. Esta análise também tem a finalidade de conhecer a formação atual da Ginecologia e Obstetrícia e perceber se os estudos feministas que criticam a Medicina têm algum impacto na produção atual de conhecimento.

Cito algumas metáforas identificadas por Emile Martin. A primeira delas situa-se no século XIX: o corpo como um sistema de entrada e saída. Cita o exemplo do sangue menstrual que passa a não ser mais expelido na menopausa, transformando-se em gordura ou

¹²⁰ Op. Cit., p. 248-249.

¹²¹ Cf. MARTIN, 2006.

¹²² Emily Martin observa que os médicos se referem a partes do corpo das mulheres, após a menopausa, como “inutilidades murchas” (2006, p. 23).

¹²³ Op. Cit., p. 29.

fogacho¹²⁴, equilibrando, assim, esse sistema de entradas e saídas. A menstruação – a eliminação de sangue – era considerada saudável (até o século XVIII), mas o sangue continha impurezas e era tido como sujo. Já na segunda metade do século XIX surgiram novas metáforas, comparando o corpo feminino aos processos anabólicos, e o corpo masculino, aos processos catabólicos. Junto com isso veio a concepção dos machos como ativos e das fêmeas, como passivas. A menstruação passou a ser vista como um distúrbio; e a menopausa, como uma doença. A metáfora de “entrada e saída” é substituída pela noção do corpo como “negócio”, que precisa “equilibrar suas contas”¹²⁵.

A medicina científica que se desenvolveu no século XX, envolvida no contexto da sociedade industrial, comparava o funcionamento do corpo a uma fábrica. Outra metáfora que surgiu é a de um sistema de sinalização, baseado na relação sinal/resposta, encontrado em muitos textos universitários. Este sistema descreve modelos de “círculos de ida e volta”, mas com uma estrutura hierárquica. Emily Martin acha este modelo similar à forma predominante na organização social. Assim, as metáforas se ajustam aos papéis tradicionais da sociedade. Ressalto o questionamento da autora sobre a possibilidade de se pensar outras maneiras de representar os referidos fenômenos “biológicos”.

Outro autor que aborda o tema do corpo como categoria de análise é David Le Breton¹²⁶, para quem o corpo “é moldado pelo contexto social e cultural”¹²⁷ e nele surgem as significações da existência individual e coletiva. Le Breton aponta três pontos de vista acerca do corpo, presentes na sociologia desde o início do século XIX. O primeiro deles é o que chama de “sociologia implícita”, no qual a corporeidade assume um caráter contraditório. O corpo não é pensado apenas do ponto de vista biológico; é moldado pelas interações sociais. Outra visão distinta indica o oposto: a condição social como consequência do corpo, ou seja, defende a primazia do biológico (“a ordem do mundo obedece à ordem biológica”¹²⁸). Le Breton utilizou o posicionamento de sociólogos, como Durkheim, para evidenciar a concepção da relação da corporeidade muito mais com a Medicina e a Biologia do que com a Sociologia. Já no início do século XX, o

¹²⁴ Op. Cit., p. 70.

¹²⁵ Op. Cit., p. 78.

¹²⁶ Cf. LE BRETON, 2010.

¹²⁷ Op. Cit., p. 7.

¹²⁸ Op. Cit., p.17.

surgimento da Psicanálise propõe uma ruptura epistemológica com a visão positivista da corporeidade. Nessa passagem, do século XIX para o século XX, conforma-se o que o autor denomina de “sociologia em pontilhado”, com a defesa da concepção de construção social da corporeidade. Aos poucos, “o corpo se apaga e a civilidade, em seguida à civilização dos costumes, passa a regular os movimentos mais íntimos da corporeidade”¹²⁹. Por fim, o terceiro ponto de vista, representado pela sociologia do corpo. O autor apontou algumas ambiguidades nessa sociologia. Suas pesquisas tratam das ações do corpo, mas não especificam que corpo é esse. Le Breton afirmou que não podemos tratá-lo como fetiche, sem considerar a pessoa que habita esse corpo. Portanto, estabeleceu que não se vê um corpo, mas homens e mulheres. Desse modo, “o corpo não é uma natureza”¹³⁰. Sobre a concepção moderna do corpo, presente nas sociedades ocidentais, ressalta sua representação pelo conhecimento biomédico e da anatomofisiologia, com sua visão particular de pessoa concernente à sociedade individualista que se forma. Assumo aqui a tarefa proposta por Le Breton para as ciências humanas, de compreender a corporeidade não apenas como um conjunto de órgãos dispostos por sua anatomia e fisiologia, mas como uma estrutura simbólica, com suas representações e sentidos. É com esse olhar que pretendo analisar as fontes pesquisadas. Como aparecem, nos textos da medicina que vou analisar, os significantes culturais dos corpos das mulheres? Le Breton afirma que, de certa forma, a Medicina e a Biologia detêm o “conhecimento oficial” sobre o corpo, com uma legitimidade irrefutável¹³¹. Representam o conhecimento ensinado nas universidades como significado de “verdade”, mas, ainda nesse campo há uma disputa por outras medicinas de outras culturas e de outras tradições de conhecimento. Essas disputas aparecem nas fontes pesquisadas?

Para ampliar essa discussão acerca do corpo na Medicina, utilizarei o texto de Anne Marie Moulin¹³². Ela argumenta que no século XX ganhou destaque o direito à saúde, compreendido em especial como direito à assistência médica. A saúde passa a significar algo que representa tanto uma verdade quanto uma utopia. Paralelamente, afirma que o presente século marca a história do corpo com uma

¹²⁹ Op. Cit., p. 21.

¹³⁰ Op. Cit., p. 24.

¹³¹ Op. Cit., p. 34.

¹³² Cf. MOULIN, 2008.

“medicalização sem precedentes”¹³³ (processo que valoriza os médicos na gestão dos corpos). A medicina ocidental passa a representar um “guia de vida”, recomendando comportamentos e cerceando prazeres. A polêmica entre domínio e autonomia da população abre espaço para a sociedade civil e também para o poder do Estado, que passa a controlar as liberdades privadas. O corpo adquire sentido para evidenciar que se “tem saúde”. Traduz-se pela ação dos indivíduos em adequar seu comportamento aos ditames da ciência¹³⁴, ou seja, à “governamentalidade da vida”, conforme propõe Michel Foucault.

Sem se referir especificamente ao uso de metáforas, como Emily Martin, Moulin destaca uma que é empregada para se referir ao corpo no século XX, a de sua comparação a uma máquina (herança de Descartes). Outra característica deste século é a consolidação da utilização do corpo como objeto de experimentação, transformado em sinônimo de progresso médico. Com o impulso da experimentação sob a égide do poder médico, foi preciso estabelecer mecanismos de controle. Atualmente, a utilização do consentimento informado busca retomar uma certa relação simétrica entre médica/os e pacientes.

Para Anne Marie Moulin, o “espaço contemporâneo do corpo ainda está por construir”¹³⁵. Tanto a ciência como o direito legitimam a singularidade do corpo, reconhecendo-o como “sujeito de direitos e deveres”, dotado de autonomia. Para conhecer esse corpo, a anatomia representou na História uma importante área de conhecimento da Medicina, fundamental no ensino médico. Da necrópsia reveladora do interior dos corpos, veio a nudez dos exames, o tempo de ausculta em busca dos ruídos.

¹³³ Op. Cit., p. 15.

¹³⁴ Podemos citar várias normativas que ganham destaque na nossa sociedade: manter o controle do peso corporal, não fumar, praticar sexo seguro, fazer atividade física etc.

¹³⁵ Op. Cit., p. 44.

Figura 1 - Aula de Anatomia do Doutor Tulp



Fonte: Rembrandt – 1632.

Figura 2 - Estudantes de medicina, em 1910, na Yale University, Nova York



Fonte: Foto: Cushing/Whitney Medical Library, Yale University/NYT).

O que é que se apresenta nos dias de hoje para desvendar os corpos? De uma aprendizagem clínica no corpo do outro, com base nos cinco sentidos e numa proximidade física, desenvolveram-se novas técnicas utilizando máquinas para gerar uma imagem virtual dos corpos. A produção de imagens na Medicina impõe-se hoje como verdade irrefutável, que não mais integra pontos de vista de outros conhecimentos.

Como uma das consequências do uso das imagens, a autora utiliza o exemplo da gravidez, que, com o advento da ultrassonografia, inaugura o que as feministas denominam de “vida pública do feto”¹³⁶. Registra-se o surgimento de uma vida anterior e, com isso, sujeita a controle moral e teológico¹³⁷. A mulher grávida se descorporifica. Segundo Susana Rostagnol (2008, p. 671-673), o estatuto das mulheres, como sujeito moral, capaz de tomar decisões, cai por terra, visto que elas perdem a capacidade de escolha de ser ou não ser mãe. Algumas culturas consideram pessoas com características individuais e “dividuais”, que se estabelecem pela relação com o outro. A cultura ocidental, hegemônica, trata apenas do ponto de vista dos atributos individuais. As mulheres grávidas que desejam abortar não estabelecem relação com o *zef* (zigot/embrião/feto), diferentemente das que desejam a gravidez.

As tecnologias médicas, em especial a ultrassonografia, têm papel importante na construção social do *zef* como pessoa, assim como reforçam o status de “autoridade científica”. A relação do médico com o *zef* prescinde da mãe.

¹³⁶ Op. Cit., p. 75.

¹³⁷ Lia Zanotta Machado é outra autora que discute esse tema, em seu livro *Feminismo em Movimento*.

Figura 3 – Ultrassonografia de feto



Fonte: Oficina.¹³⁸

Esta “descorporificação” da gravidez leva a uma erosão dos direitos das mulheres, em especial de sua autonomia reprodutiva, reforçando o que a autora denominou de “controle patrimonial do corpo”. A ultrassonografia antecipa a existência social do *zef*, atribuindo-lhe a subjetividade própria dos seres humanos. Os corpos das mulheres mantêm-se, assim, num campo de sacralidade, submetido à ordem da natureza e despossuído do poder de decisão, enquanto que à tecnologia médica cabem as decisões, como, por exemplo, sobre o destino de embriões congelados.

Outra situação desencadeada pela apologia da imagem é a “ideia de um controle panóptico de todos os órgãos”, associado à necessidade de uma “segurança global da saúde”¹³⁹. Moulin argumenta que a hermenêutica não pode ser dispensada, apesar desse “realismo aparente da imagem”. A produção de imagens está disponibilizada na internet, tornando-se de domínio público, ao mesmo tempo em que reifica a perspectiva de onipotência da Medicina. O ensino da anatomia é transformado: ao invés do cadáver, surge um corpo virtual que os estudantes podem dissecar à vontade. Ao mencionar o programa *The Visible Man*, modelo abstrato criado tecnologicamente com base em um

¹³⁸ <http://www.google.com.br/search?hl=pt->. Acesso em: 13 ago. 2013.

¹³⁹ Op. Cit., p. 76.

homem real (um preso americano, de 35 anos, musculoso, sem gordura), a autora ironiza questionando se os anatomistas do século XXI seguirão a norma que o modelo a ser utilizado ainda é o de um corpo masculino. Cita, ainda, o programa *The Visible Woman*, que ainda não está disponível, mas já esclarece uma diferença fundamental. A mulher que serviu de modelo não tem as características estéticas do modelo masculino e morreu de insuficiência cardíaca. As próprias técnicas de cirurgia sofreram modificações com o advento das tecnologias que permitem as endoscopias.

Concluindo sua retrospectiva histórica sobre o corpo no século XX, Moulin retrata os dois primeiros terços como período de crescente intervenção da Medicina, garantindo um “quase-monopólio na gestão do corpo e no desvendamento dos seus segredos”¹⁴⁰. Com o advento da “poderosa indústria da imagem”, há uma popularização do saber médico, que passa a habitar o imaginário público. Ao mesmo tempo que cresceu o saber-poder da Medicina, há uma preocupação dos indivíduos em participar das decisões que dizem respeito ao próprio corpo. Ocorreu o que a autora denomina de “duplo ideal de transparência” – do corpo através das imagens, das decisões da sociedade.

O corpo, na cultura contemporânea, adquire caráter de ambiguidade, conforme escreve Francisco Ortega (2008). Nesse período de “cultura somática” ou do “culto ao corpo”, quanto maiores a atenção e o controle sobre ele, maiores também as incertezas. A valorização dessa perspectiva simbólica sobre o corpo, utopia que jamais se alcança, gera angústias e inseguranças, transforma esse mesmo corpo de objeto em abjeto. A prática médica digitalizada, com os recursos da “tecnobiomedicina”, transforma o “corpo virtual” em prolongamento do real, e não mais em seu oposto. Assim, o corpo virtual ganha em materialidade, mas perde em subjetividade (p. 13-14). É um corpo “descarnado”. O que ele denomina de “somatização da subjetividade” suscita novas questões, no âmbito epistemológico, com o surgimento de um vocabulário “fiscalista” para expressar sentimentos ou crenças; no âmbito clínico, com o aparecimento de novos sintomas relacionados às novas regras para desempenho ou performances físicas (anorexia, bulimias, drogadições, depressões e outras); no âmbito ético-político, com o uso de novos vocabulários médicos na linguagem comum, utilizados para classificação moral de indivíduos – entre melhores e piores.

¹⁴⁰ Op. Cit., p. 80.

Segundo Ortega, diferentemente da biopolítica clássica (representada por agrupamentos tradicionais como gênero, raça, classe social¹⁴¹), a biossociabilidade contemporânea apresenta novas formas de sociabilidade, como resultado das interações entre capital, biotecnologias e medicina (p. 30). Esses agrupamentos, de caráter privado, são considerados por ele apolíticos e expressam performances corporais e critérios de saúde. As práticas, além de apolíticas, são individualistas, sem preocupação com o outro ou com o bem-comum. Para o autor, “o interesse pelo corpo gera o desinteresse pelo mundo; a hipertrofia muscular gera atrofia social” (p. 48). São palavras fortes. Se não há como mudar o mundo, muda-se o corpo.

Diferentemente da biopolítica analisada por Foucault, com base no disciplinamento dos corpos, com ênfase na “sexualidade, raça e degenerescência”, a biossociabilidade promove novos valores de reconhecimento. O que ganha destaque é “ideologia da saúde”, compreendida aqui como conjunto de práticas e “cuidados corporais, médicos, higiênicos e estéticos” (p. 31-32). Como resultado, valorizam-se as identidades do “sujeito que se autocontrola, autovigia e autogoverna” e a noção de risco, relacionada a escolhas comportamentais e a estilos de vida. Portanto, a doença surge como resultado de um fracasso pessoal. Ou melhor, a compreensão de doença é substituída por “deficiência”. Ao invés de tratar as doenças, existem *déficits* que necessitam ser compensados. Outra questão importante nessa nova concepção é a ruptura com as dicotomias tradicionais normal/patológico, saúde/doença. Para a bioidentidade, o corpo é central e adquire um novo valor – “já não é o corpo a base do cuidado de si; agora o eu existe só para cuidar do corpo” (p. 43).

Além de questionar o discurso médico, Ortega polemiza com o discurso feminista, a partir dessa noção de risco e responsabilidade pessoal. Os novos parâmetros de julgamento moral das mulheres, distinguindo-as entre “boas” e “más” diz respeito ao uso da autonomia como bandeira política. As novas performances pessoais valorizam as capacidades de autogoverno e autocontrole que incluem o cuidado de si. A autonomia ressignificada representa hábitos de vida e escolhas saudáveis que vão se traduzir em saúde. Para Ortega, é “uma ficção de liberdade e autonomia” (p. 62). “Ter um corpo” é mais importante do que “ser um corpo”, desconectando o corpo vivo do corpo vivido.

A visão mecanicista do corpo humano instaurou o paradigma anatômico, sempre tentando reduzir o corpo subjetivo a um corpo

¹⁴¹ O autor usa a categoria sociológica “estamento”.

objetivo, que pode ser quantificado e mensurado. Perpassou o século XVIII, utilizando os cadáveres para descrever o corpo humano; o século XIX, numa concepção “naturalista”, que transforma o corpo em objeto de investigação e tratamento. Assim, a visão se consolida como sentido primordial para o estatuto epistemológico clínico e diagnóstico. Há uma desqualificação do tato e do olfato, fazendo com que essa “medicina tecnológica” considere a visão como ideal de “objetividade, precisão e não-mediação” (p. 65).

O corpo-objeto utilizado pelo modelo biomédico é atualizado pelas novas tecnologias médicas que possibilitam visualização, mas mantêm sua objetivação, desconsiderando sua subjetividade.

Outra questão importante apresentada pelo autor diz respeito à “ambiguidade ontológica” dos órgãos internos (p. 80). Apresenta uma dimensão alheia ao corpo-sujeito, visto como corpo-objeto, como se fosse algo estranho e alheio. As novas tecnologias de visualização do corpo apresentam um fascínio diagnóstico e terapêutico, além de sua finalidade biomédica. Tal fascínio representa uma tentativa de dar conta da ambiguidade ontológica que constitui o visceral, ou seja, a de tornar acessível algo da corporeidade que escapa à apreensão, aproximar o estranho e torná-lo familiar. Outra característica atual das tecnologias médicas é difundir imagens de partes do corpo desconectadas do todo. Os novos equipamentos, a partir da segunda metade do século XX, mantêm a noção de imagem como dado objetivo e mensurável, utilizando-se de um “olhar desfisiologizado” (p. 127), devido a reconstruções digitais que adotam múltiplos ângulos e perspectivas – bi ou tridimensionais -, que não poderiam ser adotadas numa perspectiva fisiológica, por exemplo. Segundo Ortega, essa visão corresponde a uma visão pós-moderna, por conta da dissolução de qualquer perspectiva como referência. Essas técnicas promovem um ocultamento dos contextos socioculturais e econômicos.

Figura 4 – Paciente com 61 anos de idade, portadora de adenocarcinoma na mama esquerda.

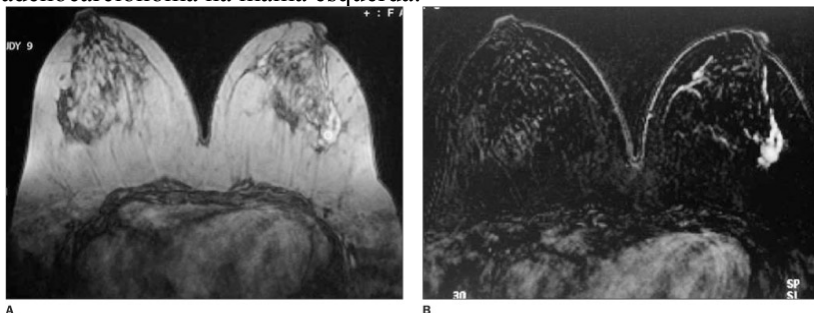


Figura 4. Paciente com 61 anos de idade, portadora de adenocarcinoma na mama esquerda. RM realizada no plano axial, com imagens pós-contraste e com supressão de gordura. Presença de imagem irregular de aspecto infiltrativo localizada na mama esquerda, com intensa impregnação do Gd-DTPA.

Fonte: Cf. site.¹⁴²

A ação de transformar em imagem visível o que está oculto, de forma parcelada e dividida, leva à hiperespecialização para garantir sua eficácia diagnóstica e o deslocamento da totalidade corporal leva a uma “autonomia enganosa” (p. 146).

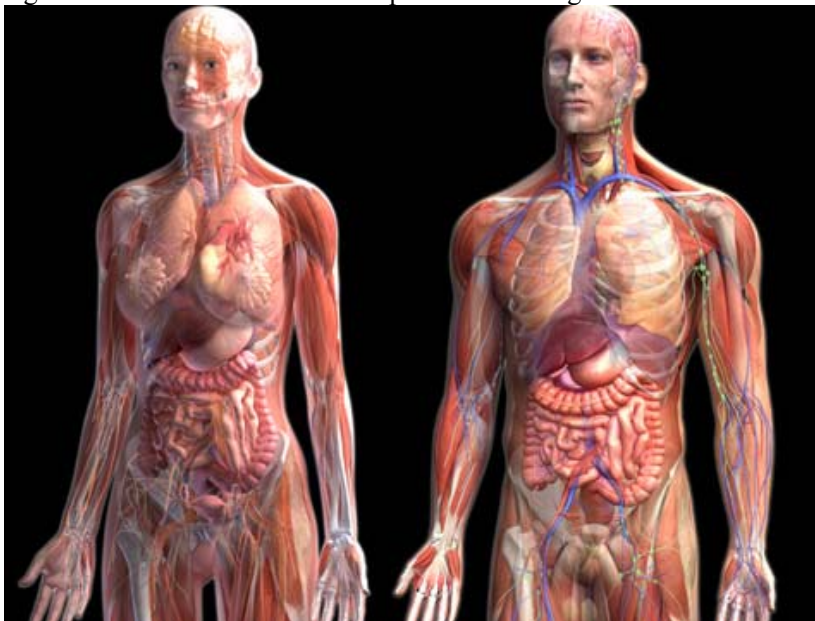
Dentre as imagens que se transformaram em ícones, Ortega cita o cérebro e o feto. No segundo caso, sua opinião coincide com as de Susana Rostagnol e Lia Zanotta Machado, autoras já citadas. A revelação dessa imagem produz um feto como pessoa autônoma, independente da mulher.

A espetacularização das aulas de anatomia hoje é substituída pelo “cadáver digital”, para simulação de cirurgias virtuais. Assim, o treinamento da prática médica acontece cada vez mais de forma digitalizada, mediada por computadores, dependentes das novas tecnologias. A nova cultura somática leva a uma percepção e manejo do corpo exclusivamente visual, e ainda de maneira a torná-lo objeto pela biomedicina. É o corpo contemporâneo, que, para Ortega, não representa nenhuma ruptura com o corpo anatômico; ao contrário, representa uma continuidade da ruptura com sua dimensão subjetiva - “o

¹⁴²http://www.google.com.br/search?q=resson%C3%A2ncia+mam%C3%A1ria&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=gc4KUrX3JLSw4AOI34GwCg&ved=0CAcQ_AUoAQ&biw=1366&bih=624#facr=_&imgcr=MVbSpBxWSVm3_M%3A%3B8hiLBk1y_ZvI9M%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.scielo.br%252Fimg%252Fvistas%252Frb%252Fv36n6%252F18704f4.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.scielo.br%252Fsciolo.php%253Fpid%253DS0100-39842003000600009%2526script%253Dsci_arttext%3B818%3B351 Acesso em: 13 ago. 2013.

corpo que eu tenho, não é o corpo que eu sou”. Além do que, adquire o estatuto de “verdade científica”.

Figura 5 – Visão biomédica do corpo em versão digitalizada



Fonte: Nova tecnologia permite dissecar cadáver virtualmente.¹⁴³

O sucesso dessa cultura da imagem deve ser estudado para além do campo biomédico, buscando identificar as repercussões “epistemológicas, antropológicas e socioculturais da visualização do interior do corpo, para além dos benefícios clínicos e terapêuticos” (p. 166).

No aspecto do *corpo-imagem* reside uma dupla polémica: significado de autonomia do discurso médico e discurso feminista, perspectivas distintas. Por esse motivo, justifico a escolha desse autor e pergunto: O discurso feminista do “*meu corpo me pertence*” representa uma armadilha no contexto contemporâneo de interlocução com o discurso médico? Segundo Ortega, autonomia pode representar um paradoxo, na medida em que pode significar o que ele caracteriza como “autonomia e liberdade para nos tornarmos peritos, *experts* de nós

¹⁴³ Disponível em: http://diariodigital.sapo.pt/news.asp?id_news=574474
Acesso em 13 de agosto de 2013.

mesmos, da nossa saúde, do nosso corpo” (p. 37). Que corpo? Que autonomia pode representar a posse desse corpo virtual, objetivo, despossuído de suas emoções, sensações, enfim de sua própria história?

Esta leitura possibilita relacionar o significado da imagem para a Medicina na atualidade e como esse novo significado repercute na formação médica.

2. O QUE AS REVISTAS CIENTÍFICAS DAS ENTIDADES MÉDICAS FEBRASGO E ABEM EXPRESSAM EM SEUS EDITORIAIS SOBRE O CAMPO DA MEDICINA NA ATUALIDADE

Procurarei contextualizar, neste capítulo, a construção do saber médico ginecológico e obstétrico, em especial no Brasil, à luz de referenciais feministas. Das razões, sobre as quais já expus, só me permito reafirmar que se trata de especialidades médicas cujo campo de ação profissional se relaciona diretamente com as mulheres e seus corpos.

Diante da abrangência do capítulo, vou abordar a trajetória de parcela do pensamento científico que envolve especificamente Ginecologia-Obstetrícia e educação médica. Para tal, selecionei duas revistas que expressam a produção científica nas respectivas áreas - a Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (RBGO), publicação oficial da Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), e a Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM), publicação oficial da Associação brasileira de Educação Médica (Abem), que se assume como autoridade no campo da educação médica.

Como parte do objetivo geral desta tese, este capítulo busca conhecer como os textos médicos das revistas selecionadas expressam suas concepções sobre as mulheres e o corpo feminino, e quanto se relacionam com as discussões do campo feminista, pelo que possam permitir de diálogos teóricos entre as ciências médicas e os estudos feministas. Com esta informação, pretendo analisar a difusão das opiniões formuladas nas diretrizes, programas e trabalhos de conclusão da residência médica em Ginecologia e Obstetrícia, a aprofundar nos capítulos subsequentes.

Busquei organizá-lo apoiando-me nos estudos de Michel Foucault acerca do saber-poder da Medicina e no que Pierre Bourdieu apresenta sobre a conformação do campo científico (seus saberes e quem tem autoridade para falar).

Além das concepções de corpo que podem ser encontrados nos textos dos programas de residência médica em Ginecologia e Obstetrícia, também considero importante conhecer como a própria Medicina - representada aqui pelas entidades selecionadas, a Febrasgo e a Abem - percebe a si própria como ciência e campo de conhecimento.

Num primeiro momento, vou analisar os editoriais da RBGO e da RBEM, e, num segundo momento, destacar possíveis similitudes e

diferenças que possa haver entre o posicionamento político-profissional das duas entidades no que diz respeito aos objetivos desta tese e deste capítulo.

2.1 BREVE HISTÓRIA DA ABEM E DA FEBRASGO E SUAS REVISTAS CIENTÍFICAS

A Abem foi criada em 1962, sucedendo à Associação Brasileira de Escolas Médicas. O Decreto nº 64.571, de 23 de maio de 1969, tornou-a de utilidade pública. Sua composição é variada, admitindo tanto sócios institucionais (escolas, faculdades e instituições relacionadas ao ensino médico), como sócios individuais, honorários e beneméritos. Dentre seus objetivos, constam: o aprimoramento da educação médica; aperfeiçoamento de métodos de ensino; aperfeiçoamento docente; estudos relacionados ao credenciamento de hospitais para fins de residência médica, dentre outros. Apresenta, como visão: “ser reconhecida como a principal protagonista de melhorias na educação médica brasileira, representante de seus associados, influenciando as políticas públicas de educação em saúde”¹⁴⁴.

Conta, atualmente, com 145 escolas associadas (69 públicas e 74 privadas); quatro instituições médicas - Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj), Grupo Hospitalar Conceição, Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap), Associação Médica do Rio Grande do Sul (Amrigs); cinco sociedades de especialistas - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Sociedade Brasileira de Dermatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, e a Febrasgo; dez sócios honorários, entidades nacionais representativas do campo do ensino, profissional, sindical e estudantil. No campo da Medicina, são as seguintes: Academia Nacional de Medicina (ANM); Associação Médica Brasileira (AMB); Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR); Conselho Federal de Medicina (CFM); Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem); Federação Nacional dos Médicos (Fenam). De outros campos da sociedade, constam: Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue); Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (Andes); Conselho de

¹⁴⁴Disponível em: www.abem-educmed.org.br/sobre_abem.php Acesso em: 24 jul. 2012.

Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB); Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

Desde 1963, a Abem realiza reuniões anuais de caráter científico e técnico. Em 2012, promoveu o 50º Congresso Brasileiro de Educação Médica¹⁴⁵ paralelamente ao Encontro da Federação Pan-americana de Faculdades e Escolas de Medicina, na cidade de São Paulo. Além disso, desenvolve diversos projetos, como cenário de aprendizagem nos cursos de Medicina, como: ***ABEM 50 anos – dez anos das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina; Desenvolvimento de Competências Pedagógicas para Prática Preceptoria na Residência Médica; Participação no Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde; Avaliação e Acompanhamento das Mudanças nos Cursos de Graduação da Área da Saúde - Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (Caem/Abem); Atenção Básica de Saúde.***

Publicou documentos em sua página eletrônica com o posicionamento da entidade acerca de temas conjunturais e polêmicos, como: abertura de novas escolas; exame de habilitação; validação de diplomas.

Este breve cenário dá conta da importância e representatividade desta entidade, que mantém publicações como os Cadernos da Abem (publicações anuais com temas variados¹⁴⁶), Boletim Informativo (versão impressa disponível a associados, desde 1963, com tiragem de 2.800 exemplares), boletim virtual (periodicidade quinzenal), anais dos congressos (com resumos dos trabalhos), dentre outros. Destaco a Revista Brasileira de Educação Médica, indexada a sete bases de dados¹⁴⁷. Seus exemplares estão disponíveis eletronicamente desde 2000, perfazendo um total de 45 até 2012.

¹⁴⁵ Os anais dos congressos estão disponíveis em: <http://www.abem-educmed.org.br/anais.php>.

¹⁴⁶ Volume 1 – 2005 - ; Volume 2 – 2006 – 3 partes: História da Educação Médica no Brasil; O movimento mundial de Educação Médica – as Conferências de Edimburgo; Contextos históricos conjunturais; Volume 3 – 2007 – Atenção básica e formação médica; Volume 4 – 2008 – 200 anos de educação médica no país; Volume 5 – 2009 – O SUS como escola; Volume 6 – 2010 – Qualidade de vida do estudante e do residente – suporte e vicissitudes da formação médica; Volume 7 – 2011 – Residência Médica; Volume 8 – 2012 – Saúde da Família.

¹⁴⁷ A saber: Biblioteca Virtual de Educação em Ciências da Saúde – Educa - <http://educ.bvs.br>; Sumários de Revistas Brasileiras – SUMARIOS - <http://www.sumarios.org>; Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências

A Febrasgo é a entidade representativa da(o)s médica(o)s ginecologistas e obstetras no Brasil. Foi fundada em 1959. Destaco, dentre suas finalidades: a promoção do aperfeiçoamento técnico-científico e dos aspectos éticos do exercício profissional; a outorga do título de especialista em Ginecologia e Obstetrícia (Tego) e a representação oficial junto a autoridades federais¹⁴⁸.

Possui uma Coordenação de Ensino e Avaliação (CEA), que tem como papel acompanhar o processo de formação através das residências médicas, sendo uma de suas comissões a Comissão de Residência (Core). O trabalho desta comissão visa a contribuir para a definição das estratégias político-profissionais no que tange ao controle da formação médica da especialidade, com a finalidade de aprimorar este processo, combinando as ações de avaliação das residências médicas e de avaliação profissional.

Dentre suas publicações, destaca-se a Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (RBGO), editada pela primeira vez em 1979, destinada aos profissionais desta especialidade médica e a profissionais de saúde de áreas afins. Está indexada ao SciELO¹⁴⁹ desde 2001; desde 1998 é possível acessar eletronicamente seus exemplares. É uma revista mensal, com publicação de dez números por ano no período de 1998 a 2004; a partir de 2005 foram publicados 12 números anuais. Outra publicação, a *Femina*, é uma revista destinada à publicação de revisões. Além das duas revistas, a Febrasgo possui diversos manuais sobre temas específicos da especialidade – climatério, anticoncepção -, dentre outros temas.

A pesquisadora Patrícia de Freitas (2005), em sua tese de doutorado, analisou as publicações da Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia entre 1907 e 1978, período no qual a publicação circulou. A revista surgiu no contexto de estruturação das primeiras faculdades de

da Saúde – LILACS - <http://www.bireme.org>; *Base de Datos Bibliograficos de Revistas Latinoamericanas de Ciências y tecnologia* – PERIODICA - <http://www.dgbiblio.unam.mx/periodica.html>; *Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa* – IRESIE - <http://www.unam.mx/cesu/iresie/>; DOAJ - *Directory of Open Access Journals* - <http://www.doaj.org>; SciELO - *Scientific Electronic Library Online* - http://www.scielo.br/scielo.php/lng_pt Para outras informações, acessar: www.educacaomedica.org.br/sobre/index.php

¹⁴⁸ Disponível em: www.febrasgo.org.br/?op=paginas&tipo=pagina&secao=2&pagina=17

¹⁴⁹ A *Scientific Electronic Library Online*(SciELO) é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros.

Medicina no Brasil no final do século XIX, e também no processo de constituição das especialidades médicas de Obstetrícia e Ginecologia. Dentre seus colaboradores, constam, em especial, professores e profissionais médicos, formados pela na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, da Bahia, de São Paulo, além da Academia Nacional de Medicina, e de colaboradores europeus. Segundo esta autora, entre 1907 e 1954, a revista esteve sob a responsabilidade do médico Alberto Ribeiro de Oliveira Motta, que pertenceu a várias entidades médicas importantes desse período (por exemplo, a Academia Nacional de Medicina, a Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Brasil, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro).

Ainda segundo análise de Patrícia de Freitas:

A Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia, antes de ser um periódico de especialidades médicas, é um “lugar social”, ou seja, um espaço de saber, de construção de conhecimento e de legitimação de saberes que reúne profissionais habilitados congregados numa classe (2005, p. 88) (grifo no original).

No período de 1922 a 1929, foi publicada como órgão oficial da Sociedade Brasileira de Ginecologia. Em 1962, voltou a ser publicada como “órgão oficial” da Febrasgo, informação divulgada em seu editorial. Pode-se dizer que foi uma precursora da RBGO.

A entidade organiza três tipos de eventos científicos: Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia; congressos regionais; e congressos internacionais, com patrocínio de entidades internacionais. Destaco que, em seu estatuto, no artigo 44, “para participação ativa em conclaves e outros eventos científicos da Febrasgo e Associações Federadas, somente será permitida aos portadores do título de especialista em Ginecologia e Obstetrícia outorgado pela Febrasgo”¹⁵⁰. No parágrafo único, abre exceção, no caso de “os portadores de título de especialista e equivalente, aos de reconhecido saber em ciências e os colegas estrangeiros convidados para esse fim”. Causou-me estranheza esta determinação e a negativa em abrir para outra(s) profissionais da

150

área da saúde que possam estar interessados em acompanhar as discussões científicas de tais eventos.

A escolha da RBGO como uma das fontes de pesquisa para esta tese deveu-se a dois motivos. O primeiro deles, por ser a publicação oficial que divulga os trabalhos científicos resultantes de pesquisa¹⁵¹ da sociedade científica que representa a especialidade em assuntos pertinentes aos consensos científicos da profissão. O segundo motivo, por conta da participação da Febrasgo, como representante da categoria médica, em instâncias governamentais que discutem políticas públicas relacionadas à Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, como o Conselho Nacional de Saúde, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal¹⁵², dentre outras instâncias importantes.

2.2 EDITORIAIS COMO EXPRESSÃO DOS DISCURSOS MÉDICOS

De acordo com Houaiss (2009), editorial significa “artigo em que se discute uma questão, apresentando o ponto de vista do jornal, da empresa jornalística ou do redator-chefe; artigo de fundo”¹⁵³. Luiz Rosalvo Costa¹⁵⁴ também utilizou a análise dos editoriais da revista *Ciência Hoje*, publicação da Sociedade Para o Progresso da Ciência (SBPC), para estabelecer as relações entre o discurso da entidade e a realidade histórica e social do País, pois, para o autor, é justamente nos editoriais que se manifesta o “intuito discursivo da SBPC”.

Para Vânia Duarte¹⁵⁵, o editorial representa um gênero textual que expressa a opinião de um jornal ou revista; tem, por isso, uma

¹⁵¹ Na análise dos editoriais, aparece a orientação que a entidade dá às duas revistas – RBGO e *Femina* - para divulgação diferenciada de artigos científicos inéditos e artigos de revisão clínica, com o intuito de qualificar a classificação da RBGO junto aos mecanismos de indexação.

¹⁵² Consultar página eletrônica do Ministério da Saúde - <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>.

¹⁵³ Em suma, de acordo com sua etimologia, é um artigo que apresenta as opiniões dos editores. Dicionário. HOUAISS, v. eletrônica. Versão monousuário 3.0. Editora Objetiva. 2009.

¹⁵⁴ Cf. COSTA, 2010, p. 821.

¹⁵⁵ Disponível em: <http://www.portugues.com.br/redacao/o-editorial-uma-modalidade-que-circunda-no-cotidiano-jornalistico-.html> Acesso em: 23 ago. 2012.

finalidade “persuasiva”. Aborda temas polêmicos relacionados à atualidade. Como se trata de uma opinião coletiva, não é assinado¹⁵⁶.

Justifico a opção metodológica de utilizar os editoriais publicados nas duas revistas selecionadas como fontes documentais: a decisão por sua utilização está diretamente relacionada às características do editorial apresentadas acima, ou seja, que são de conhecer as trajetórias dos discursos presentes nestes importantes veículos de comunicação da categoria médica, compreendendo-os como espaço de poder. Portanto, assumo que meu objetivo é conhecer o “intuito discursivo” da Febrasgo e da Abem.

A seleção destas fontes decorre de sua disponibilização *on-line*, pela maior facilidade de acesso.

Foram publicados 160 editoriais na RBGO, no período de janeiro de 1998 a junho de 2012. Na RBEM, de 2000 a 2012, foram publicados 45 editoriais. Num momento inicial da RBGO, de 1998 a 2004, estes editoriais não foram assinados, mas expressavam a posição das diretorias da época. A partir de 2005, os editoriais passam a ser assinados (contrariamente ao que Vânia Duarte sugere). Já na RBEM, desde seu primeiro número eletronicamente disponível e, em 2000, os editoriais são assinados. Em relação à escolha dos autores dos editoriais da RBEM, a Abem explicita sua política: “o editorial é de responsabilidade do Editor da Revista, podendo ser redigido a convite”¹⁵⁷.

2.3 EDITORIAIS DA RBGO de 1998 a 2012

Durante alguns anos, os editoriais contemplaram temas relacionados a questões político-profissionais. Com o decorrer do tempo, houve necessidade expressa de adequar o perfil da revista às normas exigidas para reconhecimento científico, em função das quais a característica de conteúdo destes editoriais vai mudando paulatinamente. A responsabilidade pela definição das linhas editoriais de suas revistas, incluindo a RBGO, é da diretoria científica da Febrasgo, conforme inciso II do artigo 23 do seu estatuto social¹⁵⁸ e dos incisos I, II e III do artigo 79 do seu regimento interno¹⁵⁹. Outra responsabilidade é a

¹⁵⁶ Observei esta característica inicialmente, até 2004, quando os editoriais da RBGO não eram assinados, ou eram assinados pela diretoria da Febrasgo.

¹⁵⁷ <http://www.scielo.br/revistas/rbem/pinstruct.htm> - Acesso em: 22 out. 2013.

¹⁵⁸ Disponível em: http://www.febrasgo.org.br/site/?page_id=30.

¹⁵⁹ Disponível em: http://www.febrasgo.org.br/site/?page_id=32.

indicação do conselho editorial de cada publicação, para avaliação e nomeação do presidente, com o referendo da assembléia geral das associações federadas, conforme o inciso IV do mesmo artigo. A diretoria é escolhida por eleição direta, na qual votam todos os filiados, para um mandato de quatro anos. Portanto, há uma definição política que vincula as linhas editoriais à direção da entidade.

Com a indexação da revista, a partir do final de 2001, inicia-se um processo de mudança no caráter dos editoriais, com a introdução de temas de relevância em saúde no quadro epidemiológico e por sua relação com a situação de morbi-mortalidade das mulheres no Brasil. Ainda se mesclam editoriais sobre temas de saúde com opiniões acerca da profissão; este processo de transição, porém, se encerra em 2004, quando os editoriais assumem um formato semelhante a artigos e passam a ser assinados, majoritariamente, por professores de distintas universidades do País. Para análise dos dados, por conta desta característica, dividimos o espaço temporal de publicação dos editoriais em dois períodos: de 1998 a 2004; de 2005 a 2012 (nos apêndices A, B é possível visualizar os títulos dos editoriais, respectivamente. Nos apêndices C e D apresento, de forma resumida, os temas abordados).

De 1998 a 2004, a assinatura dos editoriais é feita pela diretoria da Febrasgo. A partir de 2005, quando passam a ser assinados nominalmente, 123 autores são homens (57,48%) e 91 são mulheres (42,52%).

Em 1998, o tema forte dos editoriais foi a qualidade científica da RBGO e a necessidade de indexá-la, assim como o papel da Febrasgo e a importância do título de especialista na área. Destacavam-se dois papéis para a Febrasgo: atualizar e universalizar os conhecimentos, lutar por honorários justos. Abre-se como órgão consultivo para assessorar qualquer programa de assistência à saúde da mulher brasileira. Aborda a criação das comissões nacionais especializadas no estudo de temas para o Brasil e o Mercosul, a relação com entidades internacionais como *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (Figo¹⁶⁰) e a divulgação através da *Femina*, RBGO, e Jornal da Febrasgo, deles participar e sobre eles opinar.

Em 1999, o tema preponderante foi a representação da Febrasgo. Alguns assuntos se repetem: a importância de parcerias institucionais - Ministério da Saúde e MEC -, para assumir o protagonismo no que se refere a políticas de saúde, formação profissional e, em especial, residências médicas. Evidencia-se a preocupação com a qualidade

¹⁶⁰ Cf. <http://www.figo.org/>.

técnica da profissão e o fortalecimento político da Febrasgo como entidade representativa de ginecologistas e obstetras para ser referência de condutas técnicas, através de fichas, clínicas, protocolos, manuais de conduta.

No ano de 2000, entram em pauta aspectos da realidade sanitária, como gravidez na adolescência, atenção humanizada ao parto e mortalidade materna. Destaco a importância de a entidade chamar para si a responsabilidade sobre as taxas de mortalidade materna, por conta da política assistencial adotada. A defesa profissional também se repete através da luta por honorários médicos, em articulação com demais entidades da Medicina.

Em 2001 prevalecem temas relacionados à preocupação com a educação médica e o fortalecimento da entidade, embora questões de formação médica se destinassem a qualificar o trabalho médico, caso em que a Febrasgo assumia um papel importante. Havia preocupação com a qualidade do especialista em formação; a proposta era de que a entidade atuasse em distintas frentes.

Em 2002, a grande vitória representou o fato de a RBGO ter sido incluída na base de dados da SciELO. No momento, é a única da área da Ginecologia e Obstetrícia na América Latina. Nos anos de 2003 e 2004, reaparecem os temas relacionados à defesa profissional, à formação médica e à assistência.

No período entre 2005 a 2012, os temas que mais apareceram relacionam-se ao processo de gestação e à assistência obstétrica, incluindo a discussão acerca do aborto. Incluem-se enfermidades predominantes como pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, prematuridade, obesidade, uso de álcool, trauma, sífilis e gravidez na adolescência. Dentre os temas de Ginecologia, destacam-se o câncer de mama, seguido do câncer de colo de útero, incluindo a infecção pelo HPV (Papiloma Vírus Humano), câncer de ovário e temas como climatério e saúde sexual.

Vários editoriais valorizam a importância da fixação de parâmetros de “normalidade”, apresentando testes, questionários, critérios mensuráveis com base em medidas-padrão (seria ainda herança da medicina cartesiana, na qual tudo é mensurável?).

Outros editoriais também informam da existência de poucos estudos sobre vários temas sobre a importância da realização de “estudos clínicos randomizados” para determinar condutas médicas com base em “evidências científicas”. Ao mesmo tempo, mostra paradoxos, questionando como possam ser medidos em ensaios clínicos randomizados temas que envolvem questões filosóficas e de valor?

Para compreender melhor o contexto do valor numa “medicina baseada em evidências” (MBE), parece oportuno mencionar algumas controvérsias.

Autores como Luis Davi Castiel e Eduardo Póvoa (CASTIEL, L.D. & PÓVOA, E. C., 2001) polemizam a questão, citando um dos cientistas criadores do movimento de MBE, o canadense David L. Sackett, e sua relutância em assinar artigos ou dar aulas, recusando-se a ser considerado *expert*. Segundo esses autores, a posse do adjetivo MBE confere um grande poder de persuasão a esses *experts*, muito além da pertinência científica. Este movimento também serviu como propaganda para alavancar as vendas de livros e publicações biomédicas. A MBE surge com a perspectiva de investigar, avaliar e definir critérios com base nessas investigações, para subsidiar as práticas e decisões clínicas. Para esses autores, o termo “baseada”, adjetivando a Medicina, tem efeito retórico fundamental para conferir o status de “verdades” ao que sai publicado. O termo “evidência”, de seu lado, tem origem na criminologia para justificar a responsabilização jurídica por delitos. Esta tendência tem sido alvo de muitos debates acadêmicos, dentre os quais destaco o de aplicar resultados de estudos sobre populações específicas a indivíduos, sem levar em conta especificidades e particularidades. Enfim, só gostaria de pontuar que a MBE pode representar um novo “paradigma assistencial e pedagógico”, conforme desejam seus defensores, mas não sem polêmicas e controvérsias.

Corroborar essa análise a crítica que Boaventura de Sousa Santos (2009) faz aos pressupostos da ciência moderna em geral, aplicáveis também à ciência médica. Para Santos, a primeira questão a destacar é o rigor científico associado ao rigor das medições – é necessário quantificar, negligenciadas as qualidades do “objeto”, segundo a diretriz de que “o que não é quantificável é cientificamente irrelevante” (SANTOS, 2009, p. 28). A crise paradigmática da ciência moderna tem como um dos seus aspectos justamente esta característica: “O rigor científico, porque fundado no rigor matemático, um rigor que quantifica e que, ao quantificar, desqualifica” (p.54). Outra característica é que este método científico tem suas bases na redução da complexidade e na sobreposição do conhecimento científico ao senso comum. Para se contrapor a esta crise, Santos aponta algumas características do que ele denomina de “paradigma emergente”: “1. todo conhecimento científico-natural é científico-social [...]; 2. todo conhecimento é local e total [...]; 3. todo conhecimento é autoconhecimento [...]; 4. todo conhecimento científico visa constituir-se em senso comum”.

Estamos, nesta trajetória epistemológica e metodológica de transição, atados à rigidez da ciência moderna, buscando caminhos para construir o pretendido paradigma emergente. Os estudos feministas podem contribuir com a Medicina para avançar neste salto.

Vale destacar que a MBE pode representar uma grande contribuição, do ponto de vista ético, no sentido de buscar qualificar as práticas clínicas, configurando uma tomada de decisão da melhor forma possível. Carlos Guimarães (2009) observa que a “rápida disseminação” e o interesse pela MBE se devem a alguns fatores, como: necessidade de informação diária; inadequação dos livros-texto para utilização prática, como fontes tradicionais, em virtude de sua desatualização; disparidade entre a habilidade para diagnóstico e tratamento associado a um “declínio” da “performance clínica”; “incapacidade” (geral) para dedicar parcela de tempo ao estudo. Estas questões levaram à necessidade de criar mecanismos para melhorar a “performance clínica”. Para isso, foram criados sistemas de informações para facilitar o acesso às “melhores evidências”. O autor constata que a estratégia proposta pela MBE também sofre de limitações, como a necessidade de desenvolver habilidades para a pesquisa bibliográfica associada a uma análise crítica das fontes, assim como acesso rápido nem sempre disponível nas instituições. A definição de MBE para este autor significa:

o emprego consencioso explícito e judicioso da melhor evidência disponível na tomada de decisões sobre os cuidados de saúde de um paciente [...] requer a integração da melhor evidência com a competência clínica e os valores e as circunstâncias do paciente (GUIMARÃES, 2009, p. 369).

Conforme apontei anteriormente, essa estratégia é fonte de análise crítica. Castiel e Póvoa chamam a atenção no sentido de que a MBE não se transforme numa “macrocategoria multifária”. Afinal, destacam a necessidade de diferenciar “saúde” e “vida”. Podemos afirmar que, para viver, necessitamos de saúde. Mas viver “inclui o prazer, a dor, a invenção, a criatividade, os arrebatamentos. E isto, infelizmente, não ocorre sem riscos, especialmente para a saúde” (CASTIEL & PÓVOA, 2001, p. 209).

2.4 CATEGORIAS QUE SE DESTACAM NOS EDITORIAIS DA RBGO: DA VISÃO DA MULHER AO PAPEL DO MÉDICO¹⁶¹

A leitura destes editoriais foi revelando o pensamento de um grupo social importante, que ocupava a direção da maior entidade médica da especialidade. Os editoriais eram justamente o espaço para expressar as preocupações do momento e reforçavam uma postura de fortalecimento da Medicina como profissão hegemônica na área de saúde e da Febrasgo como expressão da autoridade em Ginecologia e Obstetrícia. Conforme escreve Pierre Bourdieu¹⁶², a constituição do campo científico constitui um espaço de luta pelo poder por parte de quem detém o monopólio da autoridade científica – compreendida como capacidade técnica, poder social e capacidade de falar e agir – “de maneira autorizada e com autoridade”.

Neste sentido, listei quatro categorias organizadas a partir dos temas que apareceram nos textos analisados. Os textos e declarações citados são, por pressuposto, de autoria da associação e da federação.

1. Visão da Medicina como profissão: preconiza-se que a determinação de condutas é função da Associação Médica Brasileira (AMB) e sociedades especialistas, e que cabe à Febrasgo “recomendar a melhor maneira de atender a mulher brasileira” (n. 5/2001). O médico é “confidente” da mulher, pois “é frequente a demanda de apoio, de orientação para as intempéries do espírito”. Os tocoginecologistas são “verdadeiros Médicos da Mulher”. Tem função “pontifical”, isto é, de fazer a ponte entre a mulher e demais áreas da Medicina (n. 9/2002). Faz uma apologia à igualdade das “classes laborativas do país” para, logo em seguida, defender que não é possível pagar salários iguais para profissões distintas. Defende que o exercício profissional da Medicina é mais relevante que “qualquer outro em qualquer ponto do Universo”, por conta da dedicação, atualização e pelo fato de lidar com a vida (n. 1/2003). “A profissão perdeu a progressivamente a aura de sacralidade e respeito com que sempre foi ornada” por conta da multiplicação de escolas, profissionais despreparados, salários baixos e falta de investimento no aperfeiçoamento para o exercício da “arte

¹⁶¹ Utilizo o substantivo masculino, repetindo a forma gramatical utilizada nas publicações analisadas, para mostrar a forma de escrita dominante.

¹⁶²Op. Cit., p. 122, 123.

- médica” (n. 9/2003). A concepção reiteradamente expressa é de que a profissão médica é “misto de carreira técnica, arte e atividade científica”. Medicina, “mescla de ciência e arte” (n. 10/2004). “É profissão aliando técnica e humanismo”. Destaca que surgem profissões e, com isto, atividades que “sempre e de direito” foram atribuições dos médicos passam a ser realizadas por outros profissionais. Defende ações “exclusivas” dos médicos, porque “só eles são aptos, tecnicamente capacitados e legalmente habilitados” para atuar (n. 3/2004). Questiona os desníveis salariais de médicos e professores-médicos com outras carreiras de Estado, que não exigem tanta complexidade, aperfeiçoamento e cobrança constantes. Mesmo dentro das universidades, questiona o fato de o pagamento mensal ser “exatamente semelhante ao que recebe um Professor de Letras, de Teatro e outros mais que não prestam este tipo de serviço (sem qualquer demérito para estes últimos), e que nada trazem de recursos para a Universidade.” Defende a diferenciação da carreira de médico e de professor-médico, por justiça (n. 6/2004).
2. Papel da Febrasgo e relação político-profissional: a entidade congrega a “elite” da GO (n. 6/1998) e tem o papel de representação político-profissional e assistencial no Brasil e no âmbito internacional. Evidencia disputas nos Sistema de Saúde e questiona a organização de consensos de colocar “cabresto” no ato médico, considerando-o arbitrário “cerceamento” da prática profissional (nº 5/2001). Defende o teste para Ginecologia e Obstetrícia, que confere o título **de especialista em ginecologia e obstetrícia** (Tego), como valor científico “incontestável” e também valor social (n. 2/2003). Afirma que existe outra posição que defende que os títulos de especialista possam ser conferidos pelos conselhos de medicina para quem fez a residência médica. Para a Febrasgo, a supressão da prova “aviltaria” a Tocoginecologia. Além do valor científico e social, prevê “valor comercial” para o título, garantindo melhor remuneração. Ratifica “seus ideais em prol da saúde da mulher” (n. 9/2004).
 3. Formação médica: preocupação com a qualidade da formação na graduação e residência médica no âmbito do Mercosul (n. 3/1999). Apoiar a pesquisa e qualificação dos especialistas, através dos cursos de pós-graduação, para fortalecer o “verdadeiro” conhecimento médico (n. 1/2001). Quanto à residência médica, refere que o termo remonta a um tempo em que médicos recém-formados residiam nos hospitais. “Mudou o mundo”. Como

mudaram o direito e o respeito ao paciente, não cabe mais “aprender errando”. Apresenta três aspectos a serem considerados na formação: acesso universal à informação (pacientes querem conhecer opções terapêuticas); direitos dos pacientes (antes o médico “era dono do paciente”) e os médicos são “mais vigiados” (n. 8/2001).

4. Saúde da Mulher, direitos e política assistencial: a entidade assume o indicador de mortalidade como responsabilidade da política assistencial, admitindo que “os elevados índices de mortalidade materna” ainda “entristecem nossa sociedade e maculam nossa atuação” (n. 2/2000). Divulga a realização de congresso mundial para estudo da hipertensão na gravidez, a maior causa de morte materna, em 2004, no Brasil. Estimula este período para a realização de estudos e pesquisas. Assume tal fato como “vergonha nacional” (nº7/2000). Cita a Bíblia para se referir ao parto com dor (que não combina “com os atributos de bondade e condescendência do Altíssimo”) (n. 7/2002). Cita as rotinas estabelecidas para o *parto humanizado*. Associa a criação de casas de parto, “com estrutura e [...] comando duvidoso” e reclama do “médico, ator relevante no cenário”, por haver sido substituído com prejuízo à figura principal: a gestante (n. 7/2002). Ressalta que o século passado foi marcado por um processo de valorização da mulher, em todos os aspectos da vida: “cultural, social, artístico, político e até religioso” (não se refere ao econômico). Percebe “o despertar de nova sociedade com igualdade e direitos e deveres para todos” (n. 8/2003). Ressalta que o mês de maio é o mês das mães, das flores e, “por que não, o mês da mulher”. Logo em seguida, refere-se ao ano de 2004 como Ano da Mulher e da comemoração de 8 de março, citando o massacre ocorrido em 1857, e à data instituída em 1910. A mulher já foi “subalterna e acólita¹⁶³” do homem. Quanto às conquistas, foram “lentas e frequentemente dolorosas”. Exemplifica que “os mais antigos de nossa geração” vivenciaram como normais fatos de a mulher tratar o homem como senhor e servi-lo. Refere-se à violência contra a mulher, em especial a

¹⁶³Conforme Houaiss, o termo em seu uso pejorativo significa “o que acompanha ou auxilia alguém; ajudante, assistente”.

doméstica, como situação a ser debelada. Convida a celebrar a luta pelos “direitos semelhantes¹⁶⁴ para todos” (n. 4/2004).

2.5 “MEDICINA DA MULHER” EXPRESSA NOS EDITORIAIS DA RBGO – ANÁLISE DAS CATEGORIAS

Os temas que aparecem nos editoriais do período entre 2005 e 2012 se coadunam com o que evidencia o painel de indicadores de saúde do SUS¹⁶⁵ para o período. Num país em que 97% dos partos são hospitalares, as taxas de mortalidade materna mantêm-se muito altas e apresentam também variações regionais, além de por raça e cor. Entre as mulheres brancas, as principais causas de morte materna são eclâmpsia¹⁶⁶, pré-eclâmpsia¹⁶⁷; as complicações de aborto estão em quinto lugar. Já entre as mulheres pretas e pardas, mantém-se a eclâmpsia em primeiro lugar, com taxas mais altas do que com mulheres brancas; em segundo lugar aparece o aborto, seguido de pré-eclâmpsia¹⁶⁸.

Já destaquei, anteriormente, o fato de que, em alguns editoriais, a diretoria chama a responsabilidade da categoria médica para esta questão, pois as mortes podem ser preveníveis com a qualificação da assistência pré-natal, no parto e pós-parto. Entre as neoplasias, em primeiro lugar está o câncer de mama; em segundo, o câncer de colo de útero. A realização dos exames de prevenção do câncer de colo de útero cresceu 50% em quatro anos (de 2000 a 2003), mas dados do IBGE ainda indicam que 20% de mulheres com 25 anos ou mais nunca realizaram o exame¹⁶⁹. Já em relação à realização do exame de mamografia, importante para o diagnóstico precoce de câncer, dados do IBGE indicam que 49,7% das mulheres na faixa etária de 50 anos nunca

¹⁶⁴ Semelhante não é igual. Conforme Houaiss, semelhante é “que é muito parecido; idêntico, análogo”. Igual é: “que, numa comparação, não apresenta diferença quantitativa; que, numa comparação, não apresenta diferença qualitativa; cujos direitos e deveres não diferem”.

¹⁶⁵ BRASIL, 2006.

¹⁶⁶ Afecção grave que ocorre geralmente no final da gravidez, caracterizada por convulsões associadas à hipertensão arterial

¹⁶⁷ Afecção que ocorre geralmente após a vigésima semana de gestação, caracterizada por hipertensão arterial, podendo evoluir para a eclampsia

¹⁶⁸ BRASIL, 2006, p. 21.

¹⁶⁹ Op. Cit., p. 22

fizeram o exame, chegando a 74% em Tocantins, Maranhão e Paraíba¹⁷⁰.

Portanto, estes editoriais respondem à necessidade da Ginecologia e Obstetrícia brasileira de se comprometerem com o Ministério da Saúde em oferecer respostas para melhorar o quadro de saúde das mulheres brasileiras, preocupação expressa em editoriais anteriores (1998 a 2004). Os temas discutidos pela revista estão entre os que se destacam como problemas de saúde das mulheres brasileiras.

Entretanto, apesar de se ter referido a políticas globais, como a da iniciativa da Maternidade Segura, da Organização Mundial de Saúde (OMS), ou de prêmios nacionais como Galba de Araújo (entregue a maternidades que se destacam pela atenção humanizada), em nenhum momento se faz menção a políticas de saúde de atenção integral à saúde da mulher (Paism - 1985 ou Pnaism - 2004). Se a diretoria da entidade assume como tarefa política comprometer-se com o Ministério da Saúde para buscar a melhoria da qualidade de saúde das mulheres brasileiras, não se explica a ausência de referências a estas duas políticas, que constituíram iniciativas importantes na proposição de um modelo assistencial ampliado.

O “Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism): bases de ação programática” critica a atenção à mulher por se reduzir quase que exclusivamente ao período de gravidez e de puerpério, com consequências danosas para a vida das mulheres¹⁷¹. Autoras como Ana Maria Costa e Estela Aquino¹⁷² identificam a criação do Paism como um marco na história das políticas públicas para as mulheres e destacam que a luta por sua implementação foi assumida por movimentos de mulheres, tanto em âmbito sindical como no do feminismo. Em 2004, o programa transformou-se em Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, elaborado em parceria com diversos setores da sociedade, incorporando o enfoque de gênero, integralidade e promoção da saúde como aspectos importantes. Apesar de a Febrasgo fazer parte desta parceria¹⁷³, tal política não é citada nos editoriais.

Percebe-se uma prevalência dos temas obstétricos em relação aos ginecológicos. Por mais que esteja escrito que as políticas de saúde propõem um modelo de atenção integral à saúde das mulheres, que devem abranger todo o ciclo de vida, o foco ainda é forte na atenção às

¹⁷⁰Op. Cit., p. 23.

¹⁷¹Cf. BRASIL, 1985.

¹⁷²Cf. Costa *et al.*, 2000.

¹⁷³Cf. BRASIL, 2004, p. 79

mulheres grávidas. Algumas autoras têm escrito a este respeito. É o caso de Ana Paula Vosne Martins¹⁷⁴, já citada, que, em seus estudos sobre a história da Medicina, escreveu que o desenvolvimento da ciência obstétrica legitimou não só o papel do médico na atenção à gravidez e ao parto, mas referendou e difundiu o modelo biológico das diferenças sexuais que justifica, a partir da natureza, as distinções dos papéis sociais das mulheres. Nesse caso, a maternidade continua sendo vista como “função natural” das mulheres. Além disso, observa-se em muitas frases dos editoriais essa prerrogativa assumida por médicos ginecologistas e obstetras, de serem os “verdadeiros médicos da mulher”, “confidentes” para apoio e orientação, além de “recomendar a melhor maneira de atender a mulher brasileira”. Ou seja, pressupõe-se que caiba a “eles” (os médicos) dizer o que deve ser feito pelo Estado, no âmbito das políticas públicas, e pelas mulheres no âmbito da vida privada.

Maria Martha Freire¹⁷⁵ também apontou o papel histórico dos médicos na consolidação do modelo de maternidade moderna a ser difundido junto às mulheres, ou seja, era papel dos médicos preparar as mulheres para o exercício da maternidade com base na racionalidade científica. Parece-me que este papel continua e vem sendo atualizado e complexificado com o desenvolvimento das ciências médicas, aprimorado com tantos métodos diagnósticos e terapêuticos.

Posso identificar também, a partir dos títulos dos editoriais, que o que mais se destaca são patologias, doenças, intervenções e medidas – obesidade, candidíase, estreptococos, ovários policísticos, macrossomia fetal, hipóxia fetal, toxoplasmose, câncer de mama, câncer de colo uterino, câncer de ovário, ooforectomia, reposição hormonal, anemia, sífilis em gestantes, contraceptivos, diabetes gestacional, sulfato de magnésio, altura uterina, dentre outras. Poucos títulos referem-se à qualidade de vida, à saúde sexual. Apenas um editorial sugere a possibilidade de ofertar determinada ação às mulheres – e assim manter sua prerrogativa de decisão (Preservação da fertilidade: a importância de oferecer esta possibilidade às pacientes com doenças neoplásicas – 2011). Georges Canguilhem (2011) escreveu acerca do “normal” e do “patológico” e indagou o que significam sintoma e complicação sem contexto ou separados do que um e outra alteram. Em sua opinião, ao se analisar um sintoma ou uma função alterada de forma isolada, se estará esquecendo justamente o que pode torná-los patológicos, que é sua

¹⁷⁴ Cf. MARTINS, 2004, 2005.

¹⁷⁵ Cf. FREIRE, 2008, p. 160

inserção na totalidade da individualidade. Assim, “a clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e concretos, e não com seus órgãos e funções”¹⁷⁶. Por mais que se possa considerar a “patologia objetiva” metódica e com meios experimentais, a “intenção do patologista não faz com que seu objeto seja uma matéria desprovida de subjetividade”¹⁷⁷.

Outro aspecto observado diz respeito à autoria destes editoriais, assinados em sua amplíssima maioria por professores médica(o)s de Ginecologia e Obstetrícia, principalmente de universidades paulistas: Unicamp, USP – São Paulo e Ribeirão Preto, Unifesp, Unesp, seguido de universidades cariocas e, esporadicamente, de outros estrados, como Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Goiás. Segundo Pierre Bourdieu¹⁷⁸, no campo da luta científica, são considerados dominantes os que conseguem impor uma definição de ciência, na qual “a realização mais perfeita consiste em ter, ser e fazer aquilo que eles têm, são e fazem”.

Após conhecer o pensamento da especialidade, através dos textos de autoridade outorgada pela Febrasgo e publicados em seu principal veículo científico, o próximo passo é adentrar no campo da educação médica.

2.6 EDITORIAIS DA RBEM – AS PREMISSAS DA EDUCAÇÃO MÉDICA

Foram analisados 45 editoriais¹⁷⁹, publicados no período entre 2000 e 2012. Quanto a seus autores, são, em sua maioria, professores de universidades públicas¹⁸⁰ - Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-Fiocruz), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); apenas algumas outras universidades são referenciadas - Faculdade de Medicina de Campos, Faculdade de Medicina de Marília, Estácio de Sá, Universidade Federal de Pernambuco, Universidade de

¹⁷⁶ Cf. CANGUILHEM, 2011, p. 51.

¹⁷⁷ Op. Cit., p. 167.

¹⁷⁸ Cf. BOURDIEU, 1983, p. 128.

¹⁷⁹ Foram publicados 46 números da revista, mas o número 3/2000 não publicou editorial e o número 2/2002 não está disponível.

¹⁸⁰ Uma autora é doutoranda em Saúde Pública – USP.

Brasília¹⁸¹, Universidade Federal de Roraima¹⁸², Universidade Grande Rio – Duque de Caxias, Faculdade Evangélica do Paraná -, além de três editoriais assinados por representantes da Organização Pan-americana de Saúde – (Opas), do Ministério da Saúde e um assinado pelo próprio Ministro da Saúde à época. Dentre 55 assinaturas dos editoriais, 32 são de homens (58,18%) e 23 de mulheres (41,82%).

Aqui, novamente, é possível identificar quem são, de acordo com os critérios de Bourdieu, os “dominantes” no campo científico da educação médica. São professora/es e pesquisadora/es, pertencentes não só à diretoria e editoria da revista, mas filiados a universidades públicas da Região Sudeste do País – eixo Rio de Janeiro/São Paulo - e, majoritariamente, professores homens, confirmando o que Ana Paula Vosne Martins (2004) escreve sobre uma escritura ainda masculina da Medicina, assim como acontece nos editoriais da RBGO. A parceria política com o Ministério da Saúde também fica evidente com a assinatura de editoriais.

O tema forte dos editoriais diz respeito à própria característica da revista, voltada à educação e à formação médica. Somam-se a isso algumas reflexões que considero importantes e que vou destacar pontualmente. Dos 45 editoriais publicados, 14 (31,1%) fazem referência ao SUS como espaço de aprendizagem¹⁸³; 14¹⁸⁴ fazem referência às Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina¹⁸⁵; 7 tratam da qualificação da revista e da autoria¹⁸⁶; 8 apresentam os desafios para a Abem¹⁸⁷; 2 abordam o tema da bioética e das comissões de ética em pesquisa¹⁸⁸; 2 referem-se à residência médica¹⁸⁹; 1 aborda o papel do educador e a relação

¹⁸¹ Neste caso, uma autora não-médica, no caso antropóloga, que escreve sobre gênero e educação médica.

¹⁸² Neste caso, o autor ocupa o cargo de vice-presidente da Abem.

¹⁸³ N. 2 de 2004; n. 3 de 2006; n. 1, 2 e 3 de 2007; n. 2 e 4 de 2008; n. 3, 4 e supl. 1 de 2009; n.1 de 2010; n. 1 e 2 de 2011; supl. 1 de 2012.

¹⁸⁴ N. 3 de 2001; n. 1 de 2003; n. 1 de 2005; n. 2 de 2007; n. 1 e 4 de 2008; n. 2, 3 e supl. 1 de 2009; n. 1 de 2010; n. 1, 2 e 4 de 2011; supl. 1 de 2012.

¹⁸⁵ Resolução CNE/CES n. 4, de 7 de novembro de 2001.

¹⁸⁶ N. 3 de 2002; n. 2 de 2006; n. 1 e 3 de 2008; n. 2 de 2010; n. 4 de 2011; n. 1 de 2012.

¹⁸⁷ N. 2 de 2008; n. 1 e 4 de 2010; nº 3 de 2011.

¹⁸⁸ N. 1 de 2000; n. 2 de 2001.

¹⁸⁹ N. 1 e n. 3 de 2001; n. 1 de 2002; n. 2 de 2003; n. 3 de 2004; n. 3 de 2005; n.2 de 2007; n. 3 de 2010.

educação/cidadania¹⁹⁰; 1 refere-se à formação médica e ao trabalho de saúde¹⁹¹ em equipe; 1 trata do tema de que a escola médica não é local para propaganda de medicamentos¹⁹². Além disso, há referências a outras políticas importantes, como a Declaração de Alma-Ata¹⁹³, de 1978¹⁹⁴; o Código de Nuremberg e a Declaração de Helsinque¹⁹⁵, relacionados à pesquisa com seres humanos; o Plano Mundial de Educação em Direitos Humanos¹⁹⁶, além de outras, como a Lei de Diretrizes e Base da Educação Brasileira (LDB), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e outros documentos da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Pan-americana da Saúde (Opas).

Faço algumas considerações acerca de dois temas que se relacionam diretamente com os objetivos desta tese – corpo e gênero. Em apenas um dos editoriais aparece a palavra “corpo”¹⁹⁷, ao abordar a questão das pessoas com deficiência (PCD). Além disso, ao apresentar a discussão, este “corpo com deficiência” não é tratado como anormal, mas como “diversidade”. É uma visão contemporânea, que rompe com a tradicional visão normal/anormal e vai ao encontro das publicações da Organização da Saúde, em 2006, e do Ministério da Saúde em 2010¹⁹⁸.

A categoria “gênero” aparece em apenas dois editoriais¹⁹⁹. O primeiro deles, de 2003, escrito por Débora Diniz, professora da Universidade de Brasília, autora de inúmeras publicações no campo dos estudos feministas. É antropóloga; portanto, é uma autora não-médica. Outro, mais recente, trata da função da universidade. Ao fazer a análise cultural das universidades e identificar a complexidade das interações que as regem, cita, entre elas, “o papel sociocultural do gênero”, sem explicar o que representa essa categoria. Percebe-se que estas apropriações são muito recentes e ainda não se “popularizaram” no

¹⁹⁰ N. 2 de 2000.

¹⁹¹ N. 2 de 2005.

¹⁹² N. 1 de 2004.

¹⁹³ Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, Cazaquistão, de 6 a 12 de setembro de 1978.

¹⁹⁴ N. 1 de 2008; n. 3 de 2009.

¹⁹⁵ N. 2 de 2001.

¹⁹⁶ N. 4 de 2010.

¹⁹⁷ N. 3 de 2011.

¹⁹⁸ Para acessar as distintas publicações sobre direitos e atenção à saúde das pessoas com deficiência, acessar: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35667&janela=1

¹⁹⁹ N. 3 de 2003 e n. 2 de 2011.

debate acerca da educação médica, quem dirá nas discussões da especialidade da Ginecologia e Obstetrícia!

É possível visualizar, nos apêndices F e G, os quadros com os títulos dos referidos editoriais e um resumo de cada conteúdo.

A partir dos conteúdos analisados, da mesma forma que fiz com os editoriais da RBGO, organizei quatro categorias para os editoriais da RBEM:

1. O SUS, como espaço de aprendizado, apresenta uma reflexão de que a saúde coletiva tem pouco prestígio nos currículos da Medicina (n. 3 de 2006). Faz referência aos pontos comuns entre o movimento de mudanças na formação e o movimento da reforma sanitária, a saber, o compromisso ético-político com a saúde da população e com os princípios do SUS. Para pensar essas mudanças, há necessidade de “um alargamento teórico-conceitual”, que reconheça a produção de conhecimentos necessariamente como inter/transdisciplinar e a construção de “espaços (inter)institucionais e as articulações técnico-políticas necessárias para dar conta desse desafio” (n. 1 de 2007). A formação de especialistas deve ser inseparável da qualidade das condições de trabalho e da clínica nas instituições responsáveis. Portanto, formação e gestão andam juntas (n. 2 de 2007). Com a condição de cidadão/cidadã conquistada na Constituição Brasileira de 1988, o espaço de ensino nos hospitais públicos e santas casas, voltados a “indigentes”, se transforma. O professor não é mais o centro do processo pedagógico e é necessário considerar um contexto ampliado. Considera a Estratégia de Saúde da Família (ESF) um salto conceitual para a transição paradigmática ao aliar os princípios do SUS e os princípios da atenção primária. Uma importante contribuição para mudança do modelo assistencial foi a substituição do conceito passivo de “assistência” (responsabilidade de quem procura os serviços de saúde) para o conceito de cobertura (responsabilidade social) (n. 4 de 2009). A educação médica no Brasil deve levar em conta a transição demográfica, a epidemiológica, a alimentar e a tecnológica. O centro do cuidado é o trabalho do médico e da equipe de saúde, não podendo a tecnologia ocupar o lugar central. Destaca a iniciativa da UNA-SUS (Universidade Aberta do SUS) e a criação de 788 novas vagas de residência médica, em 20 especialidades, em 2010, com maior número localizado em três regiões (Norte, Nordeste e Centro-Oeste). Cita também o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde),

que concedeu 51.567 bolsas em 2009 a universitários em unidades básicas de saúde (n. 3 de 2010).

2. Diretrizes Curriculares Nacionais da Medicina e formação humanista: avalia o momento em que se encontram os programas de residência médica no País, identificando uma incongruência entre as diretrizes e os atributos valorizados para ingresso nestes programas. A formação de especialistas deve ser inseparável da qualidade das condições de trabalho e da clínica nas instituições responsáveis (n. 2 de 2007). Outra afirmação diz respeito ao perfil dos profissionais que vêm sendo formados: “repete formas inadequadas de relações com os usuários e pouca capacidade de cuidar de pessoas e coletivos” (n. 3 de 2007). Associa, historicamente, a prática médica a práticas solidárias, as quais, porém, com a mudança no mercado, adquirem uma característica liberal, marcada pelo profissionalismo e o racionalismo. Houve uma compreensão que associou a justiça social a bases ideológicas ou acreditou na “neutralidade da ciência”. O texto sugere que a formação atual não pode mais ter como base a compaixão, nem o racionalismo/tecnicismo. Advoga que “o médico” deve ter “um compromisso moral com a humanidade”, que se deve refletir em um “comportamento eticamente engajado”. Destaco a frase que aponta como desafio da Medicina “*voltar a descobrir a complexidade, a delicadeza e a sensibilidade do mundo*” (grifo meu, para destacar esta mesma frase já citada no editorial n. 3 de 2006) (n.º 3 de 2007). Ressalta a importância das Diretrizes Curriculares Nacionais, que apontam a necessidade de formar médicos “com uma boa formação geral, humanista, crítica e reflexiva” (n. 1 de 2008). Além das questões pedagógicas, para haver mudanças na formação médica e desenvolver as competências para atender às necessidades de saúde da população, é necessário “estudar, cada vez mais, os determinantes do processo saúde-doença, que se estendem muito além das questões meramente biológicas” (n. 2 de 2008). Ressalta a importância da participação da Abem no processo de elaboração, discussão e publicação das Diretrizes Curriculares para o curso de Medicina. Destaca o ponto que se refere à dimensão ética e à dimensão humanística que deve ter o curso, “com valores orientados para a cidadania”. Viver com democracia significa “lidar com as diferenças [...] capacidade de dialogar”. Este diálogo com a diferença não significa “tolerar”, mas reconhecer o “direito do outro” de ser e pensar diferente. “O

compromisso com o ensino formativo e crítico-reflexivo tem que se traduzir numa educação libertadora, nos termos de Paulo Freire, e democrática” (n. 2 de 2009).

3. Produção científica, autoria e questões éticas: ressalta a importância da indexação da revista na SciELO, expressando o reconhecimento de sua qualidade científica. É o único periódico da América Latina voltado exclusivamente ao tema da Educação Médica (n. 2 de 2006). Em 2008, comemoraram-se 200 anos do ensino médico no País, 30 anos da Declaração de Alma-Ata e 20 anos da Declaração de Edimburgo²⁰⁰. Ressalta a importância das Diretrizes Curriculares Nacionais, que apontam a necessidade de formar médicos “com uma boa formação geral, humanista, crítica e reflexiva”. Para dar conta deste desafio, ressalta a importância desta revista em divulgar artigos desta área (n. 1 de 2008). Trata o tema do conflito de interesses para além do financiamento de pesquisas ou participação em congressos de acordo com interesses de patrocinadores. Cita a Revista *Nature* para identificar condutas de cientistas que podem comprometer a ciência, como a falsificação de resultados, o uso de ideias de outro sem autorização, o uso de informações confidenciais sem autorização. Neste sentido, a identificação de situações de conflito de interesses e seu controle são fundamentais para a credibilidade da produção científica (n. 3 de 2008). Utiliza o exemplo da campanha “Ética na política” e da campanha “Ficha Limpa” para situar o debate da formação ética de profissionais da Medicina. Dá ênfase ao estímulo à produção científica que ocorreu nos últimos anos nas universidades e à profusão de grupos de pesquisa. Refere-se à citação maciça de trabalhos publicados no exterior e o pouco diálogo com autores que publicam em revistas nacionais. Há um esforço para internacionalizar a Abem e, conseqüentemente, a RBEM. Há um fomento, nas escolas médicas, às políticas de pesquisa e produção científica. Problematisa o conceito de autoria, citando o *Internacional Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), que define alguns critérios que, se não forem cumpridos,

²⁰⁰ Esta declaração foi elaborada na Conferência Mundial de Educação Médica, realizada na Escócia, de 7 a 12 de agosto de 1988. Dentre os pontos importantes que serviram como base para mudanças nas escolas de Medicina, está a indicação para ampliar os espaços de formação para além dos hospitais, incluindo os recursos das comunidades.

caracterizam fraude acadêmica. Critica a postura de “coleguismo” para fazer jus à necessidade de publicação, incluindo nomes de colegas como autores, com retribuição. Tal prática deve ser condenada e denunciada, estendendo a ética da pesquisa à publicação científica (n. 2 de 2010). Seguindo o princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, a formação deve promover a produção de conhecimentos voltados à nossa realidade. Nos últimos anos, houve um crescimento da produção científica, com valorização das pesquisas e internacionalização de artigos e revistas. Refere-se à LDB e às diretrizes curriculares para comprometer a formação científica com espírito crítico e eticidade na pesquisa (n. 4 de 2011). A RBEM completa 36 anos de publicação ininterrupta. Para a qualificação da revista é necessário ampliar o número de pesquisas sobre a formação médica e trazer “implícita a necessidade de os médicos se familiarizarem com métodos de pesquisa das ciências humanas e sociais”. Faz uma análise quantitativa do número de citações, ainda considerado pequeno (n. 1 de 2012).

4. Prática médica, relação com a sociedade e grandes temas: ao se referir a um relatório da Organização Internacional do Trabalho (OIT), aborda o tema do *bullying*, em especial a violência entre colegas. Ao tratar do assédio moral, chama a atenção para a importância de se prestar atenção a esta questão também nas escolas médicas (n. 1 de 2006). Integrada em uma ação internacional, faz uma chamada de artigos para o tema “Pobreza e Desenvolvimento Humano”, ressaltando a relação da Educação Médica com a “responsabilidade social e compromisso com a cidadania”. Reconhece que a formação em saúde, em especial a médica, está centrada nas “técnicas biomédicas”, sendo necessária uma visão ampliada da saúde e do cuidado. Considera importante fortalecer as parcerias universidade-sociedade, tanto na graduação como nas pós-graduações. A escola deve ser orientada ao ser humano, formando “um profissional qualificado e crítico do ponto de vista técnico-científico, humano e ético, atuante e socialmente comprometido com a luta pela saúde do seu povo”. Como desafio para a Medicina, em especial, propõe “voltar a descobrir a complexidade, a delicadeza e sensibilidade do mundo” (n. 3 de 2006). Para pensar essas mudanças, há necessidade de “um alargamento teórico-conceitual”, que reconheça a produção de conhecimentos necessariamente como inter/transdisciplinar e a construção de “espaços

(inter)institucionais e as articulações técnico-políticas necessárias para dar conta desse desafio!” (n. 1 de 2007). Os direitos humanos representam um ideal a ser atingido. A ONU declarou o início do século 21 como a década da educação em direitos humanos e lançou um plano mundial. Na mesma linha, foi lançado no Brasil um Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos (Pnedh), incluindo: educação, treinamento e informação, com uso de pedagogias participativas. O ambiente de ensino deve promover compreensão mútua, respeito e responsabilidade, e compreender o desenvolvimento emocional e social dos envolvidos. O desafio para a Abem é “liderar a formulação de propostas teórico-práticas para tornar a educação em direitos humanos a base da formação dos médicos” (n. 4 de 2010). Refere o desconhecimento dos médicos acerca das particularidades do corpo das pessoas com deficiência (PCD), o que pode acarretar problemas na assistência. Cita o exemplo de mulheres com lesão medular que optam por engravidar e vão demandar do obstetra “capacidade técnica aliada à abertura para negociação quanto ao cuidado com a saúde” (p. 301). Sugere inserir conteúdos acerca de PCD nos currículos, não como disciplina à parte, mas integrada às especificidades, de acordo com tema abordado. As PCD devem ser percebidas como parte da “diversidade humana”. A Abem deve manter uma posição de vanguarda, aliando-se a entidades sociais para promover a defesa das PCD e a defesa dos direitos humanos e, assim, exercer sua liderança política (n. 3 de 2011).

2.7 A EDUCAÇÃO MÉDICA SOB UM OLHAR CRÍTICO – OS EDITORIAIS DA RBEM

Os discursos expressos nos editoriais propõem uma reflexão crítica acerca da formação médica, sem melindres para assumir as próprias fragilidades e propor novos modelos. De acordo com Laura Feuerwerker²⁰¹, não basta mudar os cenários de aprendizagem para promover mudanças no perfil de formação dos profissionais de saúde, com vistas a uma visão ampliada de saúde. Também é necessário que venha acompanhada de mudanças nas práticas de saúde. Outras questões apontadas pela autora são a falta de integração docência-assistência e a forma como foram introduzidas disciplinas como a Sociologia no

²⁰¹Cf. FEUERWERKER, 1998.

currículo médico. De acordo com ela, não se procurou identificar que conteúdos desta disciplina seriam essenciais à formação médica e sua inclusão não representou mudanças no eixo epistemológico da Medicina. Acerca da residência médica, também observou que sua concepção, ainda flexneriana (um dos editoriais – n. 3 de 2009 - aponta as diferenças entre os Relatórios Flexner, de 1910, e os de Lalonde, de 1974), privilegia o hospital como local de treinamento prático, e os hospitais onde acontecem as residências médicas, mesmo que públicos, não estão de fato integrados com o sistema de saúde. As reflexões de Laura Feuerwerker continuam atuais ao identificar as preocupações encontradas nos editoriais analisados, mesmo após de dez anos da publicação do artigo.

Em âmbito internacional, este movimento surge com mais força após a Declaração de Alma-Ata (documento citado em um dos editoriais), que representou um marco na saúde mundial, em especial no Brasil, ao apresentar a necessidade de um pacto mundial para a promoção da saúde de todos os povos e garantir acesso aos serviços de saúde a todas as populações excluídas. Este documento introduziu novas concepções, dentre elas a promoção do conceito de cuidados primários de saúde, que passaram a ser adotadas e serviram de base para muitas formulações subsequentes. A Conferência Internacional de Alma-Ata ampliou o entendimento e a compreensão do processo saúde/doença para além do campo sanitário; reconheceu o papel do Estado e sua responsabilidade em proporcionar meios para promoção da saúde; acenou com novas práticas para promoção de saúde e prevenção de doenças, propondo outra lógica organizacional para os serviços de saúde, rompendo com o modelo hospitalocêntrico.

Considero fundamental tudo o que é apontado nestes editoriais acerca da importância do movimento de Reforma Sanitária no Brasil e seu significado político para a construção política e filosófica do SUS. A proposta de compreender a saúde com outro olhar (multicausal) e reorganizar os serviços com base em outro modelo (não mais individualizado, centrado na cura e no hospital), que considere a atenção de forma descentralizada voltada a cada especificidade epidemiológica de determinada região ou comunidade, propondo ações integrais, em todos os níveis de complexidade, com equipes multidisciplinares e participação dos usuários tomou corpo também em vários espaços das universidades. Este discurso influenciou reformas em vários sistemas de saúde, por seu componente democrático e racionalizador, em países como Canadá, Itália, Espanha e Inglaterra. Percebo que o discurso

destes editoriais é consonante com este pensamento, que assume o compromisso ético-político com a saúde brasileira e com o SUS.

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 foi um marco histórico, ocorrido no processo de redemocratização do País, num período pós-ditadura militar, com grande participação de movimentos sociais, e não apenas de profissionais e intelectuais da saúde. Toda a base filosófica do Sistema Único de Saúde e seus princípios assegurados na Constituição Federal em 1988 tiveram força política a partir do debate realizado nesta conferência e também por sua representatividade. Ampliou-se o conceito de saúde, rompendo com a visão biologicista e unicausal das doenças; reconheceu-se o direito à saúde; responsabilizou-se o Estado e convocou-se a participação popular para o controle social.

José Ivo Pedrosa²⁰² reforçou a importância da 8ª Conferência Nacional²⁰³, ao afirmar que, com o processo de redemocratização na América Latina, os movimentos discutem a saúde como questão política, em torno de temas como discriminação, exclusão e precariedade do atendimento e das medidas de saúde pública. Identificou, dessa forma, o documento da 8ª Conferência Nacional de Saúde como o dispositivo/documento disparador que definiu as diretrizes políticas da reforma sanitária brasileira²⁰⁴. O fato de esta conferência ter assumido “a saúde como direito de todos e dever do Estado” redirecionou o processo de formulação de políticas públicas e o papel que o Estado deve assumir, reforçando, inclusive estrategicamente, a necessidade de reformulação do sistema de saúde vigente.

Esta reorientação foi afirmada com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) aprovada na Constituição Federal em 1988 e regulamentada pela Lei Orgânica de Saúde (Lei n. 8.080/90).

Nas últimas décadas, o setor de saúde no Brasil passou por mudanças significativas com a redefinição do papel do setor público e do privado no sistema de atenção à saúde e com a descentralização de sua gestão para o âmbito estadual e o municipal. Considero importante essa contextualização para melhor compreender o discurso de defesa do SUS como espaço de ensino que aparece fortemente em muitos editoriais.

²⁰² Cf. PEDROSA, 2004.

²⁰³ Outra(o)s autores também escrevem acerca da importância da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Cf. LUZ, Madel, 1996; MENDES, Eugênio Vilaça, 1993.

²⁰⁴ Cf. PEDROSA, 2004, p.620.

Apesar do reconhecimento, na Constituição Federal, do direito à saúde como direito do cidadão e dever do Estado, tal fato por si só não o garante. É fundamental situar o direito à saúde no processo contemporâneo de luta pelos direitos humanos no mundo, com base numa reflexão crítica e contextualizada, dentro da estratégia de globalização imposta pelo modelo de desenvolvimento econômico e como o Brasil se insere neste contexto.

A materialização do direito à saúde significa garantir aos seres humanos a possibilidade de se apropriar de seu próprio corpo com autonomia e, através do acesso a condições dignas de vida e aos benefícios do conhecimento científico, potencializar suas condições pessoais e sociais por meio de uma justa distribuição de renda e de acesso ao desenvolvimento ecologicamente viável. Assim, de posse de condições concretas para viver sua existência, os seres humanos podem conquistar seu direito à saúde, e assim, mais do que reproduzir condições concretas de existência para atender à reprodução biofisiológica, que é o mundo da necessidade, também podem usufruir as dimensões sociais, culturais, artísticas e de lazer, que representam o mundo da liberdade.

Os direitos humanos, enquanto categoria sociológica e política, devem ser compreendidos numa perspectiva interdisciplinar e plural e sua problemática no mundo contemporâneo deve ser associada aos conceitos de desenvolvimento econômico e social e de democracia. Isto significa vincular o direito ao desenvolvimento e qualidade de vida para garantir dignidade humana, através de políticas e práticas sociais democratizadoras (eleger, controlar, decidir sobre o que afeta a trajetória vital).

O compromisso assumido pela Abem de “liderar a formulação de propostas teórico-práticas para tornar a educação em direitos humanos a base da formação dos médicos” (editorial n. 4 de 2010) deve, portanto, ser valorizado.

Joaquín Herrera Flores²⁰⁵ propõe uma concepção cultural para os direitos humanos, ou seja, entendê-los como um produto cultural, surgido num contexto concreto e preciso de relações que se inicia com a modernidade ocidental capitalista, desde meados do século XV até o século XXI. Assim compreendidos, os direitos humanos funcionam como categorias legitimadoras ou antagonistas de uma concepção hegemônica do que seja vida digna. Cada formação social constrói seu caminho para a conquista de dignidade, cultural e historicamente. Assim

²⁰⁵ Cf. FLORES, 2005.

percebemos também a construção do conceito de saúde em diversas épocas e contextos históricos.

Portanto, para conquistar os direitos humanos, construídos histórica e culturalmente numa realidade marcada por seu sistema de relações, torna-se necessária a ação humana para construir espaços onde desenvolver a luta pela dignidade humana. Esses produtos culturais construídos no seu entorno social não são produtos neutros. Tanto podem se encaminhar no sentido da regulação, ou seja, no da manutenção do *status quo*, sem perspectivas de transformação da ordem vigente, quanto podem se desenvolver no sentido da emancipação através das relações que estabelecem no seu entorno, favorecendo perspectivas de transformação.

Defender o direito à saúde, defender os direitos humanos e os direitos sexuais e reprodutivos, em especial das mulheres, significa construí-los a partir de distintas realidades, de “espaços de luta”. Como construir espaços de luta? Joaquín Herrera Flores propõe, fundamentalmente, recuperar a ação política para a ruptura com posturas naturalistas que consideram os direitos em uma esfera separada da ação política. Recuperar o político é assumi-lo como atividade compartilhada e criadora. “A dignidade do político não reside na gestão, senão na criação de condições para o desenvolvimento das potencialidades humanas”²⁰⁶. Com base nestas reflexões, conquistar dignidade significa criar ou proporcionar condições para que os seres humanos possam desenvolver suas “actitudes” e “aptitudes”²⁰⁷ para *empoderar-se*, quer dizer, alcançar uma posição que lhes possibilite pôr em prática a capacidade humana de fazer! Referindo-se às metáforas reprodutoras das relações de dominação, cita Judith Butler para defender a proposição de abandonar o sentido absolutista das relações sociais e de um sujeito estável ou estático na política e não deixar nas mãos de um ou outro (público/institucional ou privado/corporativo) a configuração política e cultural de nossas vidas²⁰⁸.

Utilizando o referencial dos direitos humanos para pensar as políticas públicas, é fundamental que se tenha a ousadia de adentrar no

²⁰⁶ Cf. HERRERA FLORES, 2000, p. 29.

²⁰⁷ *Actitud* representa posicionar-se e adotar uma disposição a algo ou a alguém; em resumo, estar disposto(a). *Aptitud* é compreendido como ser apto(a), estar habilitado(a) para algo, poder fazer; relacionando à dignidade significa ter poder para fazer, de acordo com Herrera Flores (2005, p. 28).

²⁰⁸ Cf. HERRERA FLORES, 2005, p. 12.

privado para avançar na equidade e igualdade e adotar a perspectiva de gênero.

2.8 APROPRIAÇÃO DA PERSPECTIVA DE GÊNERO PELO DISCURSO MÉDICO - COMO E QUANDO

Em alguns documentos oficiais, que já analisei²⁰⁹, percebi um avanço na apropriação da análise de gênero nos indicadores sociais, econômicos e sanitários no Brasil por parte dos organismos públicos responsáveis. O panorama da saúde das mulheres no Brasil, descrito pelo Ministério da Saúde²¹⁰, reconhece a relação entre fatores sociais, econômicos, culturais e históricos com o perfil de saúde e doença. Para a análise da mortalidade das mulheres, constata-se também o impacto da violência e dos problemas relacionados ao exercício da sexualidade, que afetam de modo distinto homens e mulheres. O informe do Fundo de Populações das Nações Unidas de 2002, citado no documento do Ministério da Saúde, constata que a disparidade entre homens e mulheres que vivem em situação de pobreza no mundo aumentou na última década.

Outro documento oficial acerca das condições da população brasileira elaborado pelo IBGE incorpora o conceito de gênero para avaliar o impacto nas mudanças percebidas nas sociedades contemporâneas, seja no âmbito da família, seja no âmbito social e em seu significado nas relações entre homens e mulheres.

Através dos documentos analisados, com base na bibliografia referenciada, posso afirmar que, em proposição e formulação de políticas públicas de saúde houve um avanço significativo de 1985 a 2007, com a incorporação da concepção de gênero para analisar estas políticas e os indicadores. Posso afirmar, também, haver uma desconstrução da “mulher” universal como foco da política de saúde por se reconhecer as múltiplas “mulheres” e suas necessidades específicas.

No entanto, nos editoriais da Febrasgo, em especial no primeiro período analisado (1998 a 2004), a visão de “mulher” como categoria universal ainda predomina e é reafirmada várias vezes.

²⁰⁹ Cf. Pnaism – 2004; Relatório da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher; Relatório da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher – 2007; Síntese de indicadores sociais – uma análise das condições de vida da população brasileira – IBGE – 2009.

²¹⁰ Cf. BRASIL, 2007, p. 9-23.

Ana Paula Vosne Martins²¹¹ revelou que escritura da Ginecologia e da Obstetrícia era masculina, conformando uma visão hegemônica da ciência médica, na qual as próprias mulheres não puderam se “auto-representar”, necessitando que os homens da ciência as estudassem, e definissem qual era sua verdade. Esta escritura masculina ainda persiste, de certa forma, nestes editoriais, como quando se referem “ao médico” e “ao tocoginecologista”, que, através do seu “verdadeiro conhecimento”, determinam o que é melhor para “a mulher”. A autora afirmou que as diferenças de gênero foram explicadas de forma determinista e naturalista e descreveu, por exemplo, o papel da obstetrícia e a intervenção no parto a partir do gerenciamento dos corpos femininos, transformando-os em “corpos-pacientes”. A autora reconheceu que o conhecimento do mecanismo de parto pela Medicina teve grande impacto no controle do corpo da mulher²¹². A partir do século XIX, legitimou-se o papel do médico como protetor da mulher, pois, além de conhecer seu corpo, conhecia sua alma. Isto também apareceu na concepção do “tocoginecologista, o verdadeiro médico da mulher”, e na do médico como “confidente” da mulher, pois “é frequente a demanda de apoio, de orientação para as intempéries do espírito”²¹³. Atualmente, a(o)s médica(o)s ginecologistas e obstetras representam 11,15% do total de médica(o)s no País²¹⁴.

A mensagem acerca do reconhecimento dos direitos das mulheres é contraditória. Ao mesmo tempo em que há referência ao 8 de Março como data importante, destacou o mês de maio como “mês das mães” para homenagear as mulheres. Num dos editoriais (n. 3/2002) cita-se a Declaração de Barcelona²¹⁵, mas, no conjunto, há um “silêncio” sobre as inúmeras conferências internacionais e convenções, que se realizaram na década de 90, e que trataram dos direitos das mulheres. Temas como pobreza, educação, poder, violência sexual e violência de gênero, saúde, igualdade e equidade entre os gêneros, entre outros, estiveram na pauta internacional mas não são citados, isto apenas como referência às

²¹¹ Cf. MARTINS, 2005, p. 664.

²¹² Op. Cit., p. 662.

²¹³ Editorial n. 9, de 2002.

²¹⁴ Conforme censo médico publicado em 2001. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/stories/JornalMedicina/2011/jornal203.pdf>
Acesso em: 23 ago. 2012.

²¹⁵ “Declaração de Barcelona sobre os direitos da mãe e do recém-nascido” foi um documento resultante do V Congresso Mundial de Medicina Perinatal, realizado entre os dias 23 e 27 de setembro de 2001, na cidade de Barcelona – Espanha.

políticas oficiais de Estado e de organismos internacionais, sem mencionar os estudos feministas e de gênero que circularam por muitas revistas científicas internacionais e nacionais neste período.

A visão da entidade sobre sua missão de determinar “a melhor maneira de atender à mulher” (n. 5/2001) é questionável, já que não se considerava a participação de entidades de mulheres e grupos feministas representados nas instâncias de formulação de políticas de saúde.

No âmbito de uma análise mais específica sobre determinados temas que chamaram a atenção, ressaltou a valorização da qualidade profissional, que passa pelo reconhecimento do título de especialista dado pela Febrasgo. É a prova que credencia, o que a diretoria denomina de elite²¹⁶ da Ginecologia e Obstetrícia no País. Através dos estudos de Ana Paula Vosne Martins pode-se constatar que a “medicina da mulher”, ou seja, a Ginecologia e a Obstetrícia, constituiu um campo de saber como um “estado de dominação” na concepção foucaultiana, no qual as decisões acerca dos processos se restringiam aos médicos e não havia espaço de liberdade para as mulheres decidirem acerca de seus corpos e de fatos de sua vida cotidiana, no âmbito da sexualidade e reprodução. Este conhecimento consolidou-se como verdade, e sem possibilidade de diálogo.

Dentre os autores contemporâneos, Michel Foucault tem uma contribuição fundamental para a compreensão e análise da constituição do sistema médico, seus saberes e relações de poder instituídas no campo da saúde. O autor mostrou como a Medicina se constituiu como campo de saber e como espaço de poder, que justamente usurpa a possibilidade de autonomia dos sujeitos que recebem seus cuidados. Isto se evidenciou nos discursos que trataram da formação médica, ao referir que agora os médicos não são mais “donos dos pacientes” e que a abertura da Medicina para o respeito aos direitos dos pacientes ocorreu por conta de serem agora “mais vigiados”²¹⁷.

As críticas à Medicina e à sua institucionalização não se restringem a seu mercantilismo, mas atingem seu saber frágil e o poder sem limites que exerce sobre a vida e os corpos dos seres humanos. Assim, o que o autor chama de “grandes máquinas disciplinares”, dentre

²¹⁶ Conforme Abbagnano (2000, p. 309), o conceito de elite determinado sociologicamente, conforme Pareto, é “o conjunto daqueles que têm os padrões mais elevados em seu ramo de atividade”. Conforme Houaiss (Dicionário eletrônico), elite é “o que há de mais valorizado e de melhor qualidade, esp. em um grupo social”.

²¹⁷ Editorial RBGO, n. 8 de 2001.

as quais se podem situar os sistemas de saúde, aos quais compete “apreender o indivíduo, saber o que ele é, o que ele faz, o que se pode fazer dele, ou onde é preciso colocá-lo, como situá-lo entre os outros”²¹⁸.

Destaco também o que Foucault escreveu acerca do que ele denominou “estado de dominação”²¹⁹, caracterizado por relações de poder cristalizadas e que podem ser exercidas em distintos espaços da vida privada ou pública. Estas relações de poder são evidenciadas no discurso médico quando assumem que são eles que determinam o que é melhor para a saúde das mulheres.

Quanto à circulação do saber científico, ou mais especificamente do saber médico, e das críticas nos editoriais da RBEM acerca da valorização das publicações internacionais em detrimento de publicações nacionais, cito novamente Arjun Appadurai²²⁰, pois sua análise sobre o fluxo cultural global nas sociedades contemporâneas situa a importância do debate entre as questões de “homogeneização” e “heterogeneização” das culturas, e o significado desta homogeneização a partir do que vem das metrópoles. Há uma valorização das publicações em língua inglesa.

A Medicina constitui um campo científico, que na concepção de Pierre Bourdieu, pressupõe um “espaço de jogo de uma luta concorrencial”. Nesse sentido, configura-se como espaço de luta pelo poder em dois sentidos: pelo monopólio da autoridade científica (“capacidade técnica e poder social”); e pelo monopólio da competência científica (“capacidade de falar e agir legitimamente isto é, de maneira autorizada e com autoridade”). Isso é evidenciado nos discursos dos editoriais, pois as duas entidades – Abem e Febrasgo arvoram-se como representantes da “autoridade científica” e da “competência científica” no campo da educação médica e da Ginecologia e Obstetrícia. A busca pela indexação e pelo reconhecimento de suas revistas científicas faz parte desse processo.

Este campo científico, aqui representado pelas revistas científicas (inclusive classificadas hierarquicamente), faz circular um fluxo global cultural que Appadurai denomina de *mediascape*.

Bourdieu observou que a própria circulação da informação científica, que tem por trás de si orientações políticas e econômicas, produz mensagens por via de uma interação social estruturada. Ou seja,

²¹⁸ FOUCAULT, 2006, p. 57.

²¹⁹ Op. Cit., p. 266.

²²⁰ APPADURAI, 1990.

todo tipo de interação simbólica social não depende apenas da estrutura do grupo em que ela se dá, mas também das estruturas sociais macro nas quais a interação se insere.

Apesar de não fazer parte dos objetivos desta tese (análise sociológica da formação médica), a leitura dos editoriais trouxe informações que, por minha história e formação acadêmica, não pude ignorar em minha análise. Isto explica por que organizei as categorias de forma mais ampla e não me restringi às concepções de corpo.

Para colaborar na compreensão da linha de raciocínio que busco desenvolver, preciso situar este momento. Após construir um delineamento teórico e realizar conexões entre estudos feministas recentes e os saberes médicos, considerei fundamental, para prosseguir, conhecer o pensamento político-profissional de duas entidades representativas da Medicina, por comporem os campos de interesse da pesquisa – educação médica e Ginecologia e Obstetrícia. Essas entidades assumem em seus discursos a intenção de se consolidar como referência. Como desdobramento, resta conhecer a força que esta intenção alcança nos documentos que compõem as bases dos programas de residência médica selecionados para o presente estudo.

No próximo capítulo, seguindo a mesma linha de investigação, irei analisar as diretrizes, os programas e manuais que fazem parte do suporte à formação da residência médica. Assim, será possível observar como e se algumas das observações identificadas nestes editoriais incidem no discurso atual.

3. PROGRAMAS, PLANOS DE AULA E MANUAIS DE ROTINA DA RESIDÊNCIA MÉDICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Nos capítulos anteriores abordei primeiramente a relação ciência/medicina/feminismo e a crítica feminista ao saber médico constituído, em especial no século XX e XXI. Dando sequência, analisei a linha editorial das duas principais publicações - a RBEM e RBGO - das entidades médicas relevantes para os objetivos desta tese – a Abem e a Febrasgo.

Neste capítulo analiso o que está contido no documento normativo do MEC que contém os objetivos e o conteúdo programático da residência médica e, em particular, nos programas e manuais de rotina das duas residências médicas selecionadas como campo de trabalho..

Um dos grandes desafios na formação médica neste novo milênio é a necessidade de superar o “modelo hegemônico” (da biomedicina, da especialização, “assistencialista e hospitalocêntrica”²²¹) e valorizar a formação “humanística”²²². Temas como relação entre direitos humanos, gênero e educação médica surgiram em publicações especializadas da área em 2000 e 2003, respectivamente, como já foi exposto. A perspectiva agora é comparar o que propõem os documentos-referência e o que acontece na ponta do sistema, ou seja, nos dois programas de residência médica selecionados.

Sérgio Rego, um dos editores da RBEM e autor de vários editoriais, utilizando o texto da peça Calabar, de autoria de Chico Buarque e Ruy Guerra, problematizou a “distância entre a intenção e o gesto”, muitas vezes considerada uma “contradição insolúvel” no que tange à falta de debate sobre as mudanças necessárias à educação médica (Editorial n. 1/2001). Ele se referia aos consensos políticos

²²¹ Ver Editorial nº 1, de 2003, da Revista Brasileira de Educação Médica – RBEM.

²²² Procurei em vários editoriais que citam o adjetivo “humanístico” para se referir ao modelo de formação médica, mas não encontrei uma definição específica, a não ser aspectos gerais que incluem a humanização da assistência e uma compreensão cultural e social da visão do processo saúde/doença. Segundo dicionário eletrônico Houaiss, Humanismo é: “conjunto de doutrinas fundamentadas de maneira precípua nos interesses, potencialidades e faculdades do ser humano, sublinhando sua capacidade para a criação e transformação da realidade natural e social, e seu livre-arbítrio diante de pretensos poderes transcendentais, ou de condicionamentos naturais e históricos”.

estabelecidos entre o MEC e os alunos das escolas, mas registrou uma “inibição” na produção acadêmica e intelectual que “não é oriunda do núcleo formulador e executor das ações do Cinaem”. Assim, para ela, vive-se “uma situação paradoxal”, pois, apesar dos muitos “consensos”, pouco “conhecimento” se tem acrescentado às necessárias mudanças em educação médica.

Utilizo as palavras do autor - “distância entre intenção e gesto” - para questionar as contradições existentes na produção acadêmica, enfatizando a distância entre os consensos estabelecidos pelos próprios atores sociais, como Sérgio Rego nominou, do “MEC aos alunos” e sua apropriação em programas específicos de residência médica, como os que serão aqui estudados.

Refiro-me à incorporação dessas reflexões – “formação médica humanística”- que contemple questões como “direitos humanos” e “gênero” na ponta do sistema, quer dizer, nos programas locais de residência médica (RM). Mesmo reconhecendo serem elaboradas apenas pelo “núcleo formulador”, admite-se que este núcleo é composto de instituições/entidades/escolas com representatividade na área da educação médica. Portanto, lanço mão das palavras de Pierre Bourdieu (1983), para afirmar que a RBEM tem autoridade neste campo.

A leitura dos editoriais por ela publicados e sua visão que consta em sua página eletrônica de “ser reconhecida como a principal protagonista de melhorias na educação médica brasileira, representante de seus associados, influenciando as políticas públicas de educação e saúde”²²³, instigou-me a refletir sobre a questão, ou “a contradição entre intenção e gesto”.

Pergunto, como ponto de partida: o pensamento político, profissional e educacional explicitado nas páginas da RBEM²²⁴ é compartilhado e endossado por outros atores sociais do campo da Medicina, no caso a Febrasgo, através da RBGO? Os princípios e compromissos assumidos neste veículo de informação científica se refletem nos programas e conteúdos da RMGO? Há confluência entre “intenção e gesto” – intenção da Abem em sua proposta e gesto nos programas aqui estudados?

É oportuno, por isso, iniciar com uma breve contextualização do tema da residência médica no Brasil, citando em especial

²²³ Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/sobre_abem.php Acesso em: 28 set. 2013.

²²⁴ Há referências de que é a única revista especializada no tema da educação médica na América Latina (editorial n. 1/2001).

pesquisadores/as que escreveram sobre o tema – Célia Regina Pierontoni (1994), Laura Feuerwerker (1998), Fernando Luiz Pagliosa e Marco Aurélio Da Ros (2008), Jeanne Michel *et al.* (2011).

Comento, a seguir, a perspectiva político-profissional do projeto de educação médica, através do pensamento da Abem e da Febrasgo, com base em suas publicações. Analiso, por fim, os programas propostos pelo MEC e pelas duas instituições de saúde que coordenam os dois programas de residência médica já referidos.

Para compor a base de dados deste capítulo, recorro a fontes documentais obtidas de distintas formas. Busquei nas páginas eletrônicas do Ministério da Educação vários documentos oficiais²²⁵ e do Ministério da Saúde. Os documentos das entidades médica ABEM e Febrasgo também se encontram disponíveis em suas respectivas páginas eletrônicas e os artigos e editoriais que tratam do tema, estão disponíveis nas páginas das duas revistas pesquisadas - Revista Brasileira de Educação Médica e Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia²²⁶

Outros documentos (os programas teórico-práticos, cronograma das aulas relativo ao ano de 2011, manual de rotinas das duas instituições pesquisadas) foram obtidos após contato formal com a/os respectiva/os coordenadores, que disponibilizaram seu acesso. As visitas às instituições e os contatos estabelecidos para obtenção das fontes constam dos diários de campo.

Tenho consciência de que são documentos formais; não retratam fatos que acontecem nas salas de aula, comentários e situações vividas. Foram escolhidos sem a ingenuidade de que representem fatos reais; afinal, Jaques Le Goff já afirmava que, “no limite, não existe um documento-verdade. Todo documento é mentira. Cabe ao historiador não fazer o papel de ingênuo”. Mas, ao mesmo tempo, o “documento é uma coisa que fica, que dura...” (LE GOFF, 1990, p. 474-475). Portanto, analiso os documentos aqui apresentados com essa visão crítica, de que representam o compromisso da categoria médica em mostrar uma imagem de si própria para o futuro.

²²⁵ Quando me refiro a documentos oficiais, trato de decretos, leis e portarias expedidas e publicadas pelo Ministério da Educação e/ou Ministério da Saúde, órgãos governamentais que tem a responsabilidade de credenciar e avaliar os programas de residência médica no país. Cf. http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12263&ativo=507&Itemid=506.

²²⁶ Cf. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0100-7203&lng=pt&nrm=iso.

3.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO MÉDICA E DA RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL

A residência médica, como modelo de pós-graduação em Medicina, surgiu nos Estados Unidos em 1848, para fins de aprimoramento clínico, em espaço hospitalar, ou no que se costuma chamar de “treinamento em serviço” (MICHEL, Jeanne *et al.*, 2011, p. 7). O termo “residência” é oriundo do fato que se exigia que o/a profissional médico/a morasse na instituição, pois um dos requisitos era a disponibilidade integral para a formação especializada. Nos dias de hoje, a carga horária estipulada para a residência médica é de 60 (sessenta) horas semanais.

Segundo Célia Pierantoni (1994), no Brasil foi iniciada na década de 1940, inicialmente no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (1944) e no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (1948). Neste momento inicial, seguia as diretrizes do que se denominou modelo flexneriano²²⁷ para a educação médica. Comentarei a respeito mais adiante.

Segundo Jeanne Michel *et al.* (2011), até meados dos anos 60, os programas de RM concentravam-se nos hospitais universitários públicos. Pela característica de “treinamento em serviço”, a formação se guiava pelas demandas do mercado de trabalho médico. Para esses autores, “a RM é consagrada como a melhor forma de inserção de profissionais médicos na vida profissional, sob supervisão, e de capacitação em uma especialidade” (p. 8).

Para Pierantoni (1994, p. 7), a implantação - um período inicial que vai até 1955 - e a consolidação podem ser caracterizadas pela “definição dos objetivos, implantação e consolidação dos problemas iniciais”. Uma das características desse período é que a RM era procurada por uma parcela pequena de egressos das faculdades de Medicina. O segundo período, que vai até 1971, já se distinguia da primeira fase por uma maior procura. Houve até um incremento significativo das ofertas de programas, ainda vinculados majoritariamente a instituições públicas e criados de acordo com os interesses do corpo clínico dos hospitais.

²²⁷ Esse modelo tem por base o Relatório Flexner, publicado em 1910 nos Estados Unidos. Seu impacto sobre a formação médica mundial é analisado por Pagliosa e Da Ros (2008), referenciada também por Kipper; Loch (2002), Ballester *et al.* (2010).

Já nesse período, a Abem assume um protagonismo importante, solicitando a implantação de uma comissão que analise a proposta das residências. Também em 1967 é criada a Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR).

Um terceiro período se inicia a partir de 1972, quando então se amplia o número de RM, algumas de qualidade duvidosa, funcionando como “aproveitamento de mão de obra médica de baixo custo” (PIERANTONI, 1994, p. 8). Neste contexto, em 1976 é criada a Comissão Nacional de Residência Médica, reconhecida legalmente através do Decreto n. 80.821, de 1977. Esta comissão é composta por distintas instituições de educação, saúde e representações de entidades da categoria médica. Surge com o objetivo de normatizar, credenciar e estabelecer critérios para seleção, remuneração e certificação. Desde esse momento, a RM em Ginecologia e Obstetrícia é estabelecida como uma das especialidades preferenciais.

Outra análise realizada por José Carlos de Souza Lima, citada por Michel *et al.* (2011, p. 7), subdivide o processo de implantação e consolidação da RM no Brasil em duas fases. O primeiro momento se situa entre 1947-48 e 1977-78; caracteriza-se pela criação dos primeiros programas e pela luta pela sua regulamentação. O segundo período, que vai de 1977-78 a 2007-2008, compreende a institucionalização da RM.

Esta tese não pretende analisar os estilos de pensamento, nem os projetos pedagógico-educacionais, muito menos os métodos de avaliação dos cursos de graduação em Medicina e das residências médicas implantadas no Brasil. Mesmo assim, para compreender o contexto atual, considero importante historiar as bases do modelo implantado no Brasil. Sempre que me deparo com leituras desse tipo, surpreendo-me com questões tão arraigadas em nosso cotidiano, em nossas práticas, que nem nos damos conta de onde vêm. Parece que sempre estiveram ali e sempre vão estar! Uma dessas questões que me instigam, me sensibilizam, me provocam a pensar criticamente é o papel do/s hospital/is na formação de profissionais de saúde²²⁸, e, no caso

²²⁸ Além da minha graduação como enfermeira, fiz minha especialização em saúde pública, em meados da década de 1980. Acrescento a isso minha atuação no âmbito político profissional junto à Associação Brasileira de Enfermagem, no âmbito político-sindical, junto à Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativo em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil (Fasubra), sempre orientada por uma reflexão crítica acerca do processo de formação de profissionais de saúde. Compartilho da defesa da ampliação dos

específico desta tese, na Medicina. A leitura sobre o modelo flexneriano ajudou-me a compreender melhor o processo.

No que tange a esse modelo de educação médica, referido por Célia Pierantoni, cito as reflexões de Luiz Fernando Pagliesi e Marcos Da Ros (2008). Para estes autores, um dos principais pontos do modelo, que é alvo de muitas críticas, é uma divisão básica no currículo entre as disciplinas básicas e os estudos clínicos. Este modelo, que se tornou hegemônico mundialmente, recebeu muitas críticas por compartimentar a formação médica e não atender às necessidades de saúde das populações nos locais em que foi implantado. No contexto histórico de sua produção, no início do século XX, proliferavam escolas médicas nos Estados Unidos, criadas com critérios muito diferenciados, por haver sido abolida a concessão estatal no final do século XIX. Iniciava-se, além disso, uma forte aliança entre a indústria farmacêutica e a corporação médica pela compra de propaganda em suas publicações. Nesse contexto, havia escolas organizadas em bases “não-convencionais”, com o ensino voltado ao que seriam os campos precursores da fitoterapia e da homeopatia.

Ao mesmo tempo em que o modelo flexneriano servia para coibir escolas médicas sem condições de funcionar, também serviu para diminuir significativamente o número das que ensinavam homeopatia²²⁹, por exemplo. Dentre as recomendações de Flexner, considero importante a divisão proposta por ele entre o “ciclo básico”, a ser realizado em laboratório, e o “ciclo clínico”, a ser realizado no hospital. Dessa forma, a dicotomia promoveu o foco da formação centrado na doença, a ser tratada de forma individual, sem considerar o coletivo e o espaço social. O método científico positivista se instalava nas escolas médicas.

Vale destacar o que os autores enfatizam o pensamento discriminatório de Flexner, que “via a educação médica como destinada a pessoas da elite, com o aproveitamento dos mais capazes, inteligentes, aplicados e dignos” (PAGLIOSA; DA ROS, 2008, p. 496). Foi por isso acusado de preconceito em relação a pobres, negros e mulheres. Este tipo de preconceito não era prerrogativa da formação médica. Segundo Luiz Antonio Santos e Lina Farias (2009, p. 87), os parâmetros para a profissionalização da enfermagem moderna implantada no Brasil, no

espaços de aprendizagem para o âmbito do SUS, e de uma reflexão crítica acerca do papel dos hospitais universitários.

²²⁹ Segundo esses autores, o número de escolas médicas homeopáticas, entre 1910 e 1920, passou de 20 para 4 (PAGLIOSA; DA ROS, 2008, p. 495).

início do século XX, tinha por base a constituição da profissão com pessoas da “elite”. Vale destacar o registro da preocupação dos dirigentes brasileiros, em especial Carlos Chagas, em buscar “mulheres de berço” e de famílias tradicionais. Chegaram a lançar uma manifesto “à moça brasileira”. Carlos Chagas utilizava três argumentos para defender este projeto profissional: interesse da pátria, sentimentos de amor e piedade cristã.

Para Laura Feuerwerker (1998), a entrada de “novos cenários de ensino” trouxe à tona um debate importante acerca do perfil do profissional que se queria formar. Dou ênfase ao que escrevi no capítulo anterior. Tais mudanças alcançariam sucesso, desde que acompanhadas de “mudanças nas práticas de saúde”, em especial no que tange à concepção de um conceito ampliado de saúde²³⁰.

Para esta autora, a introdução de disciplinas como Sociologia na formação médica não conseguiu mudar o eixo epistemológico da Medicina pela forma como foi introduzida, pois não se buscou identificar os conteúdos que seriam essenciais. A tese de Luiz Roberto Cutolo (2001) corrobora o pensamento da autora citada, pois, ao analisar a estrutura do currículo do curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, a partir de amostra intencional, identificou três concepções: higienista, médico-social e biologicista, constatando que esta última continua absolutamente hegemônica.

Quanto ao papel da RM, Laura Feuerwerker reforça sua duplicidade – complementar a formação da graduação e possibilitar melhor inserção no mercado de trabalho. Este último aspecto deve ser mais bem discutido, segundo a autora. Pensando no contexto histórico deste artigo, final dos anos 1990, sua análise estava correta. Estudos que apontavam uma concentração de médica/os especialistas em determinadas regiões do País²³¹, em especial Sudeste e Sul, e deficiências nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste, contribuíram para que o governo federal lançasse o Programa Pró-Residência em

²³⁰ No Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco que rompeu com a visão idealista da OMS (a saúde não é considerada apenas a ausência de doença, mas é o “estado de completo bem-estar físico, mental e social”), complexificando o conceito de saúde, relacionando-o às condições concretas de existência dos seres humanos, ou seja, saúde como resultante das condições de vida. Ver: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1987.

²³¹ Não vou entrar aqui na análise do Programa Mais Médicos, lançado recentemente pelo Ministério da Saúde, alvo de críticas pelo conjunto das entidades médicas.

2009. Este “Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas” foi instituído através da Portaria Interministerial n. 1001, de 22 de outubro de 2009. É um programa gerenciado conjuntamente pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação - SESu/MEC e pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde - SGTES/MS, em consonância com a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM/MEC. Na área da RMGO, foi proposta a criação de um programa no estado do Tocantins.

Outro ponto debatido pela autora, e que retomo, diz respeito à natureza da residência médica. Trata-se do questionamento: “processo educacional ou processo de trabalho?” (p. 64). É uma dualidade que penso não ter resposta até os dias de hoje. Ou melhor, talvez a resposta conste justamente das duas coisas, que devem se realizar concomitante e harmoniosamente, de forma complementar. Mas esse processo que busca conjugar ensino e assistência não é vivenciado sem “ambiguidades, dúvidas e inseguranças”, conforme escreve Ana Cristina Gilbert *et al.* (2006, p. 942).

Para Laura Feuerwerker e Luz Carlos Cecílio (2007, p. 966), a discussão acerca do cenário do hospital como espaço de formação na área da saúde, seja de graduação ou pós-graduação, deve ser analisada numa ótica de maior complexidade, por tudo que envolve. Ao mesmo tempo em que esta área sofre impacto das tecnologias em saúde, predominantemente das tecnologias duras e leve-duras²³², fez com que “o trabalho médico e o trabalho em saúde em geral fosse orientado aos procedimentos e não às necessidades das pessoas, levando ao empobrecimento de sua dimensão cuidadora”. Para estes autores, o cuidado hospitalar é resultado de uma intrincada teia de ações múltiplas - “pequenos cuidados parciais” -, envolvendo distintos profissionais e múltiplos saberes. Muitas vezes, em situações críticas, há necessidade de intervenções rápidas, com predomínio das tecnologias duras e leve-duras, com pouca ou restrita autonomia da/os usuária/os. Em outras situações, esses mesmos usuária/os estão plenos de sua autonomia; portanto, o diálogo, a compreensão dos contextos culturais e o reconhecimento dessa autonomia fazem-se absolutamente necessários. Atualmente, os hospitais universitários estão se tornando espaços de

²³²Para esses autores, tecnologias duras representam os equipamentos e medicamentos; as tecnologia leve-duras, o saber científico; e as tecnologias leves dizem respeito aos relacionamentos importantes para a produção do cuidado: “escuta, vínculo, responsabilização, singularização”.

atenção terciária e quaternária. Logo, num momento inicial de formação especializada, como é o caso da RM, esses hospitais não oferecem, por conta dessa característica, um cenário adequado. Para Feuerwerker e Cecílio (2007, p. 969), entretanto, as dimensões do “trabalho em equipe”, da “integralidade” e da “recuperação da dimensão cuidadora das práticas de saúde” não representam um cenário “pacífico”. Estão em disputa relações de poder – entre distintos profissionais de saúde, entre profissionais e usuária/os. Portanto, “provocam resistência e disputa”, como espaços em que o que está em jogo é a lógica hegemônica de reprodução de poder das corporações.

Nesse contexto, as diretrizes curriculares representaram propostas de mudanças na educação médica, mas não podem se restringir à graduação. Feuerwerker e Cecílio informam que as escolas médicas já se deram conta da importância de também aplicar as mudanças à residência médica, como espaço importante de conformação do perfil profissional. É neste sentido que me aproprio das reflexões desses autores.

3.2 ENTRADA EM CENA DAS DIRETRIZES CURRICULARES

O processo de discussão social e política sobre o tema da saúde e da organização dos serviços, que ocorreu em muitos países em meados do século XX, em especial no Brasil a partir da década de 1980, fez com que a mudança da formação médica também entrasse em pauta. Surgiram diversas iniciativas nacionais que culminaram com a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacional da Medicina²³³. A seguir, ressaltos pontos deste documento, que considero importantes, e se relacionam com o que analiso neste capítulo.

Um dos aspectos mais citados na abordagem dessas diretrizes diz respeito ao perfil da/o profissional a ser formado: “Médico, com formação generalista²³⁴, humanista²³⁵, crítica²³⁶ e reflexiva²³⁷”. No que

²³³ Para ver o texto na íntegra, acessar: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>

²³⁴ Segundo o dicionário eletrônico Houaiss, para generalista “diz-se de ou indivíduo cujos talentos, conhecimentos e interesses se estendem a vários campos, não se confinando em uma especialização”.

²³⁵ Segundo o mesmo dicionário, humanista é “que ou aquele que é versado em humanidades” (“estudos clássicos, literários e filosóficos, de segundo e terceiro graus”).

tange às competências e habilidades, cito: “Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social”. Dentre os conteúdos curriculares, destaco, em especial: “Compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença”. Quanto à organização do curso, chamo a atenção para: “incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania” e “utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional”.

Inúmeros editoriais da RBEM (n. 3/2001, n. 1/2003, n.1/2005, n. 2/2007, n. 1/2008, n. 4/2008, n. 2/2009, n. 3/2009, supl. 1/2009, n. 1/2010, n. 1/2011, n. 4/2011, supl. 1/2012) e da RBGO (n. 11/2007) e artigos das revistas científicas (GILBERT *et al.*, 2006; KIPPER; LOCK, 2002) aqui analisadas, enaltecem a importância da aprovação das diretrizes curriculares nacionais da Medicina, com o intuito de provocar mudanças significativas na formação médica, de forma comprometida com os desafios contemporâneos. Dentre muitos aspectos que caracterizam tal educação, destaco o que Délio Kipper e Jussara Loch (2002, p. 118) apontam: “a valorização do exercício da Medicina como um encontro entre pessoas: o médico e o doente, num exercício pleno de humanismo”.

A grande maioria destes textos refere-se ao ensino de graduação, mas essas mesmas preocupações parecem integrar os programas de residência médica, que seguem os modelos pré-reforma curricular. Valorizo, por isso, a reflexão de Laura Feuerwerker e Luiz Carlos Cecílio sobre o significado de estender o projeto (diretrizes curriculares) à residência médica. O editorial n. 2/2007, da RBGO, também reforça a importância da formação na residência, que visa à “qualidade técnica e humanística”.

A residência médica representa um “rito de passagem” de aluna/o para profissional. Apesar dessa mudança, deixar de ser um/a

²³⁶ Segundo a mesma fonte, crítica é o “exame de um princípio ou ideia, fato ou percepção, para produzir uma apreciação lógica, epistemológica, estética ou moral sobre o objeto da investigação”.

²³⁷ Reflexiva (cf. op. cit.) representa “caráter do que é reflexivo, que significa “que se refere ao fato de a consciência poder elaborar cogitações sobre si mesma”.

aluno/a do sexto ano de Medicina para ser tornar um R1²³⁸ pode causar um sentimento de “perda de hierarquia”. Ela/es não estão mais no topo da graduação, mas se encontram no primeiro nível da vida profissional. Segundo Ana Cristina Gilbert *et al.* (2007, p. 106), a “excitação antecipatória” do início é substituída “por períodos de insegurança e depressão, alternados com sentimentos de competência e arrogância ao final do primeiro ano”. Com tantas informações circulantes, a noção de “dono/a da verdade” se desfaz; sentem-se testados o tempo todo. A relação saber/poder passa pela relação de “convencimento” da paciente. Na relação aprendizado/prática profissional, estas autoras identificaram ainda uma relação importante com profissionais do serviço – mais do que uma “fonte teórica”, o importante é “discutir com um profissional mais experiente” (p. 108). A seleção de informação confiável, ou a relevância da fonte ainda ocorre, muitas vezes, “pela sua credibilidade acadêmica, pela vinculação à prática clínica, ou ainda por serem previamente digeridas e selecionadas pela indústria médico-farmacêutica”.

A especialização outorgada pela residência médica confere um diferencial à formação, com o questionamento da qualidade de diversas escolas, assim como confere maior segurança à prática clínica. Mas, contraditoriamente, os alunos vivem uma situação dual, ao mesmo tempo em que são cobrados a ter iniciativa, são lembrados de que estão em processo de aprendizagem e necessitam de supervisão.

Outra questão relevante na formação e atuação profissional diz respeito à escuta. Gilbert *et al.* (2007, p. 111-112) diferenciam ouvir – ação fisiológica -, de escutar – ação psicológica. No caso específico da Ginecologia e da Obstetrícia, as/os médicas/os podem “ver o interior do corpo da mulher” e “decifrar”. Mas para “decifrar” melhor, a “escuta” é necessária. “O foco nesse tipo de escuta é sobre o que é dito pela paciente e não a própria paciente” – ou seja, além do exame físico, das imagens, dos resultados laboratoriais, do que se constata, o que é dito pelas mulheres é fonte importante de informações para compor o cuidado em saúde. Este aspecto é muitas vezes negligenciado, valorizando-se o que é objetivo, a “queixa” que pode ser observada, medida, quantificada, classificada e preferencialmente tratada. Alguns residentes falam de mulheres muito “queixosas” ou que “gostam de fazer drama”, prejudicando a escuta. Reconhecem que muitas procuram o/a médica/o por situações “além do mal-estar físico” e que têm dificuldade em lidar com a situação, que extrapola a especialidade.

²³⁸ Denominação utilizada para definir ano de formação, assim como R2, ou R3.

Afirmam não ser formados, na própria residência ou mesmo na graduação, para este tipo de situação. A “sensibilidade” é posta de lado, visto que a tomada de decisões deve ter por base “o raciocínio” e “as evidências concretas”. Essas constatações põem em cheque o perfil desejado médico/a, e explicitado pelas diretrizes curriculares, que é a “formação humanística”. Neste estudo, ficou evidente para os residentes pesquisados, a banalização da profissão, apesar da responsabilidade de “lidar com a vida humana”. Apesar das dificuldades, o processo de formação na residência é reconhecidamente uma experiência positiva. Os alunos “se percebem capazes de enfrentar situações fora do ambiente protegido do hospital, apesar dos receios, da consciência de não saber tudo” (p. 114).

3.3 AS ENTIDADES MÉDICAS E A RMGO – O QUE SE DIZ A RESPEITO?

A Febrasgo, através dos editoriais da RBGO (conforme analisado no capítulo anterior), desde 2005 vem abordando temas relacionados a diversos problemas de saúde que acometem as mulheres. Já comentei a mudança no perfil destes editoriais, por conta da necessidade de qualificação científica da revista. Entre 1998 e 2004, os editoriais posicionavam-se acerca de questões político-profissionais, e, dentre estes temas, a residência médica foi alvo de comentários.

O editorial n. 4/2001 sinalizou a preocupação com a qualidade do especialista em formação em atuar em distintas frentes: regimento da residência médica da Febrasgo; ação conjunta com a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) do MEC; programa mínimo para o Mercosul.

O editorial n. 2/2007 fez referência ao ensino da cirurgia ginecológica na RM. “A formação do residente de Obstetrícia e Ginecologia envolve múltiplos aspectos, como o conhecimento clínico, o desenvolvimento de habilidades e técnicas, além do amadurecimento de atitudes pessoais, éticas e profissionais”. Objetiva a “qualidade técnica e humanística”. Aborda o tema da histerectomia, citando que, com indicação apropriada, pode “restabelecer a saúde de uma mulher e até mesmo salvar sua vida”, mas muitas foram desnecessárias. Ou seja, mesmo que de forma sutil, há uma autocrítica.

Outra constatação é a de que tem avançado rapidamente o conceito de “cirurgia minimamente invasiva”. No processo de formação muitas vezes não é o residente que opera, embora lhe caiba assistir o paciente, havendo uma quebra na integralidade. É primordial no ensino

da residência, além de conhecer a fisiopatologia das doenças, “ouvir profissionais mais experientes” e examinar as mulheres, ouvindo suas queixas. A forma de ensinar mudou, aliando “decisões baseadas em evidências. O treinamento cirúrgico ginecológico também deve ser guiado por informação baseada em evidência, associada ao bom senso e à experiência”. “O sistema de aprendizado geralmente utilizado é aprender no próprio paciente”. Sugere-se o uso de outras estratégias, como “vídeos, manequins, programas computadorizados, etc.”. Além de ensinar, o editorial aborda outra questão importante no ensino, que é a avaliação, não apenas da técnica, mas das habilidades e qualidades mais difíceis de ser mensuradas, como: “ética, profissionalismo, comunicação e liderança”.

A Abem, através da RBEM, apresentou reflexões muito importantes no contexto contemporâneo e traz à tona temas fundamentais invisibilizados no debate da RMGO. Destaco três, em especial: a perspectiva de gênero (como importante para a educação médica -Editorial n. 3/2003); o Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos (Editorial n. 4/2010) e o tema atenção integral à saúde das pessoas com deficiência (Editorial n. 3/2011).

Já teci comentários ao editorial sobre gênero escrito por Débora Diniz, antropóloga feminista. Somente a iniciativa de incluir uma autora não-médica para assinar um editorial demonstra uma iniciativa político-acadêmica importante no reconhecimento de promover diálogos interdisciplinares. Esta autora abordou o surgimento dos estudos de gênero como uma das especialidades das ciências humanas, que aparecem para demonstrar que masculino e feminino resultam de processos de socialização, e não de “uma ditadura da natureza”. Citou a expressão que sintetiza a análise: “nascemos machos e fêmeas e aprendemos a ser homens e mulheres”. Também afirmou que o reconhecimento de que masculino e feminino são escolhas socioculturais pode ser “desconcertante para inúmeras áreas do conhecimento”. Talvez a Medicina continue relutante em lidar com isso! A “categoria gênero é uma lente que nos permite enxergar a realidade de maneira radicalmente diferente” – essa é uma concepção comum a distintos campos disciplinares. Os estudos de gênero “sensibilizaram médicos e médicas para algumas sutilezas do processo saúde e doença”. Dentre os temas, citou, em especial, reprodução, sexualidade e corpo e uma questão específica, que foi a epidemia HIV/Aids.

A editoria da RBEM teve a iniciativa de convidar, em 2003, uma pesquisadora feminista para escrever um texto, afirmando que a formação médica também é uma “questão de gênero”. Dez anos depois,

o editorial da RBGO (n. 2/2013) saía com o título “A diferenciação do cérebro masculino e feminino”, escrito por duas mulheres. Este editorial não fez parte da coleta de dados, mas faço questão de destacar parte dele, para contextualizar o momento presente e a concepção de gênero subjacente no campo da Ginecologia e da Obstetria:

Os pais são cruciais para o encorajamento da expressão típica do modo masculino ou feminino de ser. Entretanto, nas meninas sujeitas a ambiente intrauterino hiperandrogênico, o esforço dos pais em fazer com que elas tenham comportamento feminino, principalmente na escolha dos brinquedos é falha, o que indica ser o *imprinting* hormonal um determinante do gênero. Entretanto, em meninas com identificação de gênero assegurada é importante o reforço dos pais ou cuidadores para a socialização da criança dentro do seu gênero, para que ela assuma o papel típico do seu gênero.

Conforme já citei no capítulo anterior: “Não bastava o domínio preciso dos recursos técnicos e terapêuticos; era também preciso *sensibilidade sociológica* para a diversidade dos papéis de gênero” (grifo meu). No que tange à divisão social do trabalho, a presença do gênero é evidente pelo número de mulheres médicas obstetras e pediatras. Para Débora Diniz, “as perspectivas de gênero alteram nossa percepção do que é considerado normal ou tradicional”. Portanto, “é preciso uma revisão do ensino médico a partir das perspectivas de gênero [...] o incremento da sensibilidade de gênero no ensino da Medicina formará médicas e médicos com maior habilidade para a compreensão do sofrimento humano”.

O editorial que aborda o tema da educação em direitos humanos mostra como este tema ganhou destaque mundial. Citou a ONU e a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, o Plano Mundial de Educação em Direitos Humanos e o Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos (Pnedh). Este plano inclui: educação, treinamento e informação e a utilização de pedagogias participativas. O ambiente de ensino deve contemplar compreensão mútua, respeito e responsabilidade. Sugere, como desafio à Abem, “liderar a formulação de propostas teórico-práticas para tornar a educação em direitos humanos a base de formação dos médicos”.

No que tange à Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PCD), comenta que completa dez anos em 2012. Cita dados do censo de 2000, que identificou 14,5% da população brasileira com algum grau de deficiência. “Os médicos desconhecem as particularidades que diferenciam um corpo com e sem deficiência”. “Cada vez mais mulheres com lesão medular optam por engravidar”, o que demanda cuidados especiais dos obstetras em relação aos riscos envolvidos. “É raro as PCD encontrarem médicos com capacidade técnica aliada à abertura para negociação quanto ao cuidado com a saúde...” Ao tratar da inclusão de conteúdos das necessidades das PCD nos currículos de graduação da área da saúde, sugere que as PCD sejam percebidas “como parte integrante da diversidade humana”. Portanto, este tema deve estar difuso no conjunto das disciplinas para situar as necessidades de acordo com cada tema abordado. Não deve ser uma disciplina à parte. Propõe que a própria Abem assuma a liderança política entre as escolas médicas e entidades governamentais e se alie com entidades sociais para promover a defesa das PCD e a defesa dos direitos humanos.

3.4 PANORAMA DA RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL E EM SANTA CATARINA

A partir do Decreto n. 80.281, de 1977, em seu artigo 1º, a residência em medicina é definida como:

modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, em nível de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob orientações de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

No momento de sua implantação, os programas destinavam-se, em especial, às seguintes especialidades: clínica médica, cirurgia geral, pediatria, obstetrícia e ginecologia, medicina preventiva e social. Isto está exposto no parágrafo 1º, do artigo 1º, do referido decreto.

Atualmente, a base legal da RM é a seguinte:

- a) Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981 – que dispõe sobre as atividades do médico residente.

Mantém a mesma redação para a definição de RM que a estabelecida no Decreto 80.281, de 1977;

- b) Portaria Interministerial nº 1001, de 22 de outubro de 2009, que institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - PRÓ-RESIDÊNCIA;
- c) Decreto nº- 7.562, de 15 de setembro de 2011, que dispõe sobre a organização da CNRM;
- d) Lei nº 12.514, de 28 de outubro de 2011;
- e) Resolução CNRM nº 2, de 3 de julho de 2013, que dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência médica das instituições de saúde que oferecem programas de residência médica.

A Resolução CFM n. 1973/2011²³⁹ altera o anexo II de resolução anterior, que trata do reconhecimento de especialidades médicas e áreas de atuação firmado em convênio entre três entidades médicas, a saber, o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). São reconhecidas 53 especialidades médicas, dentre as quais estão a Ginecologia e Obstetrícia e a Mastologia. Destas, a especialidade da GO tem acesso direto e duração prevista de três anos; a Mastologia exige como pré-requisito a GO ou cirurgia geral e tem duração de dois anos. Também são reconhecidas 53 áreas de atuação, das quais destaco as que se relacionam com a GO. São elas: Densitometria Óssea, Endoscopia Ginecológica, Mamografia, Medicina Fetal, Reprodução Humana, Sexologia e Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia.

A CNRM tem sua composição com dois representantes do MEC, e mais um representante do MS, do **Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Conselho Federal de Medicina (CFM), da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), da Associação Médica Brasileira (AMB), da Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), da Federação Nacional de Médicos (Fenam), da Federação Brasileira de Academias de Medicina (FBAM).** O inciso XI do Decreto n.7.562/2011 prevê uma representação de “um médico de reputação ilibada, docente em cargo de provimento efetivo em instituição de educação superior pública, que tenha prestado serviços relevantes ao ensino médico, à residência médica e à ciência médica em geral.” Esse representante é escolhido pelo ministro de Estado da Educação, após apreciação de lista tríplice elaborada pela plenária da CNRM.

Do total de vagas ofertadas em 2011 – 10.196 -, foram preenchidas 7.739 (MICHEL *et al.*, 2011, p. 18). Consta que a taxa de ocupação é

²³⁹Disponível na íntegra em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2011/1973_2011.htm

semelhante em todas as regiões do País²⁴⁰, sem discrepâncias. Destaco o total de vagas para a RMGO, por região e estado, tendo por fonte o SisCNRM, sistematizado por Michel *et al.* (2011, p. 18-25).

Quadro 1 - Vagas para a RMGO, por região e estado

Região/Estado	Nº de Programas de RMGO	Total de vagas	Vagas ocupadas
Centro-Oeste			
DF	10	46	30
GO	4	15	9
MS	5	19	11
MT	2	8	8
Norte			
AC	1	4	4
AM	4	20	12
AP	1	4	3
PA	1	10	5
RO	1	4	4
RR	1	4	0
TO	1	4	3
Nordeste			
AL	4	15	3
BA	8	32	28
CE	7	31	25
MA	2	14	9
PB	3	6	5
PE	6	54	34
PI	3	12	6
RN	1	8	8
SE	1	2	0
Sul			
PR	13	59	41
RS	16	87	56
SC	5	20	19
Sudeste			
ES	2	14	12
MG	28	100	80
RJ	42	129	91
SP	51	310	220

Fonte: SisCNRM, sistematizado por Michel *et al.* (2011, p. 18-25).

²⁴⁰ Essa distribuição detalhada por especialidade, região e estado, pode ser visualizada em Michel *et al.*, 2011, p. 18-25).

Em Santa Catarina, existem cinco programas credenciados. A distribuição por instituição de saúde é a seguinte:

Quadro 2 - cinco programas credenciados em Santa Catarina

Instituição	Nº vagas/ano	R 1	R 2	R 3	Total
Maternidade Carmela Dutra - Florianópolis ²⁴¹	8	8	8	7	23
Maternidade Darcy Vargas - Joinville ²⁴²	4	4	4	4	12
Hospital Universitário/UFSC - Florianópolis	3	3	2	3	
Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen ²⁴³ - Itajaí	2				
Fundação Hospitalar de Blumenau ²⁴⁴ – Hospital Santo Antonio	2				

Fonte: SisCNRN, sistematizado por Michel et al. (2011, p. 18-25).

3.5 PROGRAMAS DAS RMGO – DAS DIRETRIZES DO MEC AOS PROGRAMAS LOCAIS

Atualmente, pensar a educação médica significa relacioná-la às concepções do processo saúde-doença, aos modelos assistenciais, à organização do sistema de saúde e às políticas públicas e de saúde. Enfim, um debate que envolve não apenas a categoria médica e docente, mas toda a sociedade.

Com base no que foi exposto acerca do debate sobre as bases que devem compor a educação médica, sobre as diretrizes curriculares, sobre o papel da residência médica, cabe agora entrar no campo específico da Ginecologia e da Obstetria.

²⁴¹ Disponível em: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=789&Itemid=85 Acesso em: 2 out. 2013.

²⁴² Disponível em: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=789&Itemid=85 Acesso em: 2 out. 2013.

²⁴³ Disponível em: <http://www.hospitalmarieta.com.br/residencia12.html> Acesso em: 2 out. 2013..

²⁴⁴ Informação disponível em: http://www.hsanbnu.com.br/icds/?page_id=156 Acesso em: 2 out. 2013..

O primeiro documento a ser analisado pode ser acessado no portal do MEC e diz respeito a objetivos, programa, conteúdo teórico programático, conteúdo programático prático e teórico-prático, avaliação e critérios mínimos para os programas de RMGO.

O objetivo geral estabelecido pelo MEC é genérico:

Tornar o médico residente em Obstetrícia e Ginecologia apto a promover a saúde e prevenir, diagnosticar e tratar as afecções relacionadas à mulher, nas diferentes fases da vida, bem como desenvolver habilidades e raciocínio crítico nas sub-especialidades e nas diversas áreas de atuação (MEC, s/d).

Os objetivos específicos, em sua maioria, tratam dos conteúdos específicos que compõem a especialidade. Destaco o primeiro objetivo específico, que se relaciona com o perfil estabelecido pelas DCN: “1. Conhecer e interpretar os principais aspectos epidemiológicos, demográficos e socioeconômico-culturais que interferem na saúde da mulher”.

Quanto ao conteúdo programático teórico, subscrevo a determinação do documento:

Deve abranger os tópicos referentes à gravidez normal e patológica, a assistência ao parto normal e distócico, assim como a ginecologia geral e especializada, além de temas relacionados aos avanços da especialidade, discussões éticas, bioéticas e da atuação do profissional.

A sugestão de temas a serem discutidos prevê para a Obstetrícia:

Obstetrícia Normal; Aspectos Preventivos Obstétricos; Intercorrências Clínicas na Gestação; Lactação; Anticoncepção Puerperal; Patologias Obstétricas e Puerperais; Cirurgia Obstétrica e Tocurgia; Emergências Obstétricas; Terapia Fetal; Aspectos Éticos e Responsabilidade Médica; Artigos de Atualização.

Para a Ginecologia:

Ginecologia/Oncologia Ginecológica, abrangendo aulas expositivas sobre Ginecologia Geral; Aspectos Preventivos Ginecológicos e Oncológicos; Planejamento Familiar; Patologia do Trato Genital Inferior, Esterilidade e Infertilidade; Reprodução Humana Assistida; Ginecologia Endócrina; Climatério; Doenças Sexualmente Transmissíveis; Cirurgia Ginecológica e Laparoscópica; Mastologia, Oncologia Ginecológica; Terapêutica Oncológica; Cirurgia Oncológica; Artigos de Atualização.

Ainda prevê temas de atualização, versando sobre “temas de interesse à saúde da mulher”, que pode ser apresentado por “palestras” realizadas por médicos de outras especialidades, assim como por profissionais “não-médicos”.

Prevê a organização de estágios e objetivos específicos, de acordo com o ano de residência - R1, R2 e R3 -, que vão numa complexidade crescente. Como requisitos mínimos dos programas, prevê que a atenção à saúde se dê num contexto integral, tendo como “locais de treinamento” hospitais gerais e maternidades, unidades ambulatoriais especializadas e unidades básicas de saúde.

Em uma das instituições analisadas, os programas para o ano de 2011 e 2012 subdividem-se por temas: Ginecologia, Obstetrícia, Mastologia e Infertilidade, Planejamento Familiar e Dor Pélvica. Os assuntos dizem respeito às distintas patologias. Como palestrantes, alternam-se preceptores e residentes (R1 e R2). Destaco uma aula específica sobre violência sexual. Este tema faz parte da capacitação destinada a residentes e prevista pela Rede de Atenção às Vítimas de Violência Sexual do município de Florianópolis (RAIVVS²⁴⁵), implantada em 2000²⁴⁶. Valorizo tal iniciativa, pois representa

²⁴⁵ <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=raivvs&menu=6>.

²⁴⁶ Esta rede é coordenada pela área técnica da Saúde da Mulher, da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. O protocolo de intenção foi elaborado por equipe multiprofissional e interinstitucional. As instituições que prestam atendimento são: Maternidade Carmela Dutra, Hospital Infantil Joana de Gusmão e Hospital Universitário. Participei, como representante do HU e da UFSC, da Comissão de Elaboração e Implantação do referido protocolo. Também participei como palestrante em algumas capacitações destinada a públicos diversos: médica/os legistas do IML – Instituto de Medicina Legal da Secretaria de Segurança Pública de Santa Catarina, equipe da 6ª DP – Delegacia especializada da Mulher, Criança e Adolescente, médica/os residentes do

incorporar no programa de formação uma política pública implantada no município.

Destes programas de ensino, apenas o de Mastologia estabelece objetivos e orienta o atendimento integral. Recomenda o acompanhamento das pacientes em todo o processo:

Treinamento clínico no atendimento às pacientes no ambulatório e enfermarias, treinamento em diagnóstico por imagem no ultrassom e mamografia, treinamento cirúrgico com habilitação nas cirurgias de pequeno e médio porte da mama.

Também prevê o acompanhamento pós-operatório, “para obter conhecimento das particularidades de todo processo evolutivo desses pacientes”, com a realização de curativos pelo R3, orientado pela enfermeira (“Julgamos que é de suma importância a participação dos residentes em todo o processo de diagnóstico, e tratamento desses pacientes”). Outro aspecto importante a destacar é a recomendação a orientar acerca do “consentimento pré-informado”, estando a/os residentes aptos “a esclarecer todas as dúvidas das pacientes” e fornecer “os folhetos de orientação pré-operatória”. Estas recomendações, por mais óbvias que possam parecer, significam um compromisso firmado com uma relação ética e dialógica com as mulheres atendidas, disponibilidade para o diálogo e esclarecimento de dúvidas. Rompe-se, com isso, com uma relação “médico-paciente” para propor uma relação entre sujeitos, um “encontro entre pessoas”, conforme escreveram Kipper e Loch (2002), já citados.

No programa da outra instituição analisada, constam quatro objetivos, dos quais o primeiro se refere à capacitação para atuar na especialidade da Ginecologia e Obstetrícia, seguindo as prerrogativas das entidades nacionais - CNRM, CFM e Febrasgo. Outro destaque é o de “capacitar o médico residente para o convívio em equipes multidisciplinares, particularmente importante para a atuação profissional em hospitais e instituições de maior porte”. Faz um histórico da instituição, destacando a política de humanização e o direito

Hospital Infantil Joana de Gusmão e Maternidade Carmela Dutra, agentes comunitários de saúde do município de Florianópolis e São José, Equipe de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, Serviço de Enfermagem de Emergência e Serviço de Triagem Ginecológica e Obstétrica do HU-UFSC.

à escolha de acompanhante no parto²⁴⁷. O referido programa traz as orientações sobre os estágios de R1, R2 e R3 nos diferentes espaços hospitalares, sobre as atividades teóricas, escala de plantões e férias, além da relação de médica/os do corpo clínico envolvidos com a RMGO. Quanto ao programa teórico, contempla temas de obstetria, ginecologia e medicina fetal, sendo de responsabilidade conjunta de residentes e médicas/os do serviço.

Analisando os títulos dos temas do programa teórico, salta aos olhos o enfoque no “*corpo anatômico*” ou no “*corpo-imagem*”, ao qual Francisco Ortega se refere (citado no capítulo I), ou no “normal” ou “patológico”, de Georges Canguilhem, também já citado.

Este autor indaga acerca do “normal” e do “patológico”, sobre o significado de um sintoma ou de uma complicação sem contexto ou separado do que eles alteram. Segundo Canguilhem, ao analisar um sintoma ou uma função alterada de forma isolada, estaremos esquecendo justamente do que pode torná-los patológicos, que é sua inserção na totalidade da individualidade (CANGULHEM, 2011, p. 51). Assim, “a clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e concretos, e não com seus órgãos e funções”. Por mais que se possa considerar a “patologia objetiva” – metódica e com meios experimentais -, a “intenção do patologista não faz com que seu objeto seja uma matéria desprovida de subjetividade” (CANGUILHEM, 2011, p. 167).

As mulheres estão completamente desconectadas de seus corpos; elas inexistem. O que existe é um pedaço do corpo anatômico, como “anatomia da pelve”, “anatomia do colo e achados anômalos”, “nomenclatura e valor da citologia”, “nódulo de mama (avaliação e conduta)”, “alterações do colo uterino na gravidez”, “estados intersexuais”, ou situações fisiológicas e patológicas, como: “fisiologia do ciclo menstrual”, “tensão pré-menstrual”, “dismenorreia”, “puerpério fisiológico”, “puerpério anormal”, “disgenesia gonadal”, “miomas uterinos”, “dor pélvica”, “aborto habitual”, “endometriose”, “infertilidade”, “patologia cervical”, “patologia vulvar”, “trabalho de parto prematuro”, “estados depressivos e distúrbio bipolar”, dentre outras. Entram as várias técnicas de diagnóstico atual, seja por cirurgias endoscópicas, seja por exames de imagem – colposcopias, histeroscopias, videolaparoscopias, ultrassonografia, imagem em

²⁴⁷ Desde a abertura da Maternidade do HU, em 1995, previa-se, em sua filosofia, o direito da mulher parturiente de escolher acompanhante durante todo o processo de nascimento. Vale destacar que desta experiência surgiu a proposta de projeto de lei federal, aprovado em 2005 (Lei n. 11.108).

mastologia. No meio desse universo de “distúrbios” e “patologias”, aparece, perdida, uma aula sobre “climatério” e sobre “sexualidade”.

Em virtude desse resultado e das inúmeras manifestações elogiosas à iniciativa aprovada, que resultou nas Diretrizes Curriculares Nacionais da Medicina, fiquei curiosa para ver a consonância entre “intenção e gesto”, naquela perspectiva apontada por Sérgio Rego. Fui à busca dos planos de aula da graduação em Medicina. Quem sabe os conteúdos relativos à “formação humanística” já estivessem tão consolidados que fossem dispensados na residência médica, conforme sugeriam Laura Feuerwerker e Luiz Carlos Cecílio.

Com a recente mudança curricular no curso de Medicina, vários conteúdos se “espalham” ao longo do curso, numa construção dos conhecimentos progressiva em complexidade – “conduzir o aluno aos conhecimentos relacionados à Saúde da Mulher Saudável e introduzi-lo progressivamente no domínio das patologias mais prevalentes”. O módulo “Saúde da Mulher”²⁴⁸ inicia-se na 3ª fase do curso de graduação e se estende até a fase de “internato” (10ª, 11ª e 12ª fases, com estágio obrigatório, que, no caso da Ginecologia e Obstetrícia, ocorre na 11ª).

Destaco a importância de o Departamento de Ginecologia e Obstetrícia ter incorporado o tema “Saúde da Mulher” como nome de módulo em consonância com as políticas de saúde vigentes no País, e não permanecer com o nome da especialidade médica – Ginecologia e Obstetrícia. Considero esse pequeno “gesto” um avanço e quero deixar registrado o fato.

Mas, ao realizar a leitura dos planos de ensino, deparei-me com a enorme distância entre a “intenção e o gesto”! Já na ementa do primeiro módulo, destinado a/os aluna/os da terceira fase do curso, fica explicitada a concepção biologicista. Está escrito:

Alterações do desenvolvimento do Aparelho Reprodutor Feminino. *Evolução biológica da mulher* - fatores intervenientes no desenvolvimento e saúde da mulher: puberdade, adolescência, menacme, gestação e climatério. Modificações do organismo materno na Gravidez. Trocas materno-fetais. Endocrinologia do ciclo grávido-puerperal” (grifo meu).

²⁴⁸ Os planos de ensino, na íntegra, podem ser acessados em: <http://www.dto.ufsc.br/planos-de-ensino/>

Como justificar, em pleno século XXI, que a universidade discorra sobre a “evolução biológica da mulher”? Considero esta frase carregada de sentidos. Além disso, mantém a visão de que determinados órgãos do corpo feminino estão destinados à reprodução, conformam o “aparelho reprodutor feminino”. A afirmação concorre para reafirmar toda a crítica dos estudos feministas às concepções e ao saber médico, que vêm desde o século XIX, explicitadas no primeiro capítulo. É a explicitação, mais uma vez, através do implícito, da concepção do “destino biológico das mulheres – a reprodução”. Nos dois primeiros objetivos específicos do módulo, reaparece: “Conhecer e diferenciar as anomalias do desenvolvimento sexual feminino. Conhecer, descrever e caracterizar a evolução biológica da mulher”. No conteúdo, explicita-se a noção: “Evolução biológica da mulher - puberdade, adolescência, menacme, gestação e climatério”. Ou seja, as distintas fases da vida das mulheres, desde a puberdade (quando a mulher deixa de “ser menina” e a atenção médica passa da/o pediatra para a/o ginecologista), reduzem-se à biologia. É uma questão apenas de anatomia, fisiologia e hormônios?

Na ementa do plano de ensino da quarta fase entram, dentre outros: “Alterações morfofuncionais da mulher”. “Relação médico-paciente”, cujo conteúdo é explicitado logo a seguir: “Relação médico-paciente em ginecologia: adolescente, família, gestante”. Indago: o que é feito da mulher, para além da adolescente e da gestante? O desenvolvimento do programa prevê: “Aulas teóricas versando sobre temas da Saúde da Mulher em seu aspecto de normalidade e situações fisiológicas”. Vale ressaltar que a simulação do exame ginecológico é realizada em laboratório, com manequins.

No plano de ensino da quinta fase, entram em cena os conteúdos relativos às doenças mais prevalentes nas mulheres e gestantes. Ressalto a novidade que aparece dentre seus objetivos específicos:

Mostrar a necessidade do trabalho multiprofissional para obter melhor resolatividade no diagnóstico, tratamento e recuperação da mulher e da gestante acometidas por doenças. Proporcionar o contato interpessoal, *gentil* e solícito com a paciente e seus familiares, respeitando as características peculiares do exame ginecológico e obstétrico, promovendo um processo de relação médico-paciente a ser aprimorado ao longo do semestre (grifo meu).

Estes conteúdos demonstram as dualidades, já relatadas, presentes na formação médica desde a graduação. Ao mesmo tempo em que pontua como conteúdo a “evolução biológica da mulher”²⁴⁹, reconhece a importância do trabalho multiprofissional e, principalmente, do contato “gentil” com a paciente. Fiquei me perguntando de onde surgiu esta “gentileza”? Será reflexo da divulgação de estudos recentes que trouxeram à tona uma nova categoria sociológica – a violência obstétrica²⁵⁰?

A pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (VENTURI, Gustavo; GODINHO, Tatau, 2013) identificou que uma em cada quatro mulheres já sofreu algum tipo de violência obstétrica. Dentre as principais formas de violência, destacam-se: realizar o exame de toque vaginal de forma dolorosa; negar ou não oferecer algum tipo de alívio para a dor; gritar; não informar sobre algum procedimento que vai realizar; negar atendimento; xingar ou humilhar. Portanto, o ensino da “gentileza” na relação entre profissionais de saúde/mulheres atendidas é de fundamental importância. Sônia Hotimsky (2007, p. 141-142) também identificou que, durante a realização de consulta pré-natal, os alunos não são orientados a explicar por que alguns exames são solicitados; durante o exame ginecológico, dentre outras situações relatadas, as mulheres são expostas, sem seu consentimento, a três ou quatro pessoas (pois a presença do/a preceptor/a é necessária).

Denise Ballester *et al.* (2010) debatem a concepção do modelo biomédico, com reflexões que sugerem sua substituição por um “modelo centrado no paciente”, e os desafios curriculares que se configuram neste cenário. Esta perspectiva dialoga com a vivência do adoecer e seus reflexos na vida cotidiana de pacientes. Isto representa uma conjunção da dimensão cognitiva e emocional, além da social. O desafio que a perspectiva aponta para a educação médica é desenvolver uma comunicação que não seja baseada em perguntas fechadas e normas prescritivas.

Outros autores (WANDERLEY, Miriam da Silva; SOBRAL, Dejanio Tavares, 2010, p. 55) comentam a escolha da especialidade e

²⁴⁹Percebe-se também que a categoria “mulher” é utilizada sistematicamente nos planos de aula para se referir a políticas, como referente universal, posição epistemológica e metodológica tão criticada por teóricas feministas. Esse debate teórico é realizado no capítulo 2.

²⁵⁰ Para ler mais a respeito, acessar: <http://www.partodoprincipio.com.br/conteudo.php?src=violenciaobstetrica&ext=htm>

citam características consideradas importantes para “o bom ginecologista-obstetra: gostar de trabalhar com as mãos e de cuidar de mulheres, apreciar resultados imediatos dos seus esforços, saber lidar com assuntos delicados em situações tensas e tomar decisões rápidas com autoconfiança”.

Algumas pesquisas qualitativas realizadas com mulheres no âmbito do SUS (FERREIRA, Maria de Lourdes, 2009; DUAVY, Lucélia Maria *et al.*, 2007), indagaram acerca de sua percepção sobre o exame ginecológico e a coleta do exame preventivo do câncer de colo de útero. Este exame faz parte das diretrizes do Ministério da Saúde, cuja realização é recomendada no mundo todo, de forma periódica, após início da vida sexual. Mesmo que incorporado nas ações de autocuidado com a saúde, muitas mulheres relatam dificuldades quanto à realização do exame. Vergonha e constrangimento são dois dos sentimentos mais citados, demandando dos profissionais da saúde e médica/os ginecologistas um cuidado especial na interação com as mulheres, com vistas a estabelecer uma relação de confiança e tranquilidade na realização deste exame, além de profundo respeito à intimidade e à privacidade.

Experiências inovadoras podem ser realizadas no processo de ensino do exame ginecológico. Julio Cesar Soares Aragão, Camila Oliveira Silveira, Milena de Mattos Hungria e Mirella Pereira Oliveira (2009) relatam estudo qualitativo realizado com estudantes de Medicina em ambiente de prática clínica. Utilizaram uma técnica que propôs a inversão de papéis – *role-playing*. A situação vivenciada demonstrou a presença do sentimento de constrangimento, associado à vergonha e à posição ginecológica, que expõe a vulnerabilidade. As/os estudantes que participaram da pesquisa identificaram a importância do processo comunicacional.

Ainda sobre o tema do exame ginecológico, autores como Emily Martin (2006, p. 128-129) e Pierre Bourdieu (1999, p. 25) tecem comentários sobre ele. Emily Martin escreve sobre a postura exigida: “deitada de costas, com as pernas e os pés em estribos, as pernas cobertas por um lençol e o médico na extremidade da mesa”, estabelecendo-se com essa atitude, uma separação simbólica eficaz entre a mulher, as partes do seu corpo que serão examinadas e o médico. Pierre Bourdieu também trata do exame ginecológico como uma forma de ritualizar e “neutralizar” qualquer conotação sexual do exame, visto que, segundo o autor, mantém-se uma barreira:

entre a pessoa pública e a vagina, jamais vistas simultaneamente: em um primeiro momento, ele se dirige a uma pessoa, face a face; após a pessoa ter-se despido para ser examinada, em presença de uma enfermeira, ele a examina, deitada e recoberta por um lençol que lhe cobre a parte superior do corpo, observando a vagina como algo dissociado da pessoa [...] enfim, em um terceiro momento .

A explicação do autor para esta questão é a de que a vagina continua sendo “tratada como sagrada, segredo e tabu” (BOURDIEU, 1999, p. 26). Atualmente, o exame ginecológico não é uma prerrogativa apenas da atividade médica especializada. As ações de prevenção do câncer de colo de útero, preconizada pelo Ministério da Saúde, prevê a coleta do exame preventivo como parte das ações básicas de saúde, sendo realizados tanto por enfermeiras como por médica/os da estratégia de Saúde da Família. Isso no âmbito no SUS, mas na área da saúde suplementar e privada, muitas mulheres buscam os consultórios médicos para realizar o exame ginecológico com especialistas. Neste sentido, o exame deve ser visto como uma técnica carregada de subjetividades e sentimentos relacionados à intimidade das mulheres.

3.6 “AUTORIDADE” NOS MANUAIS DE ROTINA – ENTRE AS TÉCNICAS E AS HUMANIDADES

Inicialmente, recorro ao dicionário Houaiss para compreender a acepção da palavra “rotina”.

ROTINA: substantivo feminino

1 caminho utilizado normalmente; itinerário habitual; rotineira. Ex.: *vai sempre à cidade pela r. antiga.*

2 Derivação: sentido figurado. Hábito de fazer algo sempre do mesmo modo, mecanicamente; rotineira. Ex.: *não suportava que hóspedes lhe quebrassem a r.*

3 Rubrica: informática; em um código, conjunto de instruções capaz de executar uma tarefa.

4 Rubrica: termo de marinha. Ex.: horário estabelecido para as atividades diárias que acontecem a bordo.

Como sinônimos apresenta: nhe-nhe-nhem, ramerrame, ramerrão, rotineira, senda; ver tb. sinónímia de costume”.

Conforme escreve Sílvia Bittencourt (2010, p. 28), os livros-texto tiveram um papel preponderante como fonte de acesso ao conhecimento científico até algumas décadas atrás. Nas orientações para a/os médica/os residentes (e também nas indicações bibliográficas para os módulos de Saúde da Mulher, no curso de graduação em Medicina), estes “livros-texto” permanecem como indicação bibliográfica para consulta. Além dessa indicação, destaco a edição de manuais de rotina, como referência a ser seguida nos serviços, com descrição de técnicas e procedimentos a serem seguidos, como normas estabelecidas.

Outros autores, como Castiel e Povia (2001) apontam as dificuldades contemporâneas que permeiam a tomada de decisões “sócio-técnicas”, em especial no campo da Biomedicina. Pode haver “expectativas irrealistas” numa busca por uma segurança impossível. O que se apresenta em livros-texto pode não corresponder à realidade objetiva, pela influência de questões subjetivas, decorrentes de “singularidades e complexidades dos processos biológicos humanos” (p. 210). Ainda segundo esses autores, os cientistas organizam-se em grupos para validar suas criações – de categorias e taxonomias -, mas se fecham para o inesperado, para o que é atípico. Questionam como escapar dos veredictos científicos que definem o que é permitido, adequado, aprovado, e o que é proibido ou inadequado, com a prerrogativa, assumida pela Medicina, de definir “verdades soberanas” (p. 212) a partir dos séculos XVIII e XIX, quando assume seu estatuto de ciência. Assim, pergunta-se, funcionariam, os “Manuais de Rotina” como “livros-texto”, assumindo a prerrogativa de determinar condutas?

Segundo Sônia Hotimsky (2007, p. 41), em sua análise da formação obstétrica, os programas seguem a lógica dos livros-texto; quanto aos alunos, são apresentados inicialmente às situações fisiológicas para depois ter contato com situações patológicas. Este caminho pode também ser identificado na organização temática da disciplina “Saúde da Mulher”, durante o curso de graduação em Medicina, já explicitado. Outra questão identificada pela autora dá conta de que os “clássicos livros-texto adotados” nas faculdades pesquisadas apresentam uma “grande impermeabilidade ao reconhecimento de direitos reprodutivos e a concepções e procedimentos como consentimento informado e decisões compartilhadas”. Este fato se estende às aulas e à assistência prestada. Dados mais recentes apontam a

percepção de mulheres acerca da assistência obstétrica recebida em hospitais públicos e privados (HOTIMSKY, Sônia Hussenzweig; AGUIAR, Janaina Marques de; VENTURI, Gustavo, 2013). Esta pesquisa indica a magnitude do problema da violência obstétrica, fenômeno que atinge um quarto das mulheres brasileiras que já passaram pelas maternidades (HOTIMSKY *et al.*, 2013, p. 221). Apesar de não se tratar de um estudo específico sobre a formação médica, a pesquisa apontou os reflexos na atenção à saúde obstétrica das mulheres, identificados por Sônia Hotimsky em sua pesquisa anterior.

Além de esta constatação ter sido observada na sequência dos programas de formação da graduação e da residência médica, descritos e analisados anteriormente, também estão presentes nos dois manuais de “rotinas”.

Em uma das publicações (2009), em sua apresentação, esclarece que as rotinas foram elaboradas de forma sucinta e objetiva para servirem de fonte de consulta diária a médicos e acadêmicos, além de haverem sido elaboradas de acordo com orientações da Febrasgo e da “literatura médica atualizada”. Representa o “resultado do trabalho, pesquisa e colaboração de todo o corpo clínico da tocoginecologia” (ao todo, 31 médicas/os, dos quais seis coordenaram a edição). Apresenta, inicialmente, temas de Obstetrícia e, na sequência, de Ginecologia. São eles: rotina básica de pré-natal; avaliação fetal, atendimento ao trabalho de parto e parto; indução de trabalho de parto; parto instrumentalizado; cesariana; analgesia de parto; puerpério; anormalidades do puerpério; distúrbios da amamentação; aborto; gestação ectópica; doença trofoblástica gestacional; hiperêmese gravídica; síndromes hipertensivas na gravidez; diabete melito; trabalho de parto prematuro; rotura prematura de membranas; pós-datismo; sangramento de segundo e terceiro trimestres; gemelaridade; doença hemolítica perinatal; crescimento intrauterino restrito; oligodrâmnio e polidrâmnio; HIV na gestação; infecção do trato urinário; infecções perinatais; enfermarias de ginecologia; patologia endometrial; patologia cervical; incontinência urinária; dor pélvica e endometriose; climatério e menopausa; patologia benigna de mama; patologia maligna de mama; oncologia; planejamento familiar; miomatose uterina; vulvovaginites; processo inflamatório pélvico agudo; tensão pré-menstrual; infertilidade e reprodução humana.

Os capítulos não são assinados, denotando a elaboração coletiva. Não há referências bibliográficas, apenas a citação inicial da apresentação. Tampouco há propaganda de produtos farmacêuticos ou de equipamentos hospitalares.

O outro manual, que está em sua segunda edição (2009), é coordenado por três médicas/os e conta com a colaboração de 25 profissionais. Não há nenhuma apresentação, nem citação bibliográfica, mas os capítulos são assinados. Neste manual, a contracapa e a capa posterior são ocupadas por propaganda de produto farmacêutico, no caso polivitamínico e poliminerais, indicado para o período de “pré-gestacional, de gravidez e lactação”. A organização está dividida em 56 capítulos, dos quais 29 sobre Obstetrícia e 27 sobre Ginecologia. O título dos capítulos, por ordem de apresentação, são os seguintes: atendimento ao pré-natal; abortamento; gestação ectópica; doença e neoplasia trofoblástica gestacional; hiperêmese gravídica; hipertensão arterial na gravidez; diabetes mellitus; trabalho de parto prematuro; ruptura prematura de membranas; gestação prolongada; sangramento de segundo e terceiro trimestre; gestação gemelar; doença hemolítica perinatal; crescimento intrauterino restrito; trombofilias; infecção do trato urinário; infecções na gestação; HIV na gestação; problemas clínicos na gravidez; avaliação da vitalidade fetal; procedimentos invasivos em obstetrícia e terapia fetal; assistência ao trabalho de parto e parto; intercorrências no trabalho de parto e parto; parto instrumentalizado e cesariana; analgesia e anestesia em obstetrícia; puerpério normal; puerpério patológico; emergências clínicas em obstetrícia; drogas na gravidez; consulta ginecológica; controle neuroendócrino do ciclo menstrual; vulvovaginites; doenças sexualmente transmissíveis; doença inflamatória pélvica; síndrome pré-menstrual; sangramento uterino anormal; ginecologia infanto-puberal; síndromes hiperandrogênicas; síndromes hiperprolactinêmicas; anovulação de origem central; anovulação hiperandrogênia; planejamento familiar; endometriose, dor pélvica; infertilidade conjugal; atendimento a vítima de violência sexual; incontinência urinária; pré e pós-operatório em cirurgia ginecológica; cirurgia ginecológica; videolaparoscopia; vídeo-histeroscopia; patologia mamária benigna; câncer de mama; patologia cervical; oncologia do trato genital.

Na leitura atenta dos manuais, identifiquei num deles, nas orientações relativas à consulta de pré-natal de rotina, menção à distribuição de livretos educativos e a grupos (Curso para Casais Grávidos e Encontro de Gestantes de Terceiro Trimestre). No mais, a consulta é direcionada a aspectos da história de doenças ou problemas físicos apresentados. Chamou-me a atenção a inclusão da violência doméstica como informação da anamnese (p. 1), mas ausência de perguntas acerca do contexto familiar e social das mulheres. No caso do questionário aplicado a mulheres com dor pélvica crônica, cita a

referência internacional (*Internatinal Pelvic Pain Society – Uptodate, 2008*). No item da relação sexual e associação com o quadro de dor, não há nenhuma pergunta sobre o tipo e as práticas de relação sexual – vaginal, oral ou anal -, partindo do pressuposto de que a relação sexual seja vaginal; muito menos se questiona se a relação é com homem, mulher ou ambos. Ou seja, parte do pressuposto da heterossexualidade normativa (p. 168-169). No capítulo 28 – Enfermaria de Ginecologia -, quando trata dos cuidados pré-operatórios, sugere, após o diagnóstico, que “as opções de tratamento sejam discutidas com a paciente, de preferência na presença de um familiar ou acompanhante” (p. 121). Não esclarece a finalidade deste acompanhante. Se for uma mulher adulta, plena de sua autonomia, ela pode determinar se quer partilhar seu diagnóstico e com quem. Portanto, deve ter preservado seu direito à privacidade e à intimidade. Como qualquer situação de saúde/doença que envolva vulnerabilidades, a mulher pode ser orientada a estar acompanhada e a compartilhar sua situação com alguma pessoa de sua confiança afetiva, para que lhe dê conforto e segurança. A decisão, porém, é dela. Esta questão não está suficientemente clara na orientação prevista no manual. Pode dar a entender que as mulheres necessitam de “acompanhante” que decida por elas. No capítulo 37, que trata do Planejamento Familiar, inicio minha análise pelo próprio título. Não se problematiza conceitualmente o “planejamento familiar”, associando contracepção à família. Mais recentemente, com a discussão acerca dos direitos sexuais e reprodutivos, da separação sexo/reprodução, sexo/casamento, textos feministas referem-se ao termo “planejamento reprodutivo”²⁵¹. A posição que se defende é que, independentemente da constituição de “família”, as mulheres que desejam fazer sexo com homens decidam utilizar métodos contraceptivos e programar sua vida reprodutiva.

No manual de rotinas da outra instituição investigada, no capítulo 22 - Assistência ao trabalho de parto e parto -, está escrito:

O trabalho de parto é caracterizado pela presença de contrações uterinas repetidas, capazes de gerar mudanças plásticas do colo e descida da apresentação. É um momento crítico, principalmente em fetos com certo grau de má

²⁵¹Ver, por exemplo, textos produzidos pela Rede Feminista de Saúde - <http://www.redesaude.org.br/home/>

adaptação intraútero e com baixa reserva de oxigenação....

As mulheres estão excluídas da redação já no título do capítulo e na descrição do processo. Descrevem-se alterações corporais como se fossem autônomas, como se não houvesse uma mulher em trabalho de parto, nem que sua participação como protagonista do processo seja fundamental. Será mero esquecimento? Ou questão de semântica? Muitos estudos feministas citados aqui, que tratam do tema da visão médica sobre a assistência obstétrica, serviriam de base para explicar esse “esquecimento”. Na verdade, não se trata de esquecimento, mas de uma concepção que continua sendo repassada, que desconsidera as mulheres como protagonistas de sua própria história, logo num processo obstétrico. Sugeriria que o título fosse modificado para “Assistência às mulheres durante o trabalho de parto e parto”. Já o capítulo 25 – Analgesia e anestesia em obstetrícia - se inicia com a seguinte frase: “Trazer conforto à mãe durante o parto vaginal e segurança durante a cesariana é por vezes uma missão árdua...” Inicia-se, portanto, com o compromisso de “dar conforto” à mulher em trabalho de parto. O capítulo 30 – Consulta ginecológica - descreve a anamnese como momento importante da formação do vínculo entre profissional e médico. Inclui o perfil psicossocial. No item sobre vida sexual, os aspectos referem-se ao “início da atividade sexual, satisfação, libido, orgasmo”. Não há nenhuma referência às práticas sexuais e tipos de relacionamento sexual, nem a práticas de masturbação. Restringe-se a uma coleta de dados. Quando trata do exame físico, que inclui o exame ginecológico, escreve que “é facilitado quando há boa relação médico-paciente”. E se não houver? O exame será realizado mesmo assim? Não é de se supor que esta relação deva ser “boa” e respeitosa? Qual o intuito de incluir uma frase como esta? Parte do pressuposto de que, mesmo quando não há boa relação médico-paciente, prevalece a determinação da/o médica/o em realizar o exame? Assim, faz todo sentido o que está incluído no programa da graduação, que inclui a gentileza como aspecto importante a ser ensinado para fazer parte da consulta ginecológica ou obstétrica. O capítulo 33 – Doenças Sexualmente transmissíveis - apresenta um esquema sucinto das principais infecções, com esquemas de antibioticoterapia e tratamento “do parceiro”. Mais uma vez, identifico a pressuposição de práticas de relações heterossexuais. A Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, do Ministério da Saúde (2004) prevê a atenção à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais, fato totalmente invisibilizado nestes

manuais. Da mesma forma, o capítulo 34 – Doença Inflamatória Pélvica - classifica a doença como “infecção comum em mulheres em idade reprodutiva”. Não seria “mulheres em vida sexual ativa”? Ou ainda existe o pressuposto de que a vida sexual das mulheres está associada à reprodução? As mulheres, após a menopausa, fora do seu período reprodutivo, estão livres de infecções de transmissão sexual? Ou se pressupõe que não fazem sexo? Também estabelece como fator de risco o estado civil das mulheres, afirmando que é mais comum em “mulheres solteiras”, e mulheres com “múltiplos parceiros ou parceiro recente, ou parceiro sexual portador de uretrite”. Em realidade, a prática de relações sexuais desprotegidas, sem camisinha, seja com homens, mulheres, parceiro único, desde que este parceiro possa ter múltipla/os parceira/os, pode ser vista como fator de risco, visto ser uma doença de característica infecciosa. No capítulo 37 – Ginecologia infanto-puberal -, vale ressaltar o destaque dado aos aspectos éticos e legais no atendimento com crianças e adolescentes. No que tange à consulta ginecológica com adolescentes, sugere inclusive que o exame seja deixado para uma segunda consulta. No capítulo 43 – Planejamento Familiar -, pela primeira vez se menciona, nas considerações iniciais, “o atendimento ginecológico integral (Colpocitologia, etc...) de acordo com normas do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher((Paism)”. O capítulo 47 – Atendimento à vítima de violência sexual - ganha destaque com as normas do protocolo municipal, também citado. Uma política pública implantada, da qual a instituição é parceira desde o momento de elaboração e implantação, hoje faz parte das “rotinas” institucionais.

Destaquei alguns aspectos que considerei relevantes, na leitura destes manuais, para poder confrontar com a minha análise. Os dois manuais apresentam descrições técnicas, procedimentos, condutas, e o fazem de forma sucinta e objetiva, abrangendo temas diversos das especialidades aqui apreciadas. As patologias, muitas vezes, ainda são descritas de forma descontextualizada dos sujeitos que apresentam esses quadros, ou melhor, que vivenciam essas situações – no caso as mulheres -, corroborando a análise de Georges Canguilhem sobre o normal e o patológico, já explicitada. O enfoque é fundamentalmente em cima da patologia. Uma ausência, que destaco, é acerca do tema sexualidade. É citado no caso de doenças sexualmente transmissíveis, ou em planejamento familiar, mas dá a entender que conhecer aspectos da vida sexual das mulheres e conversar com elas a respeito não faz parte deste universo assistencial.

Utilizo depoimentos das autoras Patrícia Medeiros e Neusa Guareschi (2009), que debatem a concepção de integralidade, conceito

fundamental e estruturante do Sistema Único de Saúde – SUS -, presente tanto no Paism (1985) quanto na Pnaism (2004). O Paism abriu um campo de possibilidade à assistência integral ao propor uma ampliação da assistência para além do ciclo grávido-puerperal (atenção materno-infantil), avançando na controversa área da contracepção. Segundo estas autoras, o discurso, mais recentemente, se expressa através das individualidades que permeiam os ciclos de vida, mas restrito a “um corpo de mulher”. Assim, aparece um “discurso de gênero colado ao discurso biologicista” (2009, p. 42).

Por que fiz questão de retomar alguns aspectos relativos ao SUS, ao Paism e à Pnaism? Percebo que, de certa forma, algumas categorias ou “palavras de ordem” foram incorporadas ou apropriadas pelo discurso médico aqui analisado. Destaco a apropriação das políticas relacionadas à adolescência, ao climatério, ao “planejamento familiar”, à “violência sexual”. Paradoxalmente, também, percebo que a utilização destas categorias não desconstrói a visão dominante e essencializada de “corpo”, “sexo”, “natureza”, dualidade masculino/feminino, heterossexualidade normativa e prática biologizante e medicalizada sobre o corpo das mulheres, tão criticada por feministas, desde Simone de Beauvoir até Judith Butler, e também por outros autores como Michel Foucault, Pierre Bourdieu e Michel Bozon.

A relevância que o papel dos hormônios, por exemplo, apresenta para a Medicina pode ser conhecida através dos estudos de Fabíola Rohden (2008). Muitas pesquisas já serviram para justificar intervenções médicas (como as cirurgias de retirada precoce dos ovários) e para explicar os comportamentos “desviantes” das mulheres, que necessitavam destas intervenções radicais para controlar seus comportamentos. Ainda segundo a autora:

esse discurso científico está, na realidade, retratando o ‘gênero esperado’ ou o comportamento adequado a essas mulheres. É possível perceber que não estamos apenas descrevendo descobertas científicas ou tratamentos clínicos isolados, mas uma rede complexa de acontecimentos que tem no vetor de gênero uma de suas marcas fundamentais (2008, p. 148).

Autores como Michel Bozon (2004) destacaram o aspecto da politização que ocorreu sobre questões da intimidade e da sexualidade, a

partir da década de 60, com o protagonismo dos movimentos feministas. Palavras de ordem, como “*nosso corpo nos pertence*” e “*ter um filho, se eu quiser, quando eu quiser*”,²⁵² ganharam força na cena política. Como o tema dos direitos reprodutivos diz respeito a uma questão relacional entre homens e mulheres, concordamos com a afirmação de Bozon de que “estão entre os mais difíceis de reconhecer” (2004, p. 85). Ainda segundo o autor, sexualidade não se relaciona mais à procriação, ao casamento e à heterossexualidade e a sociedade não controla mais a moralidade pública. Só que estas mudanças não representam tanto conquistas de liberação sexual, mas se caracterizam por uma diversificação nas trajetórias de vida dos sujeitos. O olhar sociológico destaca a sexualidade social e historicamente construída e aprendida através da cultura (2004, p. 13-14). Contemporaneamente, a sexualidade se apresenta como um fenômeno vinculado à experiência pessoal, na esfera da intimidade e da afetividade, promovendo uma diversificação nas trajetórias de vida sexual. O papel da procriação é reduzido.

Para sair do tema dos conteúdos e refletir sobre a formação médica na residência, cito alguns autores/as. Maria Teresa Aquino de Campos Velho *et al.* (2012), em pesquisa com médicas/os residentes de diversas especialidades, identificou alguns aspectos relacionados ao processo de formação. Dentre eles: satisfação relacionada à qualidade de docentes e da preceptoria, ao número de atendimentos prestados. Já no que tange à infraestrutura hospitalar e número de atividades científicas, há uma insatisfação. Em relação ao trabalho de conclusão, seja monografia ou artigo científico, as/os residentes o consideraram importante e necessário²⁵³. A jornada de trabalho foi considerada excessiva e o trabalho estressante ou muito estressante (70% dos residentes em GO). Dentre as causas de estresse, destacam-se a falta e/ou inadequação de materiais e a falta de preceptoria. Apesar das dificuldades encontradas, os pesquisados ainda consideram a RM como

²⁵² Para conhecer mais a respeito deste tema, sugiro a leitura de Joana Maria Pedro (2012, p. 244-245). Ela aborda a constituição dos “grupos de reflexão/consciência”, em meados da década de 1960. Esses grupos de mulheres discutiam sobre temas como corpo e sexualidade e compartilhavam experiências sobre menstruação, aborto, discriminações, relação com o pai e com o marido, questionavam preconceitos machistas. Assumiram uma das bandeiras do feminismo: “o pessoal é político”.

²⁵³ Os trabalhos de conclusão da RMGO das instituições pesquisadas serão analisados no próximo capítulo.

um processo importante na formação especialista, contribuindo para o futuro exercício profissional.

Os autores Délio Kipper e Jussara Loch (2002) propõem uma reflexão crítica, do ponto de vista ético, sobre a participação de alunas/os de Medicina nos cuidados aos pacientes e de médicas/os residentes em cuidados mais complexos. Retomam as qualidades esperadas do perfil médico, como a formação humanista, e também se referem às expectativas da residência médica que é “aperfeiçoar a competência adquirida na graduação, visando à excelência profissional, tornando o médico-especialista beneficente e apto a atender aos indivíduos (e respeitar sua autonomia) na sua especialidade médica” (p. 110). Reconhecem que, num hospital-escola, o paciente “é sujeito para o treinamento de habilidades e manejo de estudantes e residentes”. Neste sentido, “o médico não deve ter com o paciente uma relação de sujeito-objeto ou de objeto-objeto, mas de sujeito-sujeito”. O diálogo, neste contexto, e a exigência do consentimento esclarecido não representam apenas uma “autorização” para realizar determinado procedimento, mas “o desenvolvimento adequado do processo de informação e aclaramento das dúvidas do paciente, com o objetivo de, ao aceitar ou recusar determinado procedimento, a decisão poder ser considerada moralmente válida” (p. 122). Outra finalidade do consentimento diz respeito a “validar eticamente” a presença de estudantes e residentes no cuidado. Isto representa a possibilidade de lhe ensinar como aprofundar a relação médica/o/paciente e transmitir “empatia, solidariedade, otimismo e esperança” (p. 124)

Nessa linha de pensamento, Ballester *et al.* (2010, p. 601), ao abordar o tema da inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica, afirmam que as expectativas da/o paciente influem no seu resultado final. Utilizam o termo “aderência” ao invés de “obediência” à prescrição médica. A utilização deste conceito compreende o reconhecimento da autonomia da/o paciente e do seu direito em participar, compartilhadamente com a/o médica/o, das decisões a serem tomadas sobre o cuidado de sua saúde. Ainda segundo esses autores, a explicação sobre processos fisiopatológicos e sobre a prescrição médica “por si só não garante a aderência”. Para incluir essa perspectiva, além de “dados objetivos”, torna-se necessário estabelecer um processo comunicacional que possibilite espaços para manifestação de sentimentos, como medos e preocupações. Isto requer mudanças na formação médica, que passam pelas atitudes durante a consulta médica, que perpassem todo o processo, de forma “longitudinal e progressiva”.

Para finalizar a análise deste capítulo, quero tecer algumas reflexões sobre o exercício da Medicina, em especial da Ginecologia e Obstetria como profissão que, cada vez mais, se feminiza. Segundo informações da Demografia Médica no Brasil – 2011 -, do total de profissionais da Medicina, 59,85% são homens e 40,15% são mulheres (2011, p. 63). Na especialidade da Ginecologia e Obstetria, as mulheres representam 51,5% e os homens 48,55% (2011, p. 67). Dos 16 TCRs de residentes, analisados no próximo capítulo, 12 (75%) têm médicas mulheres como autoras e quatro (25%) são de autoria de médicos homens. Dos manuais de rotinas, um deles tem seis organizadores, dos quais quatro são mulheres e apenas dois são homens. Outro manual tem três organizadores, dois médicos homens e uma médica mulher, e contou com 25 colaboradores, sendo 11 médicas mulheres e 14 médicos homens. Já no Departamento de Ginecologia e Obstetria da UFSC, 12 professores são médicos homens e apenas cinco são médicas mulheres. Apresento esses dados para pensarmos que, apesar de as mulheres já representarem maioria de profissionais atuantes, no espaço do ensino ainda predominam médicos homens. Já na conclusão da residência médica, há uma predominância significativa de mulheres. Portanto, como é possível que o modelo hegemônico biologicista dos manuais ainda continue sendo reproduzido por mulheres no currículo da graduação?

Algumas médicas buscaram construir referenciais para contrapor ao modelo hegemônico do saber médico. A pediatra anarquista Amparo Posch y Guascón (1902-1968), que viveu na Espanha, foi uma das lideranças da organização *Mujeres Libres*. Esta entidade promovia ações para reflexão e conhecimento das questões femininas; dentre elas, saúde, sexualidade, educação e trabalho feminino (MARGARETH RAGO, 2008; AMPARO POSCH y GUASCÓN, 2006).

No plano internacional, existe uma organização específica de médicas mulheres, que propõe um referencial de estudos de gênero para subsidiar as ações médicas, a *Medical Women's International Association* (MWIA), ainda desconhecida no Brasil.

Estes comentários servem para ilustrar como, de certa forma, as médicas ginecologistas e obstetras brasileiras, majoritariamente, reproduzem os conhecimentos e as bases masculinas que conformaram a ciência médica para exercer o controle dos corpos das mulheres e colaborar na determinação dos padrões morais e sociais que reforçam a hierarquia de gênero, como os estudos de Fabíola Rohden e Ana Paula Vosne Martins demonstraram.

Seguindo a linha de Michel Foucault, de buscar descontinuidades e rupturas, algumas médicas feministas e não-feministas têm pesquisado, e contribuído grandemente, para questionar o saber médico da Obstetrícia, como Simone Diniz (2009, 2010, 2013), Daphne Rattner (2012) e Roxana Knobel (2006, 2008, 2011, 2013). Ainda representam saberes contra-hegemônicos, mas começam a ter visibilidade no cenário intelectual brasileiro. Quem sabe, em breve, farão parte da leitura sugerida nos programas de residência médica, não para estabelecer controvérsias, mas para mostrar outros caminhos epistemológicos e assistenciais. Esses “descaminhos” ainda estão limitados ao campo da Obstetrícia e dos direitos reprodutivos; no campo da Ginecologia, há um trilhar que nos aguarda.

O próximo capítulo vai analisar os trabalhos de conclusão da Residência Médica, buscando identificar as questões abordadas nesta tese no que tange à concepção de corpo das mulheres e sua autonomia. Vai compor um conjunto sobre a RM, que se iniciou com a visão das entidades médicas; perpassou os programas e rotinas das instituições e seguirá pela análise desses trabalhos, com o intuito de analisar como se apropriaram dos valores propostos para a formação médica especialista em Ginecologia e Obstetrícia.

Os desafios que se vislumbram estão em como transformar em “gesto” a “intenção” da Abem – a formação médica humanista -, para “voltar a descobrir a complexidade, a delicadeza e sensibilidade do mundo” (n. 3 de 2006). Abordar estes temas, trazê-los à tona e dar-lhes visibilidade são objetivos comprometidos com este gesto!

4. ENTRE “PACIENTES SUBMETIDAS” E “MULHERES COM AUTONOMIA” - O CORPO A QUE SE REFEREM OS TRABALHOS DE CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

A opção metodológica de incluir estes trabalhos como fontes documentais configurou-se no início do processo de pesquisa, quando visitei uma das bibliotecas e me deparei com esses arquivos. Despertou-me uma curiosidade científica conhecer o que neles poderia estar escrito, pois desejava saber como se expressavam ali as concepções acerca dos corpos das mulheres e as ações médicas envolvidas. Queria saber de que forma expunham categorias importantes relacionadas ao saber médico da Ginecologia e Obstetrícia, tema das múltiplas análises antropológicas, sociológicas e feministas aqui expostas.

Outra questão importante é o fato de que eram monografias, tendo como pano de fundo múltiplas questões assistenciais relacionadas ao cotidiano do trabalho médico nas duas áreas de meu interesse. Esses textos teriam sido escritos para os pares de seus autores, ou seja, para médicas(os) e professores(as) de Medicina. Portanto, numa linguagem acadêmica, própria desse campo de saber e para quem pertencesse a esse campo. E sua linguagem não seria um discurso adaptado, preparado ou pronunciado para uma interlocutora enfermeira, socióloga e feminista, no caso, esta pesquisadora. Tomava-me um sentimento que Jaques Le Goff (1990, p. 462) confirma:

De fato, o que sobrevive não é o conjunto daquilo que existiu no passado, mas uma escolha efetuada quer pelas forças que operam no desenvolvimento temporal do mundo e da humanidade, quer pelos que se dedicam à ciência do passado e do tempo que passa, o historiador.

Neste sentido, os escritos representam monumentos, herança do passado, mesmo que recente, ligados à perpetuação de sociedades históricas, e legados da memória coletiva. Movida por tal compreensão é que analiso os TCRs, como representação da memória coletiva da Residência Médica.

Na biblioteca do Centro de Estudos da Maternidade Carmela Dutra (MCD) há, desde 1979, 163 trabalhos de conclusão da Residência Médica cadastrados. No HU-UFSC, como o Programa de Residência

Médica foi implantado recentemente e inicialmente eram duas vagas anuais, de 2009 a 2011 só podia haver seis trabalhos arquivados.

Pelo grande volume de trabalhos, ao todo 169, selecionei 16, apresentados entre 2009 e 2011. Do HU-UFSC, selecionei os seis, dois para cada ano – 2009, 2010 e 2011. Da MCD, selecionei dez, relativos aos anos de 2010 e 2011.

A escolha das publicações recentes se coaduna com o que escreve Marieta Ferreira (2000) acerca das discussões e transformações no campo da pesquisa histórica e da relação entre passado e presente. Se o objeto de trabalho da historiadora já foi o de escrever sobre as sociedades passadas e suas transformações, tendo por base os documentos, o papel da crítica sobre esse material é fundamental para distinguir literatura de história científica. Num processo de questionamento e mudança nos pressupostos que sustentavam a história tradicional, o século XX apresentava novos desafios metodológicos, dos quais me aproprio para utilizar nesta tese. Analisar um documento não significa se ater à sua estrutura, mas, de forma crítica, analisar o que o permeia, as relações que conformam e engendram os discursos, considerando as conjunturas e os indivíduos inseridos nesse processo.

Para Marieta Ferreira, “o rompimento com a ideia que identificava objeto histórico e passado, definido como algo totalmente morto e incapaz de ser reinterpretado em função do presente, abriram novos caminhos...” (FERREIRA, 2000, p. 118). Em relação a algumas afirmações, que apontam como importante o distanciamento de pesquisadores para realizarem análise histórica, cito Roger Chartier, apud Ferreira (FERREIRA, op. Cit. p. 121), assumindo minha “proximidade” com o tema estudado:

a falta de distância, ao invés de um inconveniente, pode ser um instrumento de auxílio importante para um maior entendimento da realidade estudada, de maneira a superar a descontinuidade fundamental, que ordinariamente separa o instrumental intelectual, afetivo e psíquico do historiador e aqueles que fazem história.

Definir o recorte cronológico é sempre uma escolha, dentre tantas que configuram o processo metodológico de cada pesquisa específica. Pensar e pesquisar sobre o tempo presente, valendo-me das palavras da autora, significa, neste caso, assumir que vou “revisar a significação” que faço do passado (a história da “Medicina da Mulher”) e analisar o

presente para “rever perspectivas” (a relação entre Medicina e os estudos feministas) e “redefinir periodizações”. Mesmo sem utilizar depoimentos, testemunhos ou fontes orais, debruço-me sobre os documentos recentes escritos pelas(os) médicas(os) residentes. Poderia qualificá-las(os) como “testemunhos escritos” de um determinado saber/aprender/fazer, neste caso o “fazer” da Ginecologia e da Obstetria, e incorporar o formato discursivo que circulava entre indivíduos do mesmo grupo social, ou do mesmo campo de saber – a autoridade médica em Ginecologia e Obstetria.

Minha perspectiva não tem por finalidade analisar se tais trabalhos cumpriram com seus objetivos metodológicos ou analisar sua validade científica, ou mesmo seus conteúdos sobre os procedimentos médicos e técnicas diagnósticas e/ou terapêuticas. Esta avaliação foi realizada por seus pares, professores e preceptores.

Minha proposta é analisar seus conteúdos, relacionando-os aos objetivos da tese, que é identificar as concepções de corpo feminino que permeiam seu processo de formação. Tornar visível o que pode estar tão “naturalizado” no cotidiano assistencial, na sua forma de escrever, mas que pode traduzir questões importantes sobre como as mulheres e seus corpos – como sujeitos (ou pacientes) da atenção médica - são percebidas. Destaco que todos os trabalhos analisados cumpriram os requisitos éticos exigidos da realização de pesquisa com seres humanos, conforme as Resoluções CNS nº 196/96, 303/2000 e 404/2008²⁵⁴, aprovados nos comitês de ética das instituições pesquisadas.

Analisar a relação entre Medicina e Feminismo e suas imbricações, no sentido que Londa Schiebinger apontou, não significa simplesmente analisar a presença de mulheres médicas. Como já apresentei, na especialidade da Ginecologia e Obstetria, as mulheres, atualmente, são maioria. São igualmente maioria as autoras dos TCRs analisados. Esta representação numérica não confere, por si só, um grau de diferenciação no conhecimento e nas ações produzidas; muito menos um comprometimento com questões feministas importantes, como a visão crítica acerca da manipulação e sujeição dos corpos e o reconhecimento inquestionável do poder de autonomia das mulheres sobre as decisões acerca dos seus corpos. Londa afirma que este sucesso da Medicina para o feminismo reflete a presença de feministas dentro e fora da Medicina.

²⁵⁴ Em 13 de junho de 2013, foi publicada, no Diário oficial da União, a Resolução CNS 466/12, que revogou as anteriores.

4.1 ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE EDUCAÇÃO MÉDICA E RESIDÊNCIA MÉDICA

Já citei Laura Feuerwerker²⁵⁵ para me referir à sua análise sobre as perspectivas de mudanças na educação médica e na residência médica no Brasil. Apesar de ser um texto publicado há 14 anos, é possível utilizá-lo para analisar o contexto atual, como, por exemplo, a relação com as disciplinas das ciências sociais, a inserção da formação no âmbito do SUS e o papel da residência médica. A inserção de disciplinas como a Sociologia, já comentada, não foram suficientes, segundo a autora, para incidir significativamente na formação médica. A perspectiva não era transformar os candidatos em sociólogos, nem em “super-profissionais”, mas em profissionais com compreensão social da doença, da importância de ações intersetoriais, do reconhecimento da complexidade de muitas situações e da importância do trabalho em equipe.

Outras autoras, como Sônia Hotimsky e Lilia Schraiber (2005) observam, por estudos etnográficos em distintos contextos socioculturais, que o sistema biomédico não é universal. A forma como as equipes de trabalho lidam com determinadas evidências científicas sofre variações de acordo com os contextos locais. Neste sentido, conjuga-se experiência clínica com conhecimento científico e a autonomia profissional é reconhecida como valor. As autoras defendem que a formação médica, além de “aquisição de competências técnico-científicas”, representa um “processo de socialização profissional”; as “bandeiras” defendidas pelas entidades representativas da corporação serão aceitas ou não.

Através de pesquisa etnográfica sobre a formação obstétrica, situações como essas foram constatadas por Sônia Hotimsky (2007). Em sua pesquisa também encontrou dificuldades para lidar com visões plurais acerca de determinadas intervenções (no caso dela, as bases da humanização do parto e nascimento), o que pode levar a uma “imagem de que a aplicação de protocolos fixos é mais benéfica e segura, quer para os pacientes, quer para os médicos” (HOTIMSKY; SCHRAIBER, 2005, p. 648).

Especificamente acerca da residência médica em Ginecologia e Obstetrícia, o trabalho de pesquisa de Ana Cristina Bohrer Gilbert, Maria Helena Cabral de Almeida Cardoso e Susana Maciel Wuillaume

²⁵⁵ Cf. FEUERWERKER, 1998.

(GILBERT *et al.*, 2006) contribui para conhecer as concepções sobre a mulher identificada neste estudo, localizado num contexto institucional, com coleta de dados a partir de observação participante e fontes orais constituídas por entrevistas. Destaco alguns dos resultados apontados:

- a “percepção de mulher qualificada e/ou definida pelo atributo de ser mãe” (Op cit, p. 943);
- o entendimento dos corpos femininos através da mediação da tecnologia, principalmente a imagem;
- o funcionamento normal associado aos aspectos reprodutivos;
- a função médica da especialidade definida como de caráter informativo, buscando “convencer as mulheres a seguir determinados cuidados com o próprio corpo” (Op. Cit., p. 947), cuja noção de risco é determinada pela própria medicina.

A análise dos trabalhos em Ginecologia e Obstetrícia apresentados pelas médicas residentes poderá sinalizar como, no período da história recente, se mantém ou atualiza a concepção de corpo das mulheres à luz das distintas fontes analisadas nesta tese.

No editorial n. 3 de 2006, da RBEM (p.112), descrevem-se pontos importantes para que uma escola produza conhecimento para o sistema de saúde:

Aspectos periféricos, embora ditos centrais na formação, como subjetividade, emoções, e religiosidade, relação com os outros e adequação cultural, entre outros – deverão ocupar, progressivamente, espaços reais, oferecendo aos alunos condições favoráveis para refletirem e amadurecerem o que vivem e aprendem.

Estas questões, apontadas nos estudos de Laura Feuerwerker, Sônia Hotimsky e Lilia Schraiber, Ana Gilbert *et al.* e o editorial da RBEM, estabeleceram-se como pilares iniciais para a análise de seus trabalhos. A mim me fizeram indagar se aparecem nos textos elaborados pelas médicas residentes. Apesar de representarem apenas uma formalidade para a obtenção do título de especialista, esta mesma formalidade não prejudica o cuidado e o esmero com que foram

elaborados; os conceitos, as categorias e palavras-chave deste campo do conhecimento foram empregados conforme regras metodológicas específicas. Justamente esta formalidade configura um campo de saber que se perpetua como “verdade científica”, que eu denominaria de “verdade assistencial”.

Estas são algumas das questões que busco compreender aqui.

4.2 TEMAS E TÍTULOS – ENTRE FALHAS, MEDICAMENTOS, LESÕES, PROCEDIMENTOS, PROGNÓSTICOS E PERCEPÇÕES

Dos 16 trabalhos selecionados, seis são de Ginecologia, oito de Obstetrícia; dois transitam entre as duas especialidades (contracepção no puerpério e mola hidatiforme). Se for analisar por instituição, no HU-UFSC, cinco dos seis trabalhos são da área da Obstetrícia e apenas um da Ginecologia. Já na MCD, há uma mescla, sendo cinco da Ginecologia, três da Obstetrícia; os outros dois somam as especialidades. Os trabalhos foram identificados por dois números: o primeiro, refere-se à instituição em que foi apresentado; o segundo, identifica o TCR propriamente dito. No apêndice H, encontra-se a relação de todos os trabalhos analisados, com a respectiva numeração.

Ao analisar por áreas específicas, na Obstetrícia, os temas estão relacionados ao trabalho de parto: dois sobre indução de parto, e um de cada tema apresentado a seguir: lesões perineais em partos vaginais, percepção de mulheres em grupo de promoção do parto normal; gemelaridade; gravidez na adolescência; pH do cordão umbilical e o recém-nascido; inserção de DIU em púerperas e mola hidatiforme. Nos temas da Ginecologia, estão: dor pélvica crônica, endometriose, câncer de colo de útero, câncer de mama e câncer ginecológico.

Os temas, em especial no que tange à Ginecologia, vão ao encontro do que tem sido destaque em editoriais da RBGO. O tema do câncer, por sua prevalência, prognóstico, impacto do diagnóstico e tratamento na vida das mulheres continua em pauta. Somam-se a isso temas inter-relacionados, como dor pélvica, endometriose e cirurgia videolaparoscópica, enfermidades consideradas benignas, mas com forte impacto na vida das mulheres, associadas a queixas de dor crônica, que algumas vezes se estendem por muitos anos.

No campo da Obstetrícia, temas relacionados às principais causas de morte materna, como pré-eclâmpsia e aborto estão ausentes; sobressaem-se questões relacionadas ao parto normal, como, por exemplo, a indicação de condutas para a indução de parto. Talvez isso se explique pela prevalência das altas taxas de cesarianas em todo o

Brasil e pelo desafio que representa para a categoria médica reduzir essas taxas, responsabilidade assumida em vários editoriais da RBGO. Afinal, como justificar taxas de cesarianas que ultrapassam a 50% no Brasil²⁵⁶? Portanto, a responsabilidade da indicação médica para a indução do parto, com o intuito de tentar diminuir as taxas de cesarianas, estão na pauta médica. Ainda relacionado ao parto normal, outro tema que apareceu nas duas instituições, de forma complementar, diz respeito às lesões perineais e à realização da episiotomia, intervenção que vem sendo questionada por mulheres e por profissionais de saúde que trabalham na área da atenção ao parto, controvérsia que sobre a qual me deterei mais adiante.

Ao ler os títulos dos trabalhos, saltou-me aos olhos como as “mulheres” são representadas; cheguei a me perguntar se o termo é utilizado como categoria. O foco, muitas vezes, é um procedimento, uma técnica, uma patologia. Dos 16 trabalhos, apenas dois incluem a categoria “mulheres” em seus títulos: “Percepção de Mulheres que participaram de um grupo de promoção ao parto normal [...]” e “Fatores prognósticos do câncer de mama em mulheres com idade igual ou inferior a 35 anos, atendidas pelo serviço de Mastologia [...]”. Em seis títulos, as mulheres são apresentadas por sua condição e adjetivadas, por exemplo, como “gestantes”, “gestantes adolescentes”, “pacientes com neoplasia”, “pacientes portadoras de endometriose”, “pacientes tratadas”, “puérperas”. Um título faz menção ao “recém-nascido” e outro, a “aspectos maternos e fetais”. Os demais tratam de procedimentos ou patologias, invisibilizando completamente as mulheres com diagnóstico de câncer, em trabalho de parto, com quadro de dor crônica, etc. Cito:

“Indução do Trabalho de Parto: Fatores Relacionados à Falha”; “[...] na indução do trabalho de parto em gestações pós-data na presença de cérvix desfavorável”; “Frequência de lesões perineais nos partos vaginais”; “Vídeo-laparoscopia por Dor Pélvica Crônica [...]”; “Incidência de mola hidatiforme em tecidos obtidos por curetagem uterina [...]”; “Lesão Intraepitelial de alto grau:

²⁵⁶Dados do Ministério da Saúde, de 2011, apontam uma taxa de cesariana de 52% no Brasil, sendo de 82% na rede privada e 37% na rede pública. Para conhecer um pouco da polêmica sobre o tema, ver: <http://dssbr.org/site/2012/12/cesarianas-no-brasil-uma-preferencia-das-gestantes-ou-dos-medicos/> Acesso em: 7 nov. 2013.

tempo de espera até a conização *versus* risco para carcinoma microinvasor”.

Pode parecer preciosismo feminista, mas quem entra em trabalho de parto e pode não responder a uma indução ou ter alguma lesão perineal são as mulheres; se existe uma “cérvix desfavorável”, é no corpo de uma mulher, relacionada a um processo vivencial e fisiológico (seu trabalho de parto); a dor pélvica crônica – associada ou não à endometriose -, não é um fenômeno que ocorre de forma igual para todas as mulheres; se há necessidade de realizar algum procedimento para diagnosticar, como a vídeo-laparoscopia, essas situações afetam a vida de determinadas mulheres, com longa história de dor, como o próprio trabalho identifica, com duração que varia de quatro meses a 17 anos; a conização e seu tempo de espera têm consequências sobre a vida das mulheres que têm um diagnóstico inicial de uma lesão precursora de câncer de colo de útero e devem aguardar alguns meses pela resposta do sistema de saúde; quem tem mola e necessita compreender esse diagnóstico e seus reflexos sobre suas possibilidades reprodutivas e recebem a indicação de realizar determinados procedimentos são mulheres, com nome, endereço, história de vida e emoções singulares.

Esta forma de escrever denota uma concepção ainda majoritária de diagnosticar e tratar um problema - a lesão, a doença, a parte do corpo afetada, através de um procedimento – a indução do parto, a inserção do DIU, a videolaparoscopia, a conização. Entendo que são processos que invisibilizam as mulheres em busca de assistência à saúde, com suas histórias de vida e características peculiares; que vivem, trabalham e relacionam-se, maritalmente ou não, em um determinado contexto; que em um momento especial da sua vida ficam grávidas e estão em processo de trabalho de parto; buscam um diagnóstico médico e tratamento para determinado problema, como uma queixa de dor que as acometem por meses ou anos, ou receberam um diagnóstico de câncer de mama ou de colo de útero e estão assustadas, repletas de dúvidas, incertezas e inseguranças. Os títulos sugerem que se aborda “o problema”, a “doença” ou “a queixa” de forma desconectada e descontextualizada das mulheres que vivenciam essas situações com profundos reflexos em suas vidas e na vida de pessoas afetivamente próximas. Pode-se imaginar o que representa uma pessoa viver com dor por 17 anos consecutivos, sem definição ou resolução do seu problema? Ou viver alguns meses com o diagnóstico de uma lesão precursora de câncer de colo de útero, aguardando um procedimento que pode retirar a lesão, e imaginá-la “crescendo e crescendo” nesses meses? Ou ter o

diagnóstico de um câncer ginecológico que necessita de uma ampla cirurgia, repleta de riscos, consequências e mutilações, mas que pode oferecer uma possibilidade de sobrevida um pouco maior?

Esta forma de intitular os trabalhos reflete uma concepção hegemônica da Medicina, consolidada nas bases dos conceitos de normal e patológico, fundamentais, segundo Georges Canguilhem (2012), para entender a atividade médica. Estes conceitos são carregados de ambiguidade, que é preciso compreender. O que caracteriza o que é patológico? Representa o contrário de normal? Se fosse simples assim, não haveria tantas discussões filosóficas a respeito! Algo patológico pode se assemelhar a anomalia? Ou a anormalidade? Anomalia e anormalidade têm o mesmo significado? Como diferenciar o sentido biológico, o sentido social e o sentido existencial da vida humana no que tange à forma como as doenças impactam sobre os seres humanos? A ambiguidade que permeia o conceito de normal pode estar relacionada a uma média estatística, ou a uma noção “ideal”, como princípio de uma forma perfeita a ser alcançada. Assim, o conceito de normal não pode ser tomado como sentido absoluto ou essencial. Para Canguilhem (2012, p. 178), o patológico “não pode permanecer estritamente biológico, já que a atividade humana, o trabalho e a cultura têm como efeito imediato alterar constantemente o meio de vida dos homens²⁵⁷”. Outra reflexão do autor diz respeito à inter-relação entre Biologia, Medicina e Antropologia, permeada pela moral, “de modo que sempre o conceito de “normal”, na ordem humana, permanece um conceito normativo e de alcance propriamente filosófico” (CANGUILHEM, 2012, p. 185).

4.3 AS DISTINTAS FORMAS DE NOMINAÇÃO: MULHER – MULHERES - PACIENTES – GESTANTES-NULÍPARAS – PRIMÍPARAS – MULTÍPARAS –PARTURIENTES - PUÉRPERAS - MÃE-MULHER..

Os estudos feministas contemporâneos partem da crítica aos conceitos universalizantes e, dentre esses, ao uso da categoria “mulher” como referente universal. Este debate foi apresentado no capítulo 1, analisando o pensamento de algumas autoras, como Lia Zanotta Machado (1999), Judith Butler (2003) e Joana Maria Pedro (2005).

Tenho consciência de que a Medicina e a ciência médica, em especial na área da Ginecologia e Obstetria, têm um diálogo restrito às

²⁵⁷ Georges Canguilhem não utiliza um referencial de gênero para sua análise; neste sentido, o termo “homem” é utilizado como referente universal.

ciências humanas e aos estudos feministas²⁵⁸. Esta tese, inclusive, propõe-se a provocar este debate e a buscar esta aproximação. Ao iniciar a leitura dos TCRs, um dos aspectos que resolvi encarar foi identificar as categorias utilizadas para se referir às mulheres, em seus estudos e comentários.

O intuito era buscar conhecer como as mulheres eram representadas nos textos que tratam de cuidados a sua saúde, em seus corpos, identificar se existiam ou não apropriações com categorias dos estudos feministas e identificar se havia algumas aproximações, mesmo que não houvesse apropriações.

Quanto aos TCRs da área da Obstetrícia, sobressaem-se os termos “gestantes”, “mães”, “gestantes adolescentes”, “primigestas”, “nulíparas”, “primíparas”, “múltiparas”, “pacientes”, “parturientes”, “futura mãe”, “mãe/mulher”. Muitas vezes, as mulheres nem são “pessoalizadas”; aborda-se a discussão sobre a patologia ou o problema analisado e as informações referem-se a “aspectos maternos”, “doença materna”, “gestações múltiplas”, “gestações gemelares”. Outras vezes, são citadas como binômio – “mãe e conceito”. Outros termos encontrados foram: pacientes gestantes, gestantes epiléticas, adolescentes, pacientes adolescentes, gestantes adolescentes, adolescentes, mães menores de 20 anos, mães adolescentes, parturientes adolescentes.

Destaco aqui a utilização de termo muito comum, utilizado na área da saúde, para se referir à história obstétrica das mulheres – primípara é “fêmea que pariu ou vai parir pela primeira vez”. Portanto, um adjetivo utilizado para “fêmeas” é adaptado e sua utilização é consolidada na área de saúde, reafirmando uma visão biologicista das mulheres. Mulher fêmea, corpo que segue os ditames dos instintos e é descontextualizado de sua cultura. E, como toda fêmea, em algum momento da vida vai procriar e parir.

No trabalho 1-01, os termos mais comuns são gestantes e pacientes; o termo “mulheres” aparece apenas uma vez em todo o texto.

O trabalho 1-06 em nenhum momento se faz referência a mulheres como protagonistas da gestação ou do parto. Os termos utilizados são genéricos e sem sujeito, como “gestações múltiplas”, “gestações gemelares”, “gravidez múltipla”, “trabalho de parto na prenhez gemelar desencadeia-se espontaneamente”, “complicações maternas”, “gestações únicas”, “procedência materna”, “pacientes

²⁵⁸ Os estudos de saúde pública e saúde coletiva mantêm consolidado um diálogo interdisciplinar com as ciências sociais e as ciências humanas.

atendidas”, “idade materna”. É um exemplo típico do que Georges Canguilhem escreve sobre a descrição da patologia ou do fenômeno descontextualizado da pessoa.

O trabalho 2-02, no início da introdução, escreve que “durante o parto normal, a maioria das mulheres sofre algum tipo de lesão perineal, em razão de lacerações espontâneas ou como consequência da incisão cirúrgica – episiotomia”. Em sua continuidade, aborda o tema da episiotomia, das lesões perineais, mas as mulheres continuam invisibilizadas atrás das descrições dos processos e das lesões. Aparecem no final da introdução com o adjetivo de “futura mãe” e, depois, como “mãe/mulher”. Na primeira frase, já identifico o uso de um verbo associado a um sentimento que, em prosa, poesia e música, se refere ao estereótipo de ser mulher – o sofrimento. Segundo o dicionário Houaiss, sofrer é “sentir (dor física ou moral)”; “padecer; ter, sentir os sintomas”; “ser acometido de doença (em algum órgão)”; “experimentar com resignação e paciência; suportar, tolerar, aguentar”. Então, o sofrimento e o padecimento fazem parte da trajetória da vida das mulheres. Ser paciente!

Essa conexão é reforçada em um dos TCRs (2-08), que utiliza como epígrafe uma música de Vinicius de Moraes e Baden Powel, intitulada “Samba da Bênção”. A letra diz que “...uma mulher tem que ter qualquer coisa além da beleza, qualquer coisa de triste, qualquer coisa que chora [...] uma beleza que vem da tristeza de se saber mulher...”

No trabalho 2-04, o termo mulheres é em geral utilizado de forma adjetivada: mulheres em idade reprodutiva; mulheres menopausadas; mulheres com dor pélvica crônica portadoras de endometriose; mulheres portadoras de endometriose; mulheres com endometriose; mulheres que sofrem com a endometriose; mulheres portadoras de endometriose; mulheres portadoras de dor pélvica crônica; mulheres com diagnóstico de endometriose; mulheres pesquisadas.

É um trabalho que se diferencia, pois, ao identificar fases distintas, sintomas ou patologias, destaca que antes de qualquer coisa são mulheres. É o termo que primeiro aparece – mulheres -, e, a seguir, os adjetivos que as qualificam. Ser portadora de algo – a dor, a endometriose - é uma característica. Vale destacar que, neste trabalho, pela primeira vez o termo “usuária” é utilizado (também utilizado no TCC 2-07). Tal categoria tem sido utilizada para se referir ao SUS; identifica-as, portanto, como pessoas que buscam o Sistema Único de Saúde para atendimento em saúde.

O termo *mulheres* é utilizado em vários trabalhos (1-02; 1-04; 2-01; 2-01; 2-03; 2-04; 2-05; 206; 2-07; 2-08; 2-09; 2-10). Percebo que é utilizado de forma mais frequente para se referir às citações das referências bibliográficas, pois, quando vão apresentar os resultados e realizar as discussões do seu estudo específico, o termo predominante é “*pacientes*”. Segundo o dicionário eletrônico Houaiss, o termo paciente vem do latim e significa “que suporta, resiste”; tem como sinônimo - resignado; seu significado é “que tem paciência, sereno, conformado”. Ou seja, denota uma atitude absolutamente passiva. E é o termo ainda muito usual no campo da saúde, em especial na área hospitalar.

Em um dos trabalhos da Obstetrícia (1-06), em nenhum momento o texto se refere às mulheres como protagonistas da gestação e do parto. Utiliza termos genéricos:

“gestações múltiplas”; “gestações gemelares apresentam-se com alto índice de prematuridade [...]”; “diagnosticando-se precocemente a gravidez múltipla”; “trabalho de parto na prenhez gemelar desencadeia-se espontaneamente”; “complicações maternas”; “gestações únicas”; “procedência materna”; “idade materna”.

Há uma invisibilização do protagonismo feminino no processo.

Em outros trabalhos, aparecem frases como: “gestantes que receberam” essa ou aquela medicação (01-03); no caso objeto do estudo, indução do parto. É diferente de afirmar que “foram submetidas” a esta ou àquela prescrição médica. Mesmo assim, há uma descrição desmedida de alterações, sinais ou sintomas, como se pode observar na seguinte expressão: “a indução do trabalho de parto na presença de um colo desfavorável”. Ou: “gestantes que tiveram seu parto”; “gestantes que necessitaram de indução por gestação prolongada” (2-01).

Alguns textos são contraditórios. Apresentam como objetivo “avaliar a frequência de lacerações perineais durante o trabalho de parto vaginal”, concebendo o parto de forma impessoalizada.

Dois trabalhos se diferenciam (2-04 e 2-07), pois, na maioria das vezes que vão se referir ao tema objeto de estudo, a presença das “mulheres” como categoria faz-se presente, como podemos ver através destes exemplos:

“mulheres em idade reprodutiva”; “mulheres menopausadas”; “mulheres com dor pélvica crônica são portadoras de endometriose”; “mulheres

portadoras de endometriose”; “usuárias”; “mulheres com endometriose”; “mulheres que sofrem com a endometriose”; “mulheres portadoras de endometriose”; “mulheres portadoras de dor pélvica crônica”; “mulheres com diagnóstico de endometriose”; “mulheres pesquisadas” (2-04).

No outro trabalho (2-07), pude identificar as seguintes denominações: “mulher”; “mãe”; “mulheres”; “usuária do SUS”; “gestantes”; “sujeitos” (neste caso para se referir às mulheres como sujeitos de pesquisa); “mulheres brancas, idade entre 19 e 31 anos, todas primigestas, casadas e que exercem algum tipo de atividade remunerada”; “mulher grávida”; “mulher enquanto sujeito”; “parturientes”; “puérpera”. Através desses exemplos, percebo que ainda há uma dubiedade em relação ao emprego destas categorias. Ao mesmo tempo em que pressupõem as mulheres como sujeitas, ao se tratar de grávidas, em alguns momentos são referidas como “mães”; perdem sua identidade de mulher e prevalece a de mãe. Também percebo o uso concomitante da categoria “mulher”, no sentido universalizante, e da categoria “mulheres”.

Na minha compreensão, a utilização da categoria “mulher”, nestes TCRs, corresponde à crítica apresentada por Claudia Lima Costa (2002), que torna a mulher “uma ficção”, cuja formação discursiva sustenta relações de poder. Utilizar esta categoria, numa perspectiva feminista crítica, significa vinculá-la a situações concretas do cotidiano. Como categoria a ser utilizada, é necessário reconhecer sua historicidade e heterogeneidade; é necessário dar-lhe “densidade política”. Não identifiquei essa perspectiva crítica nesses textos.

Estas observações vão ao encontro do que abordei no capítulo 1, em relação ao uso das categorias como mulher/mulheres e crítica feminista. Ainda prevalece uma apropriação, que, de certa forma, biologiza e prioriza a função biológica da maternidade. Há uma intenção, mas o gesto da escrita ainda traz as marcas do saber médico hegemônico.

4.4 RAÇA, COR OU ETNIA? FORMALIDADE OU RECONHECIMENTO DA IMPORTÂNCIA DESSA CATEGORIA

Dos 16 trabalhos analisados, seis consideraram o uso desta categoria na coleta de dados (1-02; 1-03; 1,04; 1-05; 2-07; 2-09).

Segundo censo do IBGE 2010²⁵⁹, os dados da composição da população catarinense e da região metropolitana da Grande Florianópolis, por cor ou raça, são muito semelhantes. A população branca representa 83,97% e 85%; a preta, 2,94% e 2,61%; a amarela, 0,42% e 0,47%; a parda, 12,41% e 16,33%; a indígena, 0,26%. Considerando que na região da Grande Florianópolis, somando-se, a população de preta/os e parda/os representam quase 20%, causou estranhamento que muitos trabalhos apresentem a população estudada como 100% branca. Sendo os dois hospitais públicos, pois atendem pelo SUS determinada parcela socioeconômica, sou levada a crer que este quesito não tem sido anotado corretamente no prontuário (muitos TCRs têm como coleta de dados as informações contidas nos prontuários). Outra questão que me chamou a atenção foi a confusão no uso da categoria: algumas vezes se utiliza o quesito como “etnia” (1-03); noutras, como “grupo étnico” (1-05), classificando as mulheres entre brancas e não-brancas. Apenas um dos trabalhos (2-09) se refere explicitamente à utilização de “raça/cor, conforme os critérios do IBGE (característica declarada pelas pessoas de acordo com as seguintes opções: branca, preta, amarela, parda ou indígena)”.

Segundo Adriana Piscitelli (2008), juntamente com a difusão do uso da categoria do gênero, a partir da década de 90, outras categorias emergem, buscando problematizar a multiplicidade de diferenciações que caracterizam o social e que se articulam com o gênero, caso das análises sobre classe, raça e sexualidade²⁶⁰. Segundo esta autora, por maior que seja o reconhecimento da sua importância e utilização, muitas vezes, no plano analítico, estas análises não são consideradas. Ela entende que o uso articulado dessas categorias proporciona trabalhar com múltiplas diversidades e desigualdades.

Um dos TCRs (1-04) cita um estudo internacional que destaca uma diferença segundo a qual “mulheres negras apresentam menor risco de prolapso de órgãos pélvicos (POP) quando comparadas às brancas”. Tal associação não foi observada no estudo local. De qualquer forma, é importante destacar que essa diferenciação faz parte de protocolos de muitos estudos, não apenas relacionados às suscetibilidades da

²⁵⁹ Informações disponíveis em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/caracteristicas_da_populacao_tab_rm_zip_xls.shtm. Acesso em: 7 nov. 2013.

²⁶⁰ Sugiro a leitura de algumas autoras que abordam a discussão entre gênero e raça, como Verena Stolke (2006) e Kimberlé Crenshaw (2002).

população negra a determinadas doenças, mas como resultado de sua condição social e econômica.

No Brasil, há documentos oficiais do Ministério da Saúde acerca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra²⁶¹ e Política de Atenção Integral à Saúde dos Povos Indígenas²⁶². Portanto, a confusão no uso da categoria raça/cor, sua ausência e a invisibilidade na citação destas políticas específicas sugere duas coisas: ou desconhecimento ou desconsideração quanto à sua importância, partindo do pressuposto do uso das categorias universalizantes, como se a diferença por sexo, privilegiando a categoria “mulher” (no singular), fosse suficiente para determinar e marcar seu destino biológico. Esta é uma questão-chave, que denota a importância da interlocução interdisciplinar para romper com a visão hegemônica, o que torna fundamental apresentar estudos feministas à formação médica, como à residência médica em Ginecologia e Obstetrícia, e perpassar transversalmente todo o processo.

Vale ressaltar que esses estudos quantitativos provêm de uma amostra pequena. Talvez isto explique a utilização de categorias mais generalizantes como mulheres brancas e não-brancas.

4.5 CORPO FEMININO/CORPO-IMAGEM – CONEXÕES E DESCONEXÕES

Como já citei, na pesquisa de Gilbert *et al.* (2006) os corpos das mulheres aparecem mediados pela tecnologia. Repete-se esta situação também nos textos analisados? Que papel adquire a imagem na determinação dos procedimentos médicos?

Emily Martin (2006) aborda a importância da conexão entre o biológico e o social, e não a supremacia do biológico através do conhecimento dos genes e dos hormônios. Reconhece sua legitimidade (que Davi Le Breton denomina de “legitimidade irrefutável”), mas o processo de viver das mulheres insere-as em contextos que afetam esses fatores biológicos e com eles interagem. O “conhecimento oficial” sobre o corpo, com significado de “verdade”, determinada pela Medicina, deve ser complementado com sua compreensão cultural.

Dois trabalhos (1-02 e 2-01) citam a situações de violência doméstica e sexual que podem acometer as mulheres e a associam a situações específicas – quadros de dor crônica e gravidez na

²⁶¹ Ver: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pop_negra/index.php

²⁶² Ver: http://dab.saude.gov.br/saude_indigena.php

adolescência. Um deles (2-01) ressalta que as profissionais de saúde e gestores devem estar atentos a essa situação de vulnerabilidade. A inclusão dessa modalidade é fundamental para fazer a conexão entre “sintomas físicos”, como dor pélvica, e as situações de “abuso sexual ou físico”, como reflexo do impacto emocional sobre a vida das mulheres que passam por essas situações. Há, claramente, conexão entre biológico e social, fundamental para compreender os fenômenos complexos de nossa sociedade, que podem agir silenciosamente no corpo dessas mulheres.

O direito à intimidade e à privacidade é reconhecido em um dos TCRs. Neste sentido, a violência institucional é retratada com a denominação de “ato violento” para o constrangimento a que são expostas as mulheres em trabalho de parto (2-07). A violência obstétrica tem sido objeto de estudos e de uma pesquisa recente, já citada nesta tese, e dá conta de mostrar a magnitude desse problema nas instituições de saúde, como é possível observar no seguinte texto: “Em outra fala percebe-se a confirmação da ocorrência de múltiplos toques vaginais por diferentes profissionais gerando desconforto para a paciente” (2-07).

O envelhecimento e as alterações hormonais decorrentes dessa fase da vida são vistos como “deletérios” (1-04), observação expressa na seguinte frase: “[...] a mulher melhoraria com os anos a sua consciência corporal, sem ter sofrido ainda os efeitos deletérios relacionados ao envelhecimento e alterações hormonais”. Segundo o dicionário do Houaiss, deletério é considerado como algo “prejudicial à saúde”, ou “que possui um efeito destrutivo, danoso, nocivo”. É uma concepção subjacente de valorização da juventude e do suposto corpo jovem e perfeito. Digo suposto, pois os corpos jovens também adoecem, também apresentam dissonâncias em relação ao que é considerado “normal” ou “padrão”, tanto se consideramos a média estatística quanto a noção de ideal, que é o corpo anatômico perfeito, sem “anomalias”, impessoalizado, “saudável”. Se esse corpo pertence a uma mulher concreta, com uma história de vida única, seu processo de viver faz com que o corpo possa experimentar sensações distintas, a depender de seus contextos emocionais, sociais, econômicos, culturais e espirituais.

O TCR que aborda a gestação na adolescência (2-01), apesar da variabilidade no uso das categorias - ora gestantes adolescentes, ora mulheres jovens, refere-se ora à faixa etária de 15 a 19 anos, ora à das que se situam entre 10 e 19 anos -, consegue ser mais abrangente na contextualização do problema. Reconhece o impacto social do fenômeno, inclusive sobre a vida de adolescentes em distintos países, sua relação com a pobreza e suscetibilidade à violência doméstica.

Consegue identificar uma situação de vulnerabilidade social que diferencia adolescentes e adolescentes; não há uma generalização por conta da faixa etária, como também não há um referente universal – a adolescente. O trabalho faz referência às políticas públicas e ao papel de gestores e profissionais da saúde com o fato – gravidez na adolescência. Propõe que, para conhecer “a realidade particular de cada município [...] cada serviço pode, de maneira singular, repensar sua participação de forma a ser mais efetivo na estratégia geral de enfrentamento a este importante evento de saúde nas vidas de muitas mulheres e meninas”. Há uma dificuldade com a utilização de categorias sociológicas, como a diferenciação entre profissão e ocupação. As ocupações do lar e a de estudante são referidas como profissões.

Nos textos que tratam das questões de obstetrícia, um dos temas mais polêmicos da atualidade é a indicação de episiotomia de rotina. Um dos TCRs (2-02) trata especificamente de lesões perineais. Descrevem-se as lesões, comparando-se o que acontece numa laceração espontânea e na episiotomia:

“Durante o parto normal, a maioria das mulheres sofre algum tipo de lesão perineal, em razão de lacerações espontâneas ou como consequência da incisão cirúrgica – episiotomia”. “As lacerações espontâneas são classificadas como de primeiro grau quando afetam pele e mucosa; de segundo grau, quando se estendem até os músculos perineais; de terceiro grau, quando atingem o músculo esfíncter do ânus; e quarto grau, quando a lesão do períneo envolve o conjunto do esfíncter anal e exposição do epitélio anal. No caso da episiotomia, além da pele e da mucosa, são habitualmente seccionados os músculos transverso superficial do períneo e bulbocavernoso, o que já configura uma lesão de segundo grau”.

Por conta da discussão acerca das intervenções que marcam a vivência dos partos, pela primeira vez num TCR (2-02) identifiquei a expressão “para que o parto seja uma experiência prazerosa”. E, no final, a preocupação para que o parto não represente uma “experiência traumatizante”, como se houvesse uma dualidade excludente e constante - dor/prazer, sofrimento/deleite.

A relevância do diagnóstico por imagem pode ser identificada em muitos textos que citam procedimentos os mais variados:

“[...] cada vez mais recursos diagnósticos determinam a necessidade da interrupção da gestação antes do trabalho de parto espontâneo, visando dessa forma um melhor prognóstico materno e fetal” (1-01); “diagnóstico videolaparoscópico” (1-02); “[...] o diagnóstico definitivo é ultra-sonográfico, o qual pode distinguir o número de placentas e de sacos gestacionais” (1-06); “Esta é uma avaliação do colo com o colposcópico, que permite a visualização do colo com maior precisão e permite a identificação de alterações epiteliais” (2-03) e “A colposcopia e a biópsia dirigida são etapas fundamentais na propedêutica do carcinoma invasor inicial do colo uterino, tendo a primeira a finalidade de delimitar a extensão da doença no colo e na vagina e a segunda, a confirmação do diagnóstico” (2-10); “Para o diagnóstico, são utilizados, além do exame físico minucioso, exames laboratoriais [...], ultrassonografia, ressonância magnética, videolaparoscopia e a própria laparotomia” (2-04); “Em xx²⁶³ pacientes (10,5%), a expulsão foi diagnosticada durante o exame físico pela visualização do dispositivo no canal endocervical, e em xx (89,5%) foi necessária a realização de US para o diagnóstico de expulsão” e “O serviço que oferecer este método anticoncepcional às puérperas deve dispor facilmente de aparelho de ultrassonografia para controle do posicionamento do DIU [...]” (2-06); “O diagnóstico diferencial entre as causas do sangramento inclui, além da anamnese e exame físico, a dosagem sérica quantitativa da fração beta da gonadotrofina coriônica humana (β hCG) e o exame ultrassonográfico”. “A apresentação clínica da mola hidatiforme (MH) mudou drasticamente nas últimas décadas devido ao início precoce do pré-natal e ao uso rotineiro da ultrassonografia”. “A US com *doppler* é útil tanto no diagnóstico da gestação molar quanto na detecção da sua forma

²⁶³ Optei por não indicar o número de mulheres incluídas na amostra de cada TCR; por isso identifico apenas os percentuais.

invasiva ou recorrente e na avaliação da resposta à quimioterapia”. “Vários fatores influenciam o diagnóstico imagiológico, principalmente a idade gestacional e a experiência do examinador” (2-09).

Pode-se observar a importância do desenvolvimento tecnológico, com aprimoramento das possibilidades e precisão diagnóstica, com o uso de imagens. A interpretação dessas imagens, porém, depende da avaliação humana; logo, destaca o fato de que, pelo menos em um dos TCRs, se admite que a “experiência” de quem interpreta a imagem é um diferencial. A objetividade da imagem, portanto, é permeada pela subjetividade de quem examina.

Da mesma forma que os exames de imagem são importantes no processo de diagnóstico, tratamento e condutas de distintas situações, outra imagem que ainda tem muita força é a imagem microscópica. Em muitos textos, identifiquei a autoridade que representam os exames anatomopatológicos, como é possível observar a seguir:

“[...] a cauterização de focos de endometriose associado à biópsia para confirmação anatomopatológica”, “o diagnóstico foi confirmado pelo anatomopatológico”, “[...] evidência visual e 50% histológica de endometriose” (1-02); “Para se chegar a este diagnóstico de lesão pré-neoplásica realiza-se a colpocitologia oncótica (CO), popularmente chamada de “preventivo”, e “Neste exame é coletado um esfregaço de células do colo do útero que é encaminhado ao patologista para uma avaliação citológica que pode sugerir lesão. Porém, para o diagnóstico mais preciso de uma lesão cervical, deve-se realizar uma análise histopatológica de um fragmento do colo, obtido através de uma biópsia da lesão” (2-03); “vários marcadores e exames de imagem estão disponíveis para auxiliar no diagnóstico de endometriose, porém, o diagnóstico definitivo se dá apenas com resultados histológicos positivos, obtidos a partir de biópsia dos focos suspeitos” (2-04); “Todas as paciente com comprometimento neoplásico em margens cirúrgicas ou com margens exíguas (menores que 2 mm)

apresentaram recidiva da doença”, “pois a informação nos laudos de anátomo-patológico não estava clara, provavelmente devido a todas terem sido submetidas previamente à radioterapia” (2-05); “Alguns fatores prognósticos estão relacionados diretamente com a sobrevida das mulheres com câncer de mama, dentre eles: idade, tamanho do tumor, tipo e grau histológico [...]”, “O grau histológico reflete o potencial de malignidade do tumor indicando a sua maior ou menor capacidade de metastatização” (2-08); “[...] diagnosticadas apenas pela análise histopatológica dos tecidos obtidos pelo esvaziamento uterino”, “[...] histologia continua como exame padrão-ouro para o diagnóstico da DTG” (2-09).

Michel Foucault (1977), em sua abordagem sobre o saber médico em *Nascimento da Clínica*, aponta o significado de uma nova maneira de olhar o corpo e falar sobre ele, que é a relação entre o visível e o invisível: “a doença segue os obscuros, mas necessários caminhos das alterações tissulares” (p. 181). Esse olhar microscópico consolida um saber sobre a doença e não sobre o ser humano. A anatomia patológica tira significado do sintoma e valoriza o inerte. “O problema é, portanto, fazer aflorar à superfície o que se dispõe em camadas na profundidade; a semiologia não mais será uma *leitura*, mas o conjunto de técnicas que permite constituir uma *anatomia patológica projetiva*” (p. 186) (grifos do autor).

Do ponto de vista ideológico, já discuti teoricamente sobre como este saber impactou uma relação de dominação entre a Medicina e as mulheres e seus corpos. Retomo as palavras de Foucault, que diz que “é preciso não deixar de escapar o essencial²⁶⁴” (p. 188). Para além da anatomia patológica, o olhar médico deve utilizar toda sua percepção e de todos os seus sentidos, pois uma pretensa visibilidade absoluta traz consigo uma opacidade à experiência médica. Cabe agora, contemporaneamente, fazer uma ruptura com essa relação de dominação e utilizar desse “olhar microscópico” para agregar conhecimento e poder de decisão às mulheres.

²⁶⁴O adjetivo “essencial” empregado por Foucault não representa o sujeito essencializado, mas refere-se ao olhar médico plurissensorial, somado ao ouvir e ao tocar – uma “triangulação sensorial” que identifica no ser humano o que antes era perceptível no cadáver, através da dissecação.

Outro aspecto que identifiquei foi o passo a seguir, da posse do diagnóstico médico. Quando há indicação cirúrgica, surgem duas possibilidades: cirurgias menos agressivas e mais conservadoras ou cirurgias mais agressivas. O desenvolvimento das técnicas operatórias e do conhecimento médico possibilita atualmente outras escolhas além das técnicas mutiladoras do passado. Recordo-me da minha experiência estudantil, no estágio em centro cirúrgico, na época com 19 anos. Estava instrumentando uma cirurgia de mastectomia e tenho viva na memória a cena do médico cirurgião passando para minhas mãos a mama inteira de uma mulher jovem. Olhei impactada para aquela parte do corpo, como que me perguntando o que fazer com aquilo, e principalmente, qual seria o sentimento dessa mulher quando acordasse da anestesia e se olhasse no espelho! Hoje, quando acompanho profissionalmente mulheres que passam por cirurgias mais conservadoras, sinto-me um pouco mais confortada com os avanços das técnicas médicas. Além dessa rápida digressão pessoal, afinal sou afetada por essa pesquisa, quero voltar ao que encontrei nos textos:

“Potenciais vantagens da VL sobre laparotomia incluem tempo operatório mais curto (para alguns, mas não todos, procedimentos), menor cicatriz, recuperação mais rápida, diminuição da formação de aderências e diminuição de custos”, “a abordagem cirúrgica videolaparoscopia é uma ferramenta útil, e deve ser considerada, nas pacientes com DPC que permanecem sem um diagnóstico após um exame clínico completo e cuidadoso” (1-02); “A cirurgia de alta frequência é considerada menos agressiva, pois neste procedimento uma alça é utilizada para a retirada de um fragmento do colo, englobando toda a lesão” (2-03); “Na conização a frio ocorre a retirada de um cone do colo uterino com um bisturi e eletrocautério”. “A cirurgia de alta frequência é considerada menos agressiva, pois nesse procedimento uma alça é utilizada para a retirada de um fragmento do colo, englobando toda a lesão” (2-10).

Paradoxalmente, no processo de maior conhecimento do corpo (seja através das descobertas da ciência médica, seja através do desenvolvimento de todo um aparato tecnológico que possibilita os

exames de imagem), para muitas mulheres o corpo continua “um desconhecido”. Várias frases relacionam-se com essa questão: “Corpo, um desconhecido”. “[...] as gestantes apontam com frequência suas dúvidas sobre a capacidade do próprio corpo em parir”.

A afirmação explícita de não confiar em seu próprio corpo parece ser um ponto fundamental para compreender a atual situação de medo e insegurança em torno do parto. Em outros tempos, atendido por mulheres e parte de uma sabedoria ancestral passada de geração em geração, o parto institucionalizado tornou-se saber médico. Pode ser que nesse caminho as mulheres tenham perdido, juntamente com sua autonomia, a confiança sobre sua habilidade de parir. Uma das mulheres que fez parte do grupo pesquisado faz em sua fala um resgate dessa transformação adicionando elementos relativos à mudança de papel social da mulher na atualidade:

“Contribui ainda para esse cenário o fato de ser o corpo e sua fisiologia um desconhecido”. “Com o intuito de promover o conhecimento do corpo feminino e a fisiologia da parturição uma das atividades do grupo de gestantes utilizou a técnica da escultura [...] ressalta que o “aprendizado” só foi possível após a vivência” (2-07).

Experiências coletivas, compartilhadas por mulheres, representam espaços importantes para fortalecer seu poder de decisão e autonomia.

4.6 AS DISTINTAS FORMAS DE SE REFERIR ÀS MULHERES NOS TCRS – ENTRE PACIENTES SUBMETIDAS E MULHERES COM AUTONOMIA

Para complementar a análise anterior, quando comentei acerca do uso corrente do termo “paciente” aplicado às mulheres, saltou-me aos olhos a utilização de outro termo associado. Confesso que muito já o utilizei na minha prática profissional, embora de forma acrítica e irrefletida. Refiro-me ao termo “paciente submetida” (1-01, 1-02, 1-03, 2-01, 2-03, 2-05, 2-08, 2-09, 2-10).

A seguir, listo o conjunto de termos encontrados.

“Gestantes submetidas à indução do trabalho de parto” (1-01). “Pacientes portadoras de DPC e que foram submetidas à VL” (1-02). “gestantes

submetidas ao [...]” (dois tipos de medicamentos pesquisados) (1-03). “Em 31,6% das vezes tendo sido submetidas à cesárea”. (2-01). “Pacientes submetidas à conização”, “Pacientes submetidas à CAF ou cone clássico”, “Pacientes submetidas à tratamento de lesão de colo”, “paciente que foi submetida a novo procedimento” (2-03). “Atualmente, 90% a 95% das pacientes submetidas a esta cirurgia sobrevivem ao procedimento e 20% a 60% delas estarão vivas em 5 anos”. “Pacientes com câncer ginecológico que foram submetidas à cirurgia de exenteração pélvica” (2-05). “Pacientes com diagnóstico de carcinoma invasor de mama, em qualquer estágio, submetidas a tratamento cirúrgico”, “paciente foi submetida ao tratamento cirúrgico”, “pacientes jovens submetidas a tratamento cirúrgico” (2-08). “Gestantes submetidas à curetagem por aborto”, “pacientes com diagnóstico clínico e/ou ultrassonográfico de aborto ou suspeita de MH submetidas à curetagem uterina” (2-09). “Pacientes com diagnóstico de displasia e submetidas à cirurgia”, “pacientes que se submeteram à conização” (2-10).

Segundo o Houaiss, submeter significa “tirar a liberdade e a independência de; dominar, subjugar, sujeitar; reduzir à obediência, à dependência, ou render-se, obedecer às ordens ou vontade de; expor(-se), sujeitar(-se)”. Sua etimologia vem do latim – *submitto*, *summitto*, que significa subjugar, sujeitar. À condição de paciente, acrescenta-se a submissão à decisão médica. Em geral, o termo é utilizado para ser referir a procedimentos e cirurgias. Não quero contestar aqui a indicação necessária a cada caso; o que quero enfatizar e problematizar é o reforço da submissão, centrando a decisão na palavra do médico, e não numa decisão compartilhada, com base em informação, como é explicitada em outros trabalhos (1-01 e 2-07), ou até se referindo à aceitação²⁶⁵ de determinado procedimento (2-05). Denota uma concepção de que a palavra final cabe à médica; à “paciente”, cabe se submeter.

Segundo Michel Foucault (1987, p. 125-126), o corpo é descoberto como objeto de poder desde a época clássica.

²⁶⁵ Aceitar, segundo o citado dicionário, significa: “consentir em receber (o que é dado ou oferecido)”. Pressupõe o consentimento.

Desenvolveram-se então distintas técnicas e procedimentos para manipular, treinar, modelar, combinando submissão e utilização. “É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado”. Esse momento histórico das disciplinas, ainda segundo Foucault, tem em vista mais do que aumentar as habilidades ou a sujeição dos corpos; busca mecanismos que, ao mesmo tempo os tornem tão obedientes quanto úteis. É assim que a disciplina “fabrica corpos submissos e exercitados, corpos dóceis”, e contrapõe o que faz dele – o corpo - uma aptidão ou uma capacidade, ao que lhe promove uma “sujeição estrita”.

Ao mesmo tempo em que é possível observar, através dos enunciados das “pacientes submetidas”, que a Medicina continua reproduzindo os preceitos do poder disciplinar que vem desde o tempo do “homem-máquina” de Descartes, também é possível descobrir novos enunciados. Esses enunciados trazem questões antigas para o feminismo, mas que começam a fazer parte da linguagem médica brasileira. Refiro-me a expressões como: “decisão compartilhada”, “autonomia das mulheres”, “direitos das mulheres”, assim como outras formas que ressaltam as informações repassadas às mulheres sobre questões relacionadas aos estudos em questão.

Para exemplificar o que escrevi, cito alguns trechos, iniciando com o tema do direito à informação e seu consequente reflexo na tomada de decisões:

“Quando há possibilidade de escolha [...] deve-se discutir com as pacientes os riscos de se fazer ou não tal procedimento, e ainda de posse das características maternas e do seu exame físico, expor as chances de falha e sucesso”. “Assim, em conjunto com a gestante e seu acompanhante fazemos essa difícil escolha” (referindo-se à indução do parto) (1-01); “As mulheres foram informadas que este endoceptivo já foi estudado [...]”. “A mesma teve a oportunidade de fazer perguntas e ser informado sobre o direito de retirada do estudo em qualquer momento, sem qualquer desvantagem e sem ter que fornecer razões para a sua decisão”. “Quanto aos eventos adversos, as pacientes foram informadas”; “Durante as entrevistas de seguimento da pesquisa, notamos que o melhor conhecimento da sua doença, do seu caráter crônico e incapacitante,

contribuiu para o sucesso do tratamento. As pacientes mostravam-se confiantes em relação ao método utilizado na pesquisa, apesar da ocorrência dos efeitos colaterais” (2-04); “[...] e aceitabilidade do método anticoncepcional pela paciente”. “[...] era discutido com a paciente e seu acompanhante [...] informava-se à paciente sobre a necessidade de retorno”; “Assim, a decisão sobre a retirada ou não do dispositivo seria tomada conjuntamente com a paciente” (2-06); “A mulher deve se sentir confiante quanto à sua habilidade de parir, encontrar conforto à medida que o trabalho de parto progride e ainda tomar decisões informadas em conjunto com a equipe que atende a seu parto”; “Por acreditar ser possível construir um imaginário saudável em torno do parto ao possibilitar às mulheres conhecerem seus corpos, a fisiologia do parto e seus direitos é que se propôs a realizar esta pesquisa”; “Conhecimento gera poder”; “Mulheres com conhecimento podem auxiliar na melhoria da prática obstétrica”; “Buscou-se fortalecer a auto-estima da mulher e a crença em seu próprio corpo”; “As gestantes entrevistadas apontaram a possibilidade de participar de um grupo de preparação para o parto como oportunidade para obter informações, compartilhar dúvidas com outras mulheres, tranquilizar-se e discutir questões latentes como dor e técnicas utilizadas para minimizá-las”; “Acredita-se que conhecendo previamente os benefícios destas técnicas as gestantes possam utilizá-las por conta própria ou demandá-las aos provedores de cuidado durante o trabalho de parto, não ficando assim dependentes unicamente da disponibilidade e iniciativa destes”; “Assim, presumia-se que conhecendo previamente as rotinas hospitalares as mulheres poderiam exercer papel mais ativo em seu próprio parto por poderem discutir, consentir ou não e negociar a realização de tais procedimentos” (2-07).

Outra questão, que representa uma alternativa na busca de informações, é a rede mundial de computadores, como o que está

explícito no seguinte texto: “As gestantes também afirmam que procuram informação na internet” (2-07). Portanto, as fontes de informações são mais amplas do que apenas as veiculadas pelo sistema médico oficial.

É possível identificar situações contraditórias. Ao tempo em que se busca “manejar”,²⁶⁶ a “paciente”, reconhece-se sua multidimensionalidade: “[...]auxiliando o mastologista/oncologista no manejo de sua paciente”; “Foi assegurado a dignidade e o bem-estar do paciente, respeitando seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos” (2-08).

Outro aspecto que considero importante é a valorização de questões subjetivas que contribuem para o significado de qualidade de vida das mulheres. “Apesar de ser considerada uma condição benigna, a endometriose afeta a qualidade de vida das mulheres, tendo impacto nas suas carreiras, atividades diárias, relacionamentos sexuais e não-sexuais, e fertilidade”. Na avaliação dos sintomas relacionados à sexualidade, incluiu:

dor na relação evita relação devido à dor e ao sentimento de culpa; “Estas informações também nos fizeram refletir sobre a intensidade da dor das pacientes e o quanto a endometriose interferia nas suas vidas. No início da pesquisa as pacientes apresentavam claramente sinais de embotamento afetivo, tristeza, dificuldades no relacionamento interpessoal, inclusive sexual”. “A dor era tão importante que, além de impossibilitá-las de manter suas atividades diárias, como ir ao supermercado ou mesmo exercer suas atividades laborais, estavam diretamente ligadas ao seu humor”. “Parte das pacientes (xx%) que evitavam o ato sexual tinha um sentimento de culpa por não aproveitarem o intercuro sexual ou por não satisfazerem seus parceiros. Algumas mulheres referiam medo de serem abandonadas pelos parceiros por não satisfazê-los sexualmente” (2-04); “A maioria dos tumores pélvicos avançados condena os pacientes a um sofrimento atroz e debilitante, diminuindo significativamente a sua qualidade de vida. A exenteração pélvica promove um controle de

²⁶⁶ Manejar, segundo dicionário de Houaiss é “governar, ter autoridade sobre; controlar, manipular”.

maneira eficiente da maioria desses sintomas”; “Estabilidade emocional e atitude positiva são essenciais, assim como um bom suporte familiar” (2-05).

Não vou entrar no debate teórico acerca dos conceitos de qualidade de vida, tema que é fruto de pesquisas com distintos enfoques. Destaco essa abordagem que aparece em dois TCRs como aspecto importante, ao reconhecer o impacto significativo de determinadas doenças – nestes casos, a endometriose e o câncer ginecológico - na vida das mulheres, para além do diagnóstico e tratamento. Considero importante o reconhecimento de que aspectos significativos da vida, como a sexualidade, as relações sociais e familiares, o trabalho, devem fazer parte do universo assistencial.

Quanto à abordagem do câncer de colo de útero, devido à sua associação com a infecção pelo HPV, ao expor risco de transmissibilidade sexual, induz à prerrogativa de uma heterossexualidade normativa, ao afirmar que o “número de parceiros e idade do início da vida sexual aumentam o risco para a doença” (2-03, 2-10) (parceiros no masculino e a multiplicidade estabelecida de forma unilateral – uma mulher com múltiplos parceiros). Publicação do Ministério da Saúde (2009), voltada a mulheres lésbicas e bissexuais, aborda, dentre outras questões, a visita periódica a ginecologistas, para prevenção do câncer de mama, do colo de útero e das DST.

Ao mesmo tempo em que há uma preocupação em identificar como se deu o acompanhamento dessas mulheres que tiveram diagnóstico de alterações no colo de útero, incluindo câncer invasivo, este trabalho consegue contextualizar que, mais do que o desejo de uma mulher em seguir seu acompanhamento, pode haver problemas na estrutura do sistema de saúde, dificultando a marcação de consultas. A autonomia das mulheres, portanto, fica comprometida em razão da não-garantia da marcação de consultas de retorno. Tais situações podem ser identificadas nos textos abaixo:

“[...] pesquisar a adesão das pacientes ao seguimento proposto, na intenção de procurar por falhas e elaborar propostas ao serviço de patologia cervical, em busca de estimular a paciente a realizar seguimento adequado”. “[...]que 5 (4,5%) pacientes nunca retornaram para buscar o resultado da histologia da peça cirúrgica. Felizmente nenhuma apresentava câncer invasivo

do colo do útero”. “[...]e desejo da paciente de fazer acompanhamento colposcópico e citológico na cidade de origem”. “[...] apresentavam seguimento adequado com retorno nas datas previstas pela equipe do serviço, 44 (39,6%) pacientes não conseguiram manter as datas previstas e apresentaram atraso de 1 a 6 meses para o retorno, e 36 (32,4%) das pacientes abandonaram o seguimento. Das 36 pacientes de abandonaram seguimento, seis foram pacientes que engravidaram após o procedimento e fizeram apenas o pré-natal, sem qualquer tipo de seguimento”. “Estes dados são importantes para estimular a adesão das pacientes ao tratamento. Um grande desestímulo ao seguimento é a dificuldade de marcar consultas de retorno, reclamação constante das pacientes”. “Também referente ao seguimento, seis pacientes engravidaram logo após o procedimento, e não fizeram qualquer tipo de avaliação durante a gestação. A literatura não traz muitas informações sobre como fazer o seguimento em uma paciente que engravida após o tratamento cirúrgico, porém existe muita literatura sobre condutas em pacientes gestantes”. “O seguimento realizado pelas pacientes é muito abaixo do esperado, e merece atenção especial pelo serviço de patologia cervical. Recomendamos que seja garantido o atendimento e marcação da consulta destas pacientes”. “As pacientes grávidas devem ser estimuladas a realizar o seguimento no ambulatório de patologia cervical, e se possível, submetidas a alguma colposcopia durante a gestação na intenção de se excluir carcinoma” (2-03); “Nossas pacientes apresentam uma baixa aderência ao tratamento e seguimento, levando até sete meses (ou mesmo mais tempo) para conseguir submeter-se ao cone” (2-10).

Em relação ao tema polêmico que são as altas taxas de cesarianas, em especial no setor privado de saúde, encontrei dois discursos contraditórios. Um que procura justificar este alto índice através da solicitação das mulheres, e outro, que polemiza este argumento. Exemplifico as duas situações, a começar pela primeira:

“Preocupação especial de muitas gestantes é a estática pélvica, o que eleva para quase 90% o índice de cesarianas eletivas no sistema privado de saúde” (1-04); “Diferentemente do discurso que culpabiliza a “cesárea a pedido” pelos altos índices de cesariana e a despeito da preferência médica pela cesárea, que passou a ser difundida no Brasil como tipo de parto seguro, moderno e ideal, esse estudo, realizado com mulheres da classe popular, encontrou em suas falas um estranhamento quando se discute a realização da cesariana por escolha” (2-07).

Considero positivo este debate explícito; afinal, essa tem sido uma preocupação mundial, da Organização Mundial da Saúde e da entidade nacional – Febrasgo -, explicitada em seus editoriais. Quem sabe em breve, esse comprometimento consiga repercutir em resultados concretos, como a diminuição das taxas de cesarianas no País.

Outra questão, que destaco, diz respeito às representações do que a Medicina considera “fenômenos biológicos” e ao uso de metáforas. Em dois TCRs foi possível identificar uma preocupação expressa de que o parto, associado à dor desde os tempos bíblicos, como forma de castigo pelo “pecado original”, possa ser vivenciado como processo prazeroso. Cito os exemplos:

uma mãe/mulher com saúde e não traumatizada pelo processo de nascimento que acabou de experimentar” (2-02); “[...]e fatores que favorecem um parto com menos dor, como manter-se ativa durante o trabalho de parto e ter presente um acompanhante da sua escolha” (2-07).

Trata-se, aqui, de compreender o processo parto-nascimento como resultado de uma vivência sexual livre, autônoma, prazerosa e fruto do exercício de um direito reprodutivo.

Pensar uma Medicina cheia de contrastes, apesar de suas “verdades irrefutáveis”, que se legitimam nos espaços da ciência e do conhecimento, também é importante. A disputa entre a Medicina ocidental, que valoriza o poder dos médicos na gestão dos corpos e com uma medicalização predominante, e o conhecimento de outras culturas

só é citado em um dos TCRs (2-07). Este texto cita pesquisas e estudos recentes que abordam o significado de outras práticas culturais, como yoga e meditação, e seus benefícios para a saúde, afora outras práticas, como homeopatia, acupuntura, medicina antroposófica, medicina ayurvédica, ou mesmo tratamentos com abordagens espirituais, como formas alternativas de cuidado à saúde, não referidas, nem citadas.

A polêmica estabelecida entre domínio X autonomia persiste. O sentido do corpo mantém um significado forte, relacionado ao reconhecimento das pessoas que, para manter a saúde, conformam seus comportamentos aos ditames da ciência: ter muitos parceiros sexuais (no masculino, faço questão de reforçar), iniciar vida sexual precocemente, não usar preservativo são “fatores de risco”. As mulheres, como se vê, precisaram ajustar sua sexualidade. Assim como é necessário espaçar o período entre uma gravidez e outra, também é necessário sair da maternidade com um método contraceptivo implantado. Devem-se fazer, com regularidade, exame ginecológico e controle com mamografia; deve-se amamentar, evitar a obesidade, não engravidar muito jovem, nem tardiamente, etc., etc., etc. Não vou questionar algumas dessas recomendações, ou resultados de pesquisas que evidenciam a relação de vários desses comportamentos que podem favorecer ou evitar agravos à saúde. O que quero ressaltar é que os “ditames da ciência” e da Medicina ainda prescrevem comportamentos.

Incrementar o repasse de informações sobre as consequências de determinados hábitos e comportamentos, que podem tanto promover a saúde como oferecer riscos, para potencializar a autonomia das mulheres, possibilita romper com essa prescrição. Se hoje não se realizam histerectomias para “frear” os impulsos sexuais das mulheres “sem controle”, nem se realizam laqueaduras aleatórias para controlar as populações pobres, normas comportamentais continuam em voga, muitas vezes carregadas de ordenamentos morais.

Já assistimos a muitos discursos acerca da importância do controle da natalidade para controle da pobreza. Autoras como Germaine Greer (1987) e Luzinete Simões (2005) contextualizam processos históricos em distintas partes do mundo e no Brasil acerca de ações para esterilização de mulheres e homens.

Germaine Greer, por exemplo, cita exemplos de esterilização “eugênica” realizada em alguns estados dos Estados Unidos nas décadas de 1930 e 1940. No momento em que seu livro foi publicado (década de 1980), a autora afirmava: “O mundo inteiro está empenhado numa orgia de cortar e cauterizar tecido humano reprodutivo” (GREER, 1987, p. 92). Tal afirmação é ilustrada com informações sobre dados que

evidenciam ações massivas de esterilização de mulheres em países pobres. Também cita campanhas de realização de vasectomia na Índia, consolidando uma política de controle.

Luzinete Simões Minella (2005) fez uma análise sociológica das abordagens clínicas sobre esterilização feminina entre 1981 e 1992²⁶⁷ e identificou controvérsias. Existem abordagens acerca das complicações posteriores; acerca do reforço da indicação, apesar destas complicações, por conta da eficácia do método e da sensação de segurança que proporciona às mulheres; posições ambivalentes; autores que se posicionam de forma cautelosa e autores que relatam casos de complicações graves. Enfim, há um amplo espectro de interpretações para o tema.

No Brasil, em 1993, foi publicado um relatório²⁶⁸, como resultado de uma comissão parlamentar mista de inquérito, que teve como objetivo investigar a realização de esterilização massiva de mulheres. Tratava-se de uma prática ilegal, até ser autorizada pela Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. A referida lei autorizou tanto a realização de ligadura quanto a vasectomia.

Se este tema – esterilização, regulamentação e garantia de realização pelo SUS - foi ponto de pauta importante dos movimentos em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos na década de 1980 e 1990, atualmente perdeu força política. Artigo recentemente publicado, de autoria de Alice M. Miller e Minz J. Roseman (2013), trata do tema dos direitos sexuais e reprodutivos no âmbito da ONU. As autoras escolheram a questão da orientação (homo) sexual e o aborto para tratar dos direitos humanos. Ao mesmo tempo em que houve um reconhecimento formal de alguns direitos relacionados à sexualidade e à reprodução, as autoras identificaram “fraturas e estagnações”. Portanto, há muito que se avançar ainda.

A formação ética e humanística, proposta por entidades médicas e governamentais no Brasil, tem o compromisso de fazer com que qualquer profissional de saúde reconheça em quem está sentado à sua frente, que busca assistência médica e de saúde, mais do que um conjunto de células ou de órgão afetados, um ser humano. Permanecemos numa sociedade que sequer alcançou equidade com base

²⁶⁷ Esta pesquisa analisou quatro artigos nacionais e 23 internacionais, de distintos países, como México, Cuba, Venezuela, Trinidad, Dinamarca e Estados Unidos, além de publicações da OMS.

²⁶⁸

Disponível

em:

<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=78880>

em pilares da biopolítica clássica de Foucault – gênero, raça, classe social -, informa Francisco Ortega, e já avançamos para biossociabilidades contemporâneas, sistemas em que impera a “ideologia da saúde”, ao pregar um conjunto de práticas e “cuidados corporais, médicos, higiênicos e estéticos”. O mapeamento do corpo contemporâneo deve ser acompanhado de uma quebra do monopólio sobre as decisões a serem tomadas sobre esse mesmo corpo. Tornar o princípio ético da autonomia viável significa partilhar percepções, informações, conhecimentos e decisões. Através da leitura dos TCRs, identifiquei dubiedades. Os discursos perpassam tanto órgãos afetados e doenças, prescrevem comportamentos, como abrem espaços para singularidades e subjetividades.

Um dos trabalhos que merece atenção pelo problema de que trata é o da endometriose. Por que se destaca? Além de ser considerada uma “patologia benigna” - logo, não é câncer -, poderia permanecer em segundo plano entre os temas de estudo. Mas não foi. Além de ser incluída como pauta na realização de um TCR, diferencia-se desde o título. Em primeiro lugar, porque insere as mulheres como sujeitas e manifesta preocupação com sua qualidade de vida. É uma doença que, pelo quadro de dor que provoca, interfere significativamente em suas atividades cotidianas, incluindo a vida sexual. Ao ler este trabalho, deparei-me não com o “tratamento do câncer”, nem com a “lesão perineal”, nem com a “gemelaridade” ou a “dor pélvica”, tampouco com “gestação pós-data”, mas com mulheres que sofrem de um sintoma – a dor -, que recebem um diagnóstico, e para as quais são apresentadas possibilidades de tratamentos, além de serem ouvidas para fins de avaliação do impacto da doença em sua qualidade de vida. Com tais procedimentos, conclui-se que não interessa apenas que o tratamento seja efetivo ou não, mas saber de seu impacto positivo, seja pela ótica médica, seja pela das próprias mulheres. É uma perspectiva interessante para o enfoque da ação médica.

Mesmo que de forma incipiente e pouco regular, reconhecem-se os direitos das mulheres, apesar de ainda não plenamente difundidos, e o exercício da autonomia como importante para a tomada de decisões. São atitudes que abrem caminhos para ampliar conquistas, assim expressas:

“Direitos no parto - A presença do acompanhante como símbolo”. “A presença de acompanhante durante o parto é uma vitória recente das mulheres garantida pela lei 11.108/05, porém nem todas as mulheres conheciam este direito quando

interrogadas na primeira entrevista”; “Ressalte-se as técnicas aprendidas para conforto, uma melhor compreensão do seu corpo, da fisiologia do parto e das intervenções e rotinas hospitalares. Acredita-se que esses pontos tenham contribuído para que a história do parto dessas mulheres tenha sido vivida com mais consciência e portanto, autonomia”. (2-07).

Parece-me que, finalmente, os discursos dos editoriais da RBEM, dos documentos governamentais, das diretrizes curriculares, repercutiram na formação discursiva de uma médica residente:

“Outra questão importante diz respeito à formação médica. Sugere-se que o aprendizado e discussão de aspectos emocionais da parturição e desenvolvimento de habilidades de comunicação sejam essenciais para uma prática humanística e boa relação entre médico e paciente” (2-07).

Esse TCR também ressalta a fala das mulheres, sua autonomia, seu empoderamento, a promoção do conhecimento do próprio corpo para fortalecer seu processo decisório.

Já a discussão acerca do tema autonomia está entre os debates mais complexos no campo da Filosofia, da Ética, da Sociologia. Teço algumas considerações a fazer acerca do significado fundamental que adquire no discurso médico. A palavra autonomia tem sido citada em muitos documentos, leis e palavras de ordem da contemporaneidade; daí provém meu desejo e necessidade de compreender sua origem e seu significado filosófico.

Conforme a compreensão identificada no dicionário Wikipédia²⁶⁹, que pode ser acessado livremente na rede mundial de computadores, o conceito de autonomia representa o seguinte:

Autonomia do grego, *autos*, por si só, mais *nomós*, que pode ser duas coisas, lei, e ao mesmo tempo, território. Em ciência política é a qualidade de um território ou organização de estabelecer com liberdade suas próprias leis ou normas. Filosoficamente, o conceito de

²⁶⁹ Proposta de enciclopédia multilíngue e escrita de forma coletiva, portanto não tem caráter acadêmico, mas de senso comum.

autonomia confunde-se com o de liberdade, sua razão individual²⁷⁰ (grifos meus).

O mesmo dicionário atribui sua origem ao pensamento de Kant, para quem “ser livre é ser autônomo, isto, é dar a si mesmo as regras a serem seguidas racionalmente”. O uso da razão só é possível com liberdade, e esta, com o conhecimento. O uso de liberdade está relacionado à vontade, a qual não pode ser bloqueada pela heteronomia²⁷¹. Seguindo nesta linha de raciocínio, “a pessoa dotada de liberdade, ou seja, sem intervenções de outrem, pode fazer uso desta, porém o fará com maior clareza se seu conhecimento e consciência de sua liberdade existir”. Assim, o conceito de liberdade é associado à noção de ser livre e à capacidade para agir, utilizando a vontade²⁷².

Autonomia, segundo dicionário de filosofia²⁷³, designa sua origem ao pensamento de Kant, sendo utilizado para “designar a independência da vontade em relação a qualquer desejo ou objeto de desejo e a sua capacidade de determinar-se em conformidade com uma lei própria, que é a da razão”. A grande contribuição do pensamento de Kant para pensar a autonomia dos seres racionais é justamente a máxima de que não podemos dispor do(a) outro(a) como meio; todos devem conter em si o fim de cada ação.

Para dialogar com o que foi apresentado acerca da autonomia, Foucault (2006) revelou como a Medicina se constituiu como campo de saber e como espaço de poder, e usurpou a possibilidade de autonomia dos sujeitos que recebem seus cuidados. Não restringiu as críticas à Medicina e sua institucionalização; estendeu-as ao seu mercantilismo, ao seu saber frágil e ao poder sem limites que exerceu sobre a vida e os corpos dos seres humanos. Assim, o que o autor denominou de “grandes máquinas disciplinares”, dentre as quais podemos situar os sistemas de saúde, trata de “apreender o indivíduo, saber o que ele é, o que ele faz, o

²⁷⁰ Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Autonomia>. Acesso em: 26 jul. 2010.

²⁷¹ “Consiste na sujeição do indivíduo à vontade de terceiros ou de uma coletividade. É conceito básico relacionado ao *Estado de Direito*, em que todos devem se submeter à vontade da lei”. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Heteronomia>. Acesso em: 26 jul. 2010.

²⁷² Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Liberdade>. Acesso em: 26 jul. 2010.

²⁷³ Cf. ABBAGNANO, 2000, p. 97.

que se pode fazer dele, ou onde é preciso colocá-lo, como situá-lo entre os outros”²⁷⁴.

Para complementar, recupero outro pensamento de Foucault acerca dos “estados de dominação”²⁷⁵, que ele caracterizou por relações de poder cristalizadas e que podem ser exercidas em distintos espaços da vida privada ou pública. Nesse contexto, as práticas de liberdade não existem, ou existem unilateralmente. Foucault propôs uma questão: “Como se pode praticar a liberdade?” A prática da liberdade é uma questão ética; “a liberdade é a condição ontológica da ética”. O cuidado de si como liberdade individual foi pensado como ética, ou seja, a compreensão era de que, para exercer a boa conduta e a prática da liberdade fosse preciso cuidar de si como forma de autoconhecimento, superação e domínio dos sentimentos arrebatadores. É mais. Cuidar de si é conhecer regras e princípios que norteiam a conduta humana; por isto, relaciona-se com a ética²⁷⁶.

O autor não utiliza a palavra poder, mas justifica por que utiliza “relações de poder”, compreendendo-as como relações que acontecem entre pessoas livres, ao tentar uma conduzir a conduta da outra. Assim, estabelece uma relação entre poder e liberdade. Neste sentido, pergunta e responde: “Quem diz a verdade? Indivíduos que são livres, que organizam certo consenso e se encontram inseridos em certa rede de práticas de poder e de instituições coercitivas”²⁷⁷. Encerro este rápida incursão sobre a questão da autonomia com a afirmação de Foucault ao questionar todos os fenômenos de dominação, seja política, econômica, sexual ou institucional, ao apresentar o imperativo socrático: “Constitua-te livremente, pelo domínio de ti mesmo”²⁷⁸.

A resolução do Conselho Federal de Medicina²⁷⁹ aprovou o novo código de ética médica admitindo, em seu preâmbulo: “Considerando a busca de melhor relacionamento com o paciente e a garantia de *maior autonomia* à sua vontade [...]” (grifo meu).

²⁷⁴ Cf. FOUCAULT, 2006, p. 57.

²⁷⁵ Id., 2006, p. 266.

²⁷⁶ FOUCAULT, 2006, p. 267-270.

²⁷⁷ Cf. FOUCAULT, 2006, p. 283.

²⁷⁸ Id., 2006, p. 287.

²⁷⁹ Resolução CFM Nº 1931/2009 (Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90)
(Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173).

No capítulo I - Princípios Fundamentais, em seu inciso VII, afirma:

O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente” (p.34)

“XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, *o médico aceitará as escolhas de seus pacientes*, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, *desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas*” (p.36) (grifos meus).

Nestes artigos iniciais, percebe-se que existem dois seres distintos com autonomia: os médicos, com sua autonomia profissional, e os pacientes, que não têm autonomia plena, mas que podem ter uma “maior autonomia”, desde que “garantida” pela(o)s médica(o)s.

Poder-se-á subentender, por esta frase, o reconhecimento de que os pacientes não têm autonomia e que, por isso, o atual código possa determinar às(aos) médica(os) que proporcionem maior autonomia aos pacientes? Existe maior ou menor autonomia, ou simplesmente autonomia? Mas se, numa perspectiva filosófica, é um direito dos seres racionais, de posse da sua vontade e no exercício de sua liberdade, pode-se admitir que o exercício da autonomia seja “concedido” por outra pessoa?

Também ressalto outra parte do texto, na qual se diz que as(os) médicas(os) “aceitam” a escolha, “desde que”. Entendo estar implícito nestes termos que há quem julga quando uma decisão está adequada e que, neste caso, não é a pessoa de posse da sua autonomia, mas outro ser, com autoridade para determinar o que é adequado e cientificamente validado ou não. É possível haver um diálogo entre esses seres humanos para que a autonomia não represente um paradoxo, ou que o exercício da autonomia de um represente a não-autonomia de outro?

O capítulo IV – Direitos Humanos -, estabelece os seguintes artigos: (p. 47-48)

É vedado ao médico:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 24. *Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo*(grifo meu).

Nos comentários finais sobre o Código, está escrito (p.79-80):

O princípio de liberdade do indivíduo é outro pilar do atual Código. *O sujeito é livre para escolher seu médico, livre para aceitar ou rejeitar o que lhe é oferecido: exames, consultas, internações, atendimento de qualquer espécie, prontuários médicos, participação em pesquisa clínica, transmissão de dados, etc. Mas o exercício da liberdade depende de o paciente receber informações justas, claras e adequadas.* Daí a importância do consentimento informado, livre e esclarecido (grifos meus).

Buscou-se um código justo, já que a Medicina deve ser sempre equilibrada entre o serviço ao indivíduo, a saúde pública e o bem-estar da sociedade. O imperativo é o princípio de liberdade do médico, que deve estar conectado com a liberdade do paciente. Este é o contrato tácito e implícito em todo ato médico, que permeia o Código (p.81).

Ressalto, nestes comentários, tendo por referência o pensamento kantiano sobre a autonomia, alguns aspectos importantes a ser reafirmados, que podem ser valorizados e difundidos para garantir efetivamente a afirmação da autonomia de cada ser humano na determinação de suas escolhas. É a combinação entre autonomia, liberdade e conhecimento. Há, de fato, necessidade de que os seres humanos sejam informados, tenham acesso ao conhecimento sobre todos os procedimentos que dizem respeito aos seus corpos e, com base neste conhecimento, possam agir com liberdade e assim decidir sobre o que desejam, exercendo a autonomia como máxima da sua razão.

Através dos estudos de Ana Paula Martins (2004, 2005), pode-se constatar que a “medicina da mulher” - a Ginecologia e a Obstetrícia – constituíram campo de saber como um “estado de dominação” na

concepção foucaultiana, no qual as decisões acerca dos processos dependiam dos médicos, sem espaço de liberdade para as mulheres decidirem sobre seus corpos (no âmbito da sexualidade e reprodução) e sobre fatos de sua vida cotidiana. Este conhecimento consolidou-se como verdade, sem possibilidade de interlocução.

Na atualidade, com o avanço dos estudos feministas, o desafio é promover um diálogo interdisciplinar com as ciências médicas, justamente com o objetivo de fomentar relações igualitárias e equânimes na prática cotidiana, para garantir a máxima da autonomia tanto para mulheres quanto para os profissionais médico(a)s, buscando validar o princípio kantiano que a humanidade seja exercida sempre como fim e nunca como meio.

As situações de saúde e doença retratadas nesses trabalhos são de distintos níveis de complexidade; perpassam momentos de vida das mulheres muito próprios de cada uma delas e demonstram a necessidade da formação médica humanística, tão propalada pelas entidades médicas e contida nas diretrizes curriculares. Some-se a isso a preponderância de reconhecer o que apontou Débora Diniz num editorial da RBEM (n. 3/2003): “Educação médica: também uma questão de gênero”.

Estudo recente sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos na educação em saúde pública aponta questões interessantes (ALLOTEY, Pascale A. *et al.*, 2013). Assinam este artigo pesquisadoras e professoras da Malásia (Pascale A. Allotey), Brasil (Simone Diniz), Líbano (Jocelyn Dejong), Bélgica (Thérèse Delvaux), Estados Unidos (Sofia Gruskin) e África do Sul (Sharon Fonn). As conclusões indicam que este tema não está integrado aos currículos; depende de interesses pessoais de docentes, de cursos de curta duração e recomenda uma integração multidisciplinar. Em especial, no contexto brasileiro, a agenda de saúde para as faculdades e cursos da saúde foi politizada, com significativa participação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco²⁸⁰). O artigo cita iniciativas que incluíram, já na década de 1990, questões de saúde sexual e reprodutiva no âmbito da saúde pública. Havia parcerias entre universidades e ONGs em trabalhos comunitários. Vinte e três universidades brasileiras abordam questões de gênero e saúde, incluindo os direitos sexuais e reprodutivos. Há, nessa discussão, uma diversidade no conteúdo, contemplando “teorias de gênero, história, programação em saúde, morbimortalidade, [...] contracepção, aborto, diversidade sexual, masculinidades, doenças sexualmente transmissíveis e HIV”. “Toda a politização e ativismo, porém, não alterou uma realidade em

²⁸⁰ A entidade tem, desde 1994, um Grupo de Trabalho de Gênero.

que a regra é a hipermedicalização da saúde da mulher” (ALLOTEY, Pascale A.*et al.*, 2013, p. 70).

Na relação entre práticas médicas e as mulheres e seus corpos, há que se ampliar e consolidar um caminho que garanta a prerrogativa da autonomia e o direito à decisão como superação ao “submeter-se”. Ao invés da prevalência de “pacientes submetidas”, o êxito de “mulheres com autonomia”!

4.7 MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS – ENTRE CONSENSOS E PARADOXOS

Resolvi abordar este tópico por conta da força com que ele apareceu nos textos e despertou minha atenção. Muitos escritos médicos da atualidade fazem apologia da “medicina baseada em evidências” como o suprassumo da pesquisa científica e definidor das melhores condutas a serem adotadas na prática médica. Os editoriais da RBGO, nos últimos anos, ressaltam a importância dessa visão. Tal discurso é reafirmado com frequência nos textos dos TCRs, assim como nos editoriais das revistas científicas analisadas no capítulo 2.

Paradoxalmente, identifiquei que a maioria dos TCRs afirma a “falta de consenso” na literatura médica sobre muitos dos temas abordados.

Exemplifico:

“Não há consenso na literatura sobre o que seria falha de indução sendo esse assunto ainda um ponto de muita discussão” (1-01); “A relação entre DPC e a presença de aderências não está bem definida. Existem algumas evidências de que densas aderências que limitam a mobilidade órgão podem causar dor visceral”. “A definição de DPC é algo que varia de autor para autor, tanto no que diz respeito ao tipo de dor quanto sua real localização” (1-02); “Apesar disto, não há consenso entre os obstetras sobre o momento certo para iniciar a indução do parto” (1-03); “Embora a literatura seja controversa onde alguns estudos considerem a gestação em si como grande responsável pelo comprometimento do assoalho pélvico, outros apontam que a cesariana eletiva antes do início do trabalho de parto poupa de lesão muscular do assoalho pélvico” (1-04); “A

segurança da prova de trabalho de parto após uma cesariana ainda não foi adequadamente estudada, porém as evidências atuais não contraindicam o parto normal” (1-06); “Apesar dos questionamentos sobre a validade da episiotomia rotineira na prática obstétrica, a prevalência deste procedimento é elevada e bastante variada conforme a região do mundo estudada, e o seu uso permanece altamente controvertido. Estima-se que seja empregada em 62,5% do total de partos nos Estados Unidos e em cerca de 30% na Europa, enquanto que na América Latina e no Brasil, ainda vem sendo utilizada em 94,2% como intervenção de rotina em toda primípara e em parturientes com episiotomia prévia”; “Segundo a evidência científica, as lacerações perineais de 1° e 2° graus apresentam melhores resultados que a episiotomia em termos de perda sanguínea, dor, dispareunia, cicatrização e retomada da função muscular, acarretando menos prejuízo para a mãe”. “Assim, na maioria dos partos hospitalares, a episiotomia é praticada como profilaxia das lacerações perineais severas, apesar das escassas evidências científicas de seus benefícios”. “Além de não haver evidências confiáveis de melhores resultados maternos ou perinatais com emprego rotineiro da episiotomia, existem evidências claras de que seu uso comporta riscos”. “Porém, ainda há controvérsias dentre os obstetras do corpo clínico em relação aos critérios de utilização da episiotomia, para que o seu emprego atinja o objetivo maior que é beneficiar a futura mãe, para que o parto seja uma experiência prazerosa, causando os menores danos possíveis”; “Há uma falta de evidência de alta qualidade para servir de base para recomendações de rotina da episiotomia versus sem episiotomia, ou formular recomendações favorecendo uma abordagem sobre a outra”; “Apesar da experiência de muitos obstetras, o que lhes permite defender suas condutas e práticas na assistência ao parto, e imputarem a elas um caráter de “verdade absoluta”, a obstetrícia atual vem procurando cada vez mais ditar suas normas com base em evidências científicas. Infelizmente, os resultados

de estudos controlados e aleatorizados ainda não conseguiram responder todas as questões relacionadas à prática da assistência ao parto” (2-02); “O exato mecanismo de ação do SIU-Lng no controle da dor em mulheres portadoras de endometriose ainda é incerto, citando-se várias ações locais e sistêmicas do levonorgestrel sobre o tecido endometrial tópico e ectópico”; “[...] mas são poucos os estudos que se dedicaram a investigar as queixas relacionadas à sexualidade das mulheres com endometriose” (2-04); “Entretanto, não há estudos na literatura que comprovem esses riscos potenciais” (para se referir ao uso de anticoncepcionais combinados para mulheres que amamentam); “Ainda não há um consenso na literatura acerca da utilização do DIU inserido no pós-parto em relação à segurança e eficácia do método. Uma recente revisão sistemática da *Cochrane* chama a atenção para a falta de estudos randomizados controlados na literatura, comparando as inserções imediatas e tardias do DIU pós-parto e enfatiza a necessidade de ensaios clínicos sobre DIU na contracepção pós-parto e, inclusive, pós-aborto”. “Os dados em relação à taxa de expulsão do DIU inserido pós-dequitação imediata são controversos na literatura [...]”; “Os motivos para essas diferenças em relação às taxas de expulsão do DIU e seu momento de inserção no pós-parto, ainda não são bem descritos na literatura”; “A indicação da ultrassonografia de rotina para o controle do posicionamento do DIU ainda é controversa na literatura, devido ao custo-benefício desse exame [...]” (2-06); “Contribui para este novo cenário a revisão de práticas obstétricas proposta pela medicina baseada em evidência, que tem apontado na direção da abolição de rotinas que são consideradas ineficazes e que provocam dor e sofrimento como: restrição de alimentos durante o trabalho de parto, Manobra de Kristeller e episiotomia rotineira. E também demonstrado como práticas tradicionais – puxo fisiológico, livre movimentação, e posições verticais - são seguras e devem ser encorajadas.” “Apesar de limitadas, existem evidências na literatura que

corroboram para o benefício de programas de preparação para gestantes. “Em estudo realizado na Dinamarca, 1.193 mulheres foram randomizadas para receber nove horas de *antenatal classes* ou pré-natal regular. Encontrou-se que o primeiro grupo tinha mais chance de ser admitida no hospital em trabalho ativo de parto e receber menos intervenções como analgesia de parto. Outro estudo randomizado mostrou que mulheres que receberam informações sobre mitos, problemas e benefícios da amamentação tinham mais chance de amamentar seus bebês. Ainda, estudos sobre auto-confiança materna durante o parto trazem evidência que corrobora com a hipótese de que ela pode reduzir a percepção da dor durante o parto”. “Os benefícios do Yoga sugeridos pela literatura médica envolvem melhora de dor lombar, depressão, ansiedade e insônia”; “[...]atentar para o fato de que as rotinas devam ser pautadas pela melhor evidência científica disponível, associada ao amparo emocional que fortaleça a mulher enquanto sujeito”; “Revisão sistemática da base de dados Cochrane demonstrou recentemente que mulheres que recebem suporte contínuo durante o trabalho de parto correm menos risco de cesariana ou parto operatório, usam menos medicação para alívio da dor, ficam mais satisfeitas e têm trabalho de parto mais curto”. “Para além dos benefícios comprovados pela evidência científica a presença de um acompanhante a ser escolhido pela mulher parece essencial para garantia de seu bem-estar emocional”. “O desconhecimento dos riscos de tais intervenções aliado à crença irrestrita no saber médico parece colocar as mulheres em situação de vulnerabilidade como demonstra estudo [...]”; “Acredita-se que a melhoria da assistência obstétrica depende de um tripé – adequações institucionais, prática baseada em evidência e empoderamento das mulheres” (2-07); “A epidemiologia desta doença varia conforme o local de estudo e os dados são de difícil comparação devido à divergência de denominadores” (2-09).

4.7.1 Polêmica entre “evidências científicas” X “experiência” como forma de “verdade absoluta”

Este conjunto significativo de exemplos, relacionados a temas os mais diversos, demonstra a fragilidade de se justificar o uso da “medicina baseada em evidências” como critério fundamental para basear e direcionar todas as ações médicas²⁸¹. É uma intenção, uma forte intenção. Compreendo que represente uma construção discursiva muito importante para legitimar as práticas médicas contemporâneas. Em algumas áreas, como na Obstetrícia, tornou-se um discurso político para garantir e justificar mudanças significativas em práticas assistenciais consolidadas, caso da realização de episiotomia de rotina e outras práticas intervencionistas. Hoje, é um discurso legitimado para questionar essas práticas, nas quais as próprias mulheres se apóiam para questionar essas intervenções. Este discurso contém dubiedades. Afinal, a recusa à episiotomia por uma mulher não basta. O desejo das mulheres em ter acompanhante no momento do parto não basta. Foram necessárias pesquisas para comprovar que sua “palavra” tem “validade científica, em momentos significativos de suas vidas. Estas considerações estimulam a pensar sobre possíveis caminhos como perspectiva. Há uma imbricada relação entre os estudos feministas e as ações políticas dos movimentos feministas e movimentos de mulheres que pode contribuir para pautar pesquisas médicas, buscando constituir diálogos interdisciplinares e múltiplas formas de abordar temas e questões distintas.

4.8 RESIDÊNCIA MÉDICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FORMAÇÃO VOLTADA PARA QUEM, PARA QUÊ?

Quanto à análise dos temas abordados, ainda se percebe uma primazia da obstetrícia, do câncer de mama e do colo de útero. Temas como a sexualidade feminina não estão na pauta dos estudos; permanecem invisibilizados na grande maioria dos TCRs ou associados a comportamentos de risco. A vivência da sexualidade, como fonte de prazer e satisfação, não integra o contexto de vida. Mais, todos os instrumentos de coleta de dados partem do pressuposto de relações sexuais heterossexuais. Mulheres lésbicas são relegadas à invisibilidade, como se quem procurasse os cuidados de ginecologistas e obstetras fossem mulheres que têm relação sexual com homens.

²⁸¹ Já citei o artigo Castiel & Pova (2001). Portanto, não é uma polêmica nova.

Reconheço a importância de identificar os TCRs que se referiam ao impacto de determinado evento (como a endometriose e a consequente dor que desencadeia) na qualidade de vida dessas mulheres, em particular por expressar uma avaliação da qualidade de vida que considerava a percepção da cada mulher sob distintos aspectos de sua vida cotidiana. Também saliento a realização de vivências com mulheres grávidas, às quais foi possibilitado expressar medos e mitos sobre evento tão significativo de suas vidas, como é o parto. Destaco o compromisso da médica em empoderar estas mulheres, para fortalecer seu poder pessoal e envolvê-las numa situação de reconhecimento de direitos.

Outro aspecto, abordado por Londa Schiebinger e identificado na análise dos TCRs, trata do questionamento realizado por antropólogas médicas acerca da padronização da menstruação e menopausa. Muitas vezes, utiliza-se o padrão de mulheres estadunidenses e europeias para determinar condutas “universais”. Nos TCRs analisados, identificam-se muitas citações de pesquisas publicadas em outros países, não apenas nos Estados Unidos e Europa. No campo da saúde, atualmente, muitas pesquisas são “multicêntricas”, porque realizadas concomitantemente em distintos países. Isto implica alto custo e dificuldades de financiamento. Além disso, identifiquei que documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde têm credibilidade como fonte referencial. Mas, efetivamente, artigos publicados em língua inglesa gozam de muito maior prestígio, mesmo fora dos Estados Unidos e da Inglaterra. Talvez eu possa inferir o quanto seja necessário um investimento público no Brasil para financiar pesquisas que permitam conhecer a diversidade de nossa realidade. Recentemente, houve uma grande pesquisa – Nascer no Brasil -, financiada pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz²⁸²), que teve uma amostra de 24.000 mulheres entrevistadas, em 191 municípios brasileiros e em 266 estabelecimentos de saúde públicos e privados. Sem dúvida, uma grande contribuição à pesquisa brasileira, que deve inspirar iniciativas semelhantes.

Outros aspecto que destaco, além da dimensão continental de nosso país, são as diversidades regionais, a composição da população. Portanto, muitas pesquisas são necessárias, com enfoques

²⁸²Os dados preliminares desta pesquisa podem ser acessados em: <http://www.fiocruz.br/fiocruzbrasil/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=970&sid=6>

metodológicos múltiplos, quantitativos e qualitativos, para esmiuçar essa realidade múltipla e distinta.

É um desafio para o movimento feminista – pautar temas e métodos de pesquisa para entrar na agenda científica brasileira. É um desafio para as pesquisadoras feministas - assumir uma pauta de pesquisa envolvida e imbricada com a Medicina, não apenas para o exercício da crítica, mas para buscar pontos de sinergia. Cito como importante o que escreve Bruno Latour (2000), que defende a necessidade de associação e interdependência entre a produção de fatos novos (conhecimento) x financiamento x política de Estado. Portanto, as feministas devem ocupar os espaços como as cientistas de “dentro” e de “fora” do laboratório. Afinal, segundo Latour, “a tecnociência tem um lado de dentro porque tem um lado de fora”.

Estabeleço uma conexão entre a frase de Latour – o lado de dentro e o lado de fora da ciência -, com a afirmação de Londa Schiebinger, já citado no início deste capítulo, acerca da importância de feministas de dentro e de fora da Medicina. Posso identificar algumas apropriações de palavras-chave que circulam nos debates mais contemporâneos e recentes de textos, tanto de movimentos feministas, como de pesquisas feministas. Identifico também o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos (com primazia dos direitos reprodutivos), o reconhecimento da autonomia das mulheres. Muitos destes avanços são reflexos das políticas pautadas nos movimentos feministas e de mulheres desde a década de 1980 e, mais recentemente, observados em textos médicos.

Neste sentido, ações que promovam a ampliação do conhecimento das mulheres acerca dos seus corpos, como aconteceu com o TCR (2-07), que retratou a realização de vivências com mulheres grávidas, devem ser valorizadas. Tais ações são fundamentais para assegurar o compartilhamento de informações, desfazer mitos e medos, fortalecer a autonomia e o poder de decisão. De fato, são práticas que já fizeram parte do cotidiano de grupos de mulheres em contextos distintos, como em meados da década de 1960, conforme relatos de Joana Pedro (2013). Representam iniciativas que têm por base os princípios históricos das ações feministas, relacionadas à efetivação da grande bandeira de luta, que continua tão atual: *meu corpo me pertence*. Pode ter sido uma experiência única nos relatos apresentados, mas é uma prática assistencial a ser valorizada e propalada!

Emily Martin (2006) já escreveu o quanto as mulheres são afetadas pelos conceitos médicos e científicos sobre seus corpos, ou parte deles, ou dos processos fisiológicos, como menstruação, parto e

menopausa. Neste sentido, é importante que se adotem o vocabulário e as formações discursivas que rompem com a “submissão” das pacientes às decisões médicas e que possam se refletir em práticas médicas distintas. Quando identifico TCRs que abordam e investigam aspectos subjetivos da vida das mulheres que se refletem em sua qualidade de vida, quando identifico TCR que se preocupa em utilizar abordagens vivenciais para tratar de tema comum, mas repleto de medos e mitos, como o parto, considero que se avança na perspectiva de valorização e promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Experiências como estas caminham no sentido do que Emily Martin propõe, que é integrar o biológico e o social, conjugando um conhecimento importante acerca dos hormônios e dos genes com uma visão mais ampliada do conjunto de fatores que caracterizam a complexidade do viver humano.

Reforçando o que já escrevi sobre a análise de Anne Marie Moulin (2008), apesar de a ciência e o direito reconhecerem a singularidade e os direitos individuais, a autonomia referida é um ideal filosófico ainda longe de encontrar sua materialidade na vida cotidiana de tantas mulheres. Os exames microscópicos, através das biópsias, tão citados, constituem importantes fontes diagnósticas para sugerir ações mais rápidas e eficazes na indicação terapêutica para muitas patologias, embora necessitem estar conectados para garantir o reconhecimento das subjetividades e não apenas tratar de sua materialidade. Tratar não quem tem um corpo, mas quem é um corpo!

CONCLUSÕES

O desafio de realizar a pesquisa e escrever a tese teve por base a curiosidade de navegar entre os caminhos da autonomia das mulheres e a denominada “Medicina da Mulher” – Ginecologia e Obstetrícia. Os ventos que sopram são favoráveis? As correntes contribuem para viagens tranquilas e seguras? É possível navegar apenas com a precisão da tecnologia dos GPS²⁸³ ou ainda é necessária a poética leitura do céu para observar as estrelas e constelações?

Utilizo a metáfora da navegação, pois, como dizia o poeta Fernando Pessoa, “navegar é preciso, viver não é preciso...” Quando li esta poesia pela primeira vez e, durante algum tempo, pensava no adjetivo “*preciso*”, senti nele um sinônimo de “necessário”. Ao me aventurar a navegar, dei-me conta que o sentido é de “precisão”. Para navegar, é necessário conhecer, além das regras de navegação e de manejo das embarcações, a sábia leitura do céu e das cartas náuticas. É necessário sentir e identificar a direção do vento e perceber a direção das correntes. Da mesma forma, esse caminho entre mulheres e Medicina conta com a precisão dos diagnósticos imagéticos, mas necessita dos cinco sentidos para perceber cada mulher de forma singularizada e realizar uma escuta além dos batimentos cardíacos ou dos ruídos respiratórios.

A partir da minha trajetória política e acadêmica, busquei construir a questão desta tese e seu percurso metodológico, relacionando conhecimento da Medicina com a autonomia das mulheres. Assim surgiu a pergunta-base, exposta na introdução e que aqui repito: Qual é a concepção de corpo que permeia a formação dos programas de Residência Médica na área da Ginecologia e Obstetrícia e como se dialoga com os estudos feministas contemporâneos?

Para responder à questão, a viagem de quatro anos foi permeada de muitas situações distintas. Houve períodos de calma, que me obrigaram a ter paciência, a estudar muito e a aguardar o processo de formulação de ideias e de construção de reflexões teóricas que subsidiassem minha pesquisa. Em outros momentos, bons ventos me impulsionaram a navegar e a alcançar baías e portos seguros. Em outras situações, o contravento fez com que eu navegasse em zigue-zague

²⁸³ Global Positioning System (GPS) é um sistema de navegação por satélite, que transmite informações precisas sobre localização a um receptor móvel. Mesmo com essa tecnologia, a habilitação para prova de capitão exige conhecimentos de navegação astronômica.

perseguindo meus objetivos. É claro que houve tempestades pelo caminho, e foi necessário abaixar as velas e esperar pela calmaria. Mas quem navega, literal ou metaforicamente, sabe que este caminho é repleto de espetáculos e cenários, como um belo pôr-de-sol, noites repletas de estrelas, noites de lua cheia, golfinhos e cardumes, revoada de pássaros, além de outras(os) navegadores que cruzam nossos caminhos, com quem podemos compartilhar experiências e realizar trocas instigantes.

Neste percurso, para responder à questão da tese, o referencial feminista se baseou algumas premissas, que torno a subscrever, por fundamentais na configuração dos resultados do trabalho. Em primeiro lugar, a necessária ruptura com categorias de análise clássicas, e a experiência de se sentir à deriva como propõe a teoria feminista, convivendo com a instabilidade das categorias analíticas (SANDRA HARDING, 1993). Em segundo lugar, realizar uma pesquisa construída com inspiração emancipatória.

Quanto à relação feminismos e ciência, utilizei várias teorias feministas sobre o uso de categorias mulher/mulheres. Essa foi uma das que surgiram na análise dos textos pesquisados. Instigou-me analisar como as distintas autorias, em diferentes publicações – editoriais, programas, manuais, TCRs – se referiam às mulheres. As categorias modernas apagaram as especificidades. Assim, os estudos feministas foram e são fundamentais para desconstruir as experiências femininas universalizantes.

Como constatei neste trabalho, a Medicina vive um movimento de dilemas. Prevalece, em geral, uma concepção de “mulher” de caráter essencializado e universal, descontextualizada e com foco prevalente no corpo biológico. Um corpo, de acordo com Francisco Ortega, “vivo e não um corpo que vive”. No horizonte, porém, emergem mulheres que expressam seus sentimentos sobre a dor que as acometem, assim como têm sua autonomia reconhecida em processos vivenciais sobre parto e nascimento.

Os “tocoginecologistas” que se intitulavam “o verdadeiro médico da mulher” e que determinavam condutas perdem força diante de um discurso que propõe à Medicina uma formação “humanística”, baseada em ética e direitos humanos, no reconhecimento da diferença das pessoas com deficiência e que assume a educação médica também como uma “questão de gênero”. De uma autoridade de “dono do paciente”, emergem decisões compartilhadas.

A intenção é grande, mas o gesto ainda é pequeno. É essencial compreender a magnitude e a complexidade das questões de saúde

sexual e reprodutiva, que representa bem mais que aspectos técnicos, de acordo com estudo de Allotey *et al.* (2013). A ampliação dessa visão traz no seu cerne algumas bases feministas, como as que reconhecem a necessidade de admitir a interação de aspectos políticos, econômicos, culturais e sociais que permeiam o tema da saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Para dar conta dessa nova visão, ressalto a proposta aqui formulada de fortalecer grupos de pesquisa nessa área. A estratégia é combinar credibilidade, atrair estudantes e incentivar pesquisas. Em várias fontes, editoriais ou TCRs, houve reconhecimento explícito da necessidade de aprofundar estudos sobre várias temáticas.

Identifico mais “permanências” do que “rupturas”. As permanências são mais visíveis nos programas e manuais. Algumas incorporações aparecem de forma menos evidente nos editoriais da Febrasgo e um pouco mais pronunciada nos editoriais da Abem. As rupturas começam a surgir, ainda de forma tímida, nos TCRs. A utilização dessas fontes documentais apresenta limitações que se refletem nas possibilidades de análise e já foram explicitadas no decorrer desta tese. As reflexões aqui apontadas podem instigar uma gama de novas pesquisas e estudos, os quais, além de aprofundar determinados aspectos, poderão despertar ou sugerir novos olhares sobre o tema.

Na inter-relação de Feminismo, Ciência e Medicina, identifiquei uma apologia da “Medicina baseada em evidências” (MBE). Considero um movimento importante para romper com práticas clínicas de “rotina”, baseadas na experiência individual e da “autoridade médica” e implantar novas práticas com justificativa científica de “beneficência”.

Há um discurso dúbio em relação à MBE. Ao tempo em que se valoriza como máxima da ciência contemporânea para definir condutas médicas, reconhece-se não haver estudos suficientes sobre muitos aspectos da prática clínica e sobre muitas enfermidades que acometem as mulheres. Também se admite serem poucos os estudos qualitativos. Muitos aspectos subjetivos da saúde das mulheres, da assistência médica, da prática clínica, da relação médica(o)/paciente, da subjetividade de cada mulher não podem mensurados e comparados.

Esta dubiedade deriva de uma formação médica ainda baseada em três aspectos paradoxais e profundamente contraditórios:

1. a “medicina baseada em evidência”, através dos estudos clínicos e randomizados, das meta-análises, dos estudos multicêntricos;

2. a “experiência”: com valorização da figura da “autoridade”, que é a pessoa que tem o domínio de determinado conteúdo e prática clínica;
3. o “bom senso”: afinal, se não existem “evidências científicas” sobre todas as situações vivenciadas no cotidiano da prática médica; se a formação da residência médica não consegue dar conta de todas as imprevistas situações que aparecem na vida profissional, o “bom senso” é uma qualidade da(o) profissional médica(o) que deve prevalecer, juntando experiência e “autoridade” para definir condutas médicas.

No que tange ao *corpo-imagem*, reconhece-se a importância de toda a tecnologia correspondente, de escaneamento do corpo humano, desenvolvida nos últimos anos, para efetivar diagnósticos, tratamentos e predições acerca da saúde/doença que acomete as mulheres, no âmbito de sua saúde sexual e reprodutiva, com impactos significativos sobre dados de morbidade e mortalidade.

Ao mesmo tempo, a mediação realizada pela tecnologia da imagem, produzindo esse *corpo/imagem*, dá ela conta de toda a dimensão humana da dona desse corpo? Ou, como nos observa Ortega, a relação médica(o)/paciente é desprovida de subjetividade? Os programas de formação médica, através da RMGO, previram em seus programas uma relação “humanística” em que a *imagem* seja apenas um meio? Como isso se refletiu nas formas como a(o)s residentes constroem seus conhecimentos e o formalizam em seus trabalhos?

É incontestável o papel das imagens no diagnóstico e no tratamento de muitas doenças na atualidade. Agora ganham importância e significado, além de “evidência visual”, também as biópsias, as análises bioquímicas e hormonais, o detalhamento e o mapeamento genético.

Terão as possibilidades contemporâneas de decisão socializado o desenvolvimento do conhecimento científico da Medicina e o amplo acesso à informação nas mais distintas formas de comunicação?

Convém pensar como este poder da informação pode usurpar ou conferir autonomia às mulheres, para que, nos mais distintos contextos, possam, com radicalidade, exercer a própria autonomia. Outra questão que considero importante abordar diz respeito à proposta desta tese. A importância de construir argumentos para potencializar um diálogo interdisciplinar entre os estudos feministas e as ciências médicas, não para criar uma ciência especial, mas para encorajar, promover,

incentivar, instigar a apropriação de uma consciência crítica de gênero na formação de jovens médicas(os) ginecologistas e obstetras, por maior que seja o desafio.

Refiro-me, ainda uma vez, às palavras de Sandra Harding (1996, 1993) para dizer que os seres humanos, no caso, as mulheres, não são mentes cartesianas somadas à matéria biológica em movimento. São seres humanos dotados de algo mais que “carne e ossos” que possam ser escaneados ou biopsiados. As histórias de vida, os desejos, os medos, as emoções e os sentimentos devem merecer consideração enquanto tais e não mais e apenas como estatísticas para fazer prognósticos.

Estas questões são importantes, embora não sejam únicas, nem possam ser analisadas isoladamente. Como escreve a autora, sem fomentar o determinismo biológico, as experiências das mulheres com seus corpos, através da menstruação, da menopausa, das práticas sexuais, do parto e do aleitamento materno não podem ser vivenciadas pelos homens. As especificidades não podem ser apagadas, razão por que se deve desconstruir a experiência feminina como universal.

Desfazer a ideia de “homem essencial e universal” também representa desfazer essa “mulher” e sua “evolução biológica”. Devemos assumir que o que encontramos são mulheres imbricadas em seus contextos históricos de classe, raça e cultura, perpassadas por relações de gênero em nossa sociedade. Reforço também o que Londa Schiebinger escreveu, que sexo e raça representam muito mais que variáveis biológicas. Portanto, como tratar da “gestação prolongada”, da “lesão perineal”, do “câncer de mama”, do “câncer de colo”, da “dor pélvica” sem considerar tal complexidade?

Os movimentos e estudos feministas têm um papel fundamental na sociedade – protagonizar ações para pautar políticas públicas de saúde e buscar sua implantação. Tem sido assim desde a implantação do Paism, da Pnaism, dos protocolos de atenção às situações de abortamento legal, às mulheres e adolescentes que sofrem violência sexual, da Lei da/o Acompanhante no Parto, da Lei Maria da Penha, da política de atenção à saúde das mulheres negras, lésbicas e bissexuais.

Pensar a saúde das mulheres inseridas num contexto mais amplo, passa necessariamente pelo SUS. O discurso de ampliação dos espaços de formação médica, privilegiando o SUS em todas as suas instâncias e níveis de complexidade, é veementemente defendido nas publicações da Educação Médica, mas não é visto na formação médica da residência, que ainda tem como espaço privilegiado os hospitais ou maternidades do nível de média complexidade.

A possibilidade da Medicina de se tornar efetivamente um sucesso do feminismo não se fará de “livre e espontânea vontade”, nem exclusivamente pelo desenvolvimento da ciência, da tecnologia, de novas conquistas e de novos conhecimentos. A possibilidade de sucesso depende da inter-relação de múltiplos fatores, como uma ação combinada entre uma ampla divulgação dos estudos e pesquisas feministas, dentro e fora da Medicina, articulada com ações políticas dos movimentos feministas que assumam e façam valer suas pautas na saúde, seja para a assistência, seja para a pesquisa. As relações de poder, em distintos contextos, podem permitir que se pautem essas questões no cotidiano das universidades e na formação de novas(os) médicas(os), abertas(os) ao diálogo interdisciplinar interinstitucional, em que as vozes das mulheres sejam ouvidas, não apenas para relatar “sintomas”, mas para expressar desejos, mesmo que cercados de dúvidas e medos.

Para pensar no significado da ciência como detentora de verdades e, portanto, como definidora de condutas médicas, relembro as reflexões de Denise Sant’Anna (2000). O conhecimento científico acerca do corpo, tanto em seus aspectos biológicos como culturais, adquirem caráter de provisoriedade. Já ressaltai isso no capítulo 2, mas reafirmo aqui. As relações de cada pessoa, de cada mulher com seu próprio corpo e interagindo com o saber médico é transpassada por relações de poder. Posso citar como exemplos algumas questões relativas à saúde reprodutiva, como as práticas contraceptivas, a ampliação do número de hospitais que realizam o aborto legal, a implantação de protocolos para atenção em situações de violência doméstica e sexual, a realização de episiotomia de forma eletiva e não-rotineira, o direito a acompanhante no parto e, mais recentemente, o direito de escolha do local em que as mulheres farão seus partos.

Identifico o efeito da pressão de movimentos sociais e movimentos feministas sobre as questões citadas, aliás refletidas na recente carta publicada pela Febrasgo²⁸⁴ em 22 de novembro de 2013. Depois de muita polêmica e enfrentamentos sobre o assunto, considero muito importante tal manifestação pública, reconhecendo já no título da matéria “Parto domiciliar: um direito de escolha da mulher”. O documento utiliza os preceitos dos direitos reprodutivos e do princípio bioético da autonomia e reforça a importância da expressão da vontade de mulheres e homens sobre esse tema. Em regiões remotas do País, onde há deficiências no sistema de saúde e dificuldade de acesso, mulheres pobres têm seu parto em domicílio. O trabalho das parteiras

²⁸⁴<http://www.febrasgo.org.br/site/?p=7069> Acesso em: 26 nov. 2013.

tradicionais é invisível e sua capacitação é objeto de política pública inquestionável²⁸⁵. Quando mulheres de classes média e alta, porém, intelectualizadas, e de vida pública, optam por parto domiciliar ou em casas de parto, e assim questionam o modelo hegemônico de atenção médica ao parto, forçam uma revisão e um posicionamento público das entidades representativas da categoria médica. Isto evidencia a importância da interlocução política e de ações que deem visibilidade a temas antes inquestionados, como a indicação do parto hospitalar. As taxas de cesáreas de até 90% em hospitais e maternidades privadas também precisam ser enfrentadas com ações políticas que envolvam entidades médicas, universidades e grupos de mulheres formadoras de opinião. Trata-se de contextos que oportunizam possibilidades de diálogo e pactos a serem discutidos, analisados e consensados.

Desejo valorizar as experiências contemporâneas recentes, nas quais as mulheres têm assumido o protagonismo das suas decisões sexuais e reprodutivas. O corpo torna-se, então, efetivamente, não um modelo abstrato e ideal, mas um espaço de construção e conquista de dignidade. Isto significa tratar suas dores e suas doenças, seja endometriose, câncer de mama, de colo de útero ou ovário, mola hidatiforme, de forma efetiva e respeitosa, informando e potencializando a capacidade de decisão de cada mulher.

Recentemente, a polêmica decisão da atriz mundialmente conhecida, Angelina Jolie, em realizar mastectomia bilateral por conta do resultado de exames genéticos que identificam seu potencial de risco, pautou o tema na mídia nacional²⁸⁶ e internacional²⁸⁷. Provavelmente circulou em “rodas de conversa” virtuais, ou não. Várias entrevistas com mastologistas foram publicadas, buscando expor a polêmica entre a

²⁸⁵ Ver publicação do Ministério da Saúde sobre o tema, disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_parteiras_tradicio_nais.pdf

²⁸⁶ Ver notícias a respeito em: <http://g1.globo.com/pop-arte/cinema/noticia/2013/05/com-receio-de-cancer-angelina-jolie-retira-os-seios.html>

<http://revistamarieclaire.globo.com/Mulheres-do-Mundo/noticia/2013/05/revelacao-de-angelina-jolie-me-deu-forca-para-compartilhar-minha-historia-diz-zoraida-sambolin-ancora-da-cnn.html><http://www.cartacapital.com.br/saude/cura-sem-mutilacao/>

²⁸⁷<http://www.cartacapital.com.br/saude/cura-sem-mutilacao/>

indicação médica, a decisão autônoma e o acesso à tecnologia do referido exame²⁸⁸.

Contextos como o citado permitem o surgimento de novas estéticas para o corpo, representados por mulheres ousadas, que ao assumir seu diagnóstico de câncer e “ser submetidas” às cirurgias radicais, como mastectomias ou tratamentos como quimioterapia, optam por realizar tatuagens²⁸⁹, ensaios fotográficos²⁹⁰ e outras ações²⁹¹.

Figura 6 – Tatuagens



Fonte: <http://www.tattootatuagem.com.br/noticias>.

²⁸⁸ Ver notícia que circulou em Florianópolis:

<http://diariocatarinense.clicrbs.com.br/sc/variedades/noticia/2013/05/mastologia-tira-duvidas-sobre-cirurgia-da-atriz-angelina-jolie-4137756.html>

²⁸⁹ Ver notícias em: <http://www.pragmatismopolitico.com.br/2013/02/mulher-tatuagem-banida-facebook-foto-ilega.html>

<http://oglobo.globo.com/megazine/banida-do-facebook-imagem-de-mulher-tatuada-se-torna-viral-7628283>

<http://www.tattootatuagem.com.br/noticias/7112/tatuadores-ajudam-mulheres-com-cancer-de-mama/>

²⁹⁰ Ver a notícia: <http://www.reab.me/ensaio-fotografico-registra-expressoes-de-pacientes-com-cancer-diante-de-mudancas-radicaes-no-visual/> - Ver o vídeo: <http://www.youtube.com/watch?v=pMWU8dEKwXw>

²⁹¹ Ver notícias:

<http://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2013/05/1273191-ex-modelo-com-cancer-da-dicas-de-maquagem-na-internet-para-quem-faz-quimio.shtml>
<http://revistamarieclaire.globo.com/Comportamento/noticia/2013/04/quimioterapia-e-beleza-ex-modelo-cria-projeto-com-dicas-de-beleza-para-mulheres-com-cancer.html>

Minha análise acerca dos temas tratados pela/os residentes em seus TCRs reflete polêmicas atuais. O papel da Obstetrícia no acompanhamento de mulheres com gestações que envolvem riscos é incontestável. A prevalência dos principais problemas que acometem as mulheres grávidas já está posto na literatura médica e ficou bem retratado nos editoriais da RBGO. O que chama atenção e tem sido alvo de debate nacional e internacional, por atividades governamentais como o Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde, são os altíssimos índices de cesarianas no País. A própria Febrasgo, em alguns de seus editoriais mais antigos, chama à responsabilidade a categoria médica, tanto para essa questão como para as altas taxas de mortalidade materna por causas evitáveis. Os TCRs analisados não abordam estes temas. Mas se há que diminuir as taxas de cesarianas, é necessário segurança para a indução do trabalho de parto em mulheres que chegam à fase final da gestação e não o desencadeiam. Dois trabalhos tratam do tema. Um trabalho discute as lesões perineais que acontecem mulheres que têm parto vaginal. A discussão acerca da realização da episiotomia de rotina nas mulheres, prática institucionalizada em muitas maternidades, tem sido questionada no mundo todo. No Brasil também cresce o movimento. O questionamento sobre a banalização da cesariana e a episiotomia de rotina não tem sido realizado apenas por profissionais de saúde comprometidos com o movimento de humanização do parto e do nascimento, inclusive com estudos com enfoques feministas recentes, já aqui citados. Muitos grupos organizados de mulheres têm postado a discussão em blogs²⁹² e novos espaços de discussão, como os que têm crescido na rede. Portanto, da mesma forma que permeia o debate social, está permeando a formação médica.

Outro exemplo relevante que conquistou espaço na sociedade e nos espaços acadêmicos, relacionado à defesa dos direitos sexuais, diz respeito às identidades trans (transexuais e transgêneros)²⁹³. O tema também dialoga diretamente com os saberes médicos. Trata-se de um

²⁹² Ver textos publicados a respeito da episiotomia: <http://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia1.html><http://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia2.html>

<http://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia3.html>

²⁹³ Realizaram-se na UFSC três edições, em 2010, 2011 e 2012, do Seminário Transfobia, Cidadania e Identidades Trans, em consonância com ações políticas realizadas ao redor do mundo. Ver: <http://www.trans-day-nigs-2013.com/>

movimento que defende a despatologização, através de sua retirada dos catálogos de doenças, o DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), da *American Psychiatric Association*, e a Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial da Saúde (OMS), a ser revisto em 2014. Além da ação política, é preciso que a especialidade da Ginecologia se abra à interlocução com pessoas que desejam a mudança de sexo e solicitam intervenções médicas como mastectomias e supressão das menstruações, não por doenças como câncer ou endometriose, mas por assumir uma identidade trans.

Considero igualmente importante que a Medicina, e a Ginecologia e a Obstetrícia em específico, dialoguem com os estudos feministas; penso que as pesquisadoras feministas também podem “adentrar” no mundo do laboratório para compreender a pesquisa denominada “básica” e por ela se pautar, apropriando-se, assim, dos resultados da biologia, dos hormônios, da ocitocina, das endorfinas, dos neurotransmissores, das enzimas, dos vírus, dos códigos genéticos, para dialogar com os contextos culturais, religiosos, políticos, sociais e econômicos em que vivem os diferentes grupos humanos, em especial as mulheres²⁹⁴. Quando eu me refiro a esse “mundo” do laboratório, refiro-me ao lado de dentro e ao lado de fora, nos termos de Bruno Latour.

Os resultados das pesquisas científicas devem ser disponibilizados à população em geral, em linguagem acessível (afinal, como compreender um percentual do nível de significância e um erro de α , ou um valor de $p < 0,01$ ou $p < 0,05$?). O fenômeno da difusão de informação através da rede da internet situa a inclusão digital na agenda política de acesso a bens e serviços. Mas só isso não é suficiente; é importante saber onde buscar informações eticamente confiáveis, como está exposto na gama de direitos sexuais e reprodutivos, que é “ter acesso a informação e benefícios do progresso científico”. Hoje, aquela roda de mulheres que se reunia para falar de suas intimidades e angústias, como relatou Joana Pedro (2012) em texto já citado, foi

²⁹⁴ Cito como exemplo pesquisa sobre medicamentos voltados à satisfação sexual das mulheres (<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2013/06/1295630-laboratorios-investem-na-criacao-do-viagra-feminino.shtml>). Enquanto a “ciência” investe neste tipo de pesquisa, documentário intitulado “Clitório, Prazer Proibido” mostra que, por séculos, o clitório conseguiu a façanha de aparecer e desaparecer diversas vezes. Uma das entrevistadas no documentário é a médica Helen O’Connell, pesquisadora de Melbourne, considerada uma das especialistas nessa questão.

substituída por muitos blogs e grupos de discussão. Cito alguns: “amigas do peito”, “parto do princípio”, “assexuadas”, “mulheres com câncer”, “a canhota”, etc., etc., etc.

Mulheres informadas mudam paradigmas! É o que se tem visto recentemente em inúmeras manifestações sobre o livre direito de escolha do local do parto. Depois de muita polêmica com a categoria médica²⁹⁵, o manifesto lançado pela Febrasgo (citado anteriormente) reconhece esse direito de escolha das mulheres. Mulheres com câncer também não aceitam a posição de “pacientes submetidas” e protagonizam escolhas estéticas para dar visibilidade ao problema, bem como para “reconstituir” suas imagens corporais, independente de cirurgias plásticas e próteses de silicone.

Vivemos num mundo contemporâneo, mediado pela informação, pela imagem. Não é possível fugir disso, negar a realidade, ou apagá-la. Que desafios enfrentam os estudos feministas no que tange a crítica e análise das ciências médicas, da Medicina, e da GO especificamente, como profissão que intervém nos corpos femininos? Reafirmo, mais uma vez, que o diálogo interdisciplinar entre esses múltiplos saberes se torna cada vez mais indispensável.

A assistência ao parto e à maternidade sempre sofreram críticas radicais do feminismo pelas muitas razões expostas no decorrer de toda a tese, mas merece destaque a questão da maternidade como destino biológico de toda mulher. Recentemente, a sociedade brasileira vê setores minoritários de mulheres e homens, intelectualizada(o)s, de classe média e média-alta, que vivem em centros urbanos, que se rebelam contra a lógica imposta pela “Medicina da Mulher” e pela Obstetrícia. Tais pessoas se têm negado a parir filhos nos ambientes hospitalares. Como algumas autoras já identificaram (FEIER; MONTICELLI; KNOBEL, 2013), tal atitude não representa um “retorno ao passado”, mas novas formas de “cuidado de si”. É uma atitude assumida por “casais grávidos”, que constroem parcerias mais igualitárias, envolvendo novas relações de gênero no processo de gestar e parir. São fenômenos antropológicos e sociológicos diferenciados, que representam um “grito de alerta” contra as violências obstétricas e

²⁹⁵ Ver notícias sobre a resolução 266/2012 do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj), que proibia a entrada de doulas, obstetizas e parteiras obstetras em partos hospitalares, que gerou manifestação contrária de médicas obstetras, além de inúmeras entidades de mulheres e de defesa da humanização do nascimento: <http://susbrasil.net/2012/07/20/medica-obstetra-repudia-resolucao-266-do-cremerj/>

institucionais a que muitas mulheres são “submetidas” em sua história obstétrica. É um fenômeno que vem crescendo numa aliança entre mulheres grávidas, homens que vão se tornar pais, enfermeiras obstetras e um setor minoritário de obstetras, que se dispôs a acompanhar o parto domiciliar ou em casas de parto. Portanto, “eu decido onde vou parir”! Em 2012, houve várias manifestações em cidades brasileiras, como São Paulo, Campinas, Sorocaba, Rio de Janeiro, Brasília, Recife, Florianópolis, Fortaleza, Salvador, Porto Alegre²⁹⁶.

Figura 7 - Manifestações em cidades brasileiras pró-parto em casa



Fonte: <http://pt.slideshare.net/ligiamsena/marcha-do-parto-em-casa-florianopolis-13363361>

Apesar de esse movimento ainda apresentar, em seu discurso, visões negadas pelo feminismo²⁹⁷, as pesquisadoras feministas não podem, do ponto de vista social, fechar os olhos para o fenômeno. Ele representa uma ruptura com o modelo tradicional que a “Medicina da Mulher” construiu e consolidou no século XX e busca reafirmar que quem decide sobre o parto e sobre o nascimento são as mulheres que vivenciam o processo. As decisões médicas eventualmente necessárias devem ser feitas com informação, diálogo e decisão compartilhada. É uma nova postura que obriga necessariamente a uma reflexão acerca dos modelos construídos e “naturalizados”. Para não cair na armadilha que

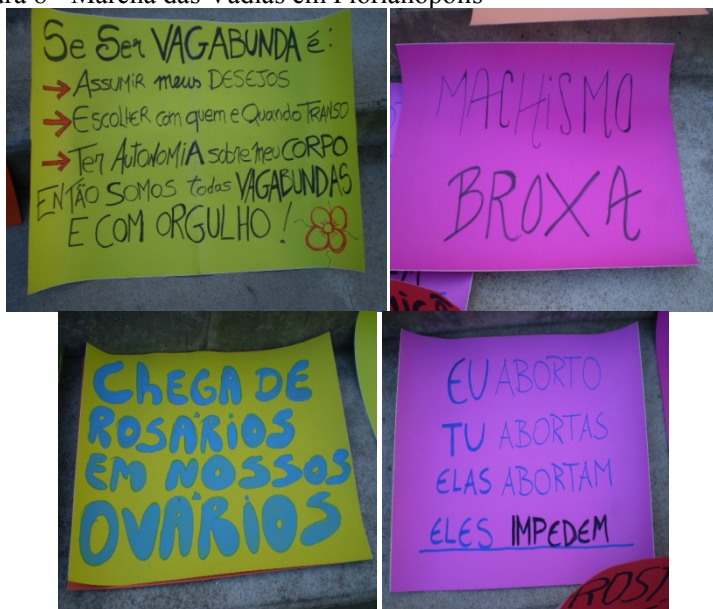
²⁹⁶ As imagens da Marcha realizada em Florianópolis, no dia 16 de junho de 2012, podem ser acessadas em: <http://pt.slideshare.net/ligiamsena/marcha-do-parto-em-casa-florianopolis-13363361>

²⁹⁷ Ver a pesquisa de Carmen Suzana Tornquist sobre o Movimento de Humanização do Parto e Nascimento.

Carmen Tornquist já apontou, é necessário que as mulheres assumam essa agência.

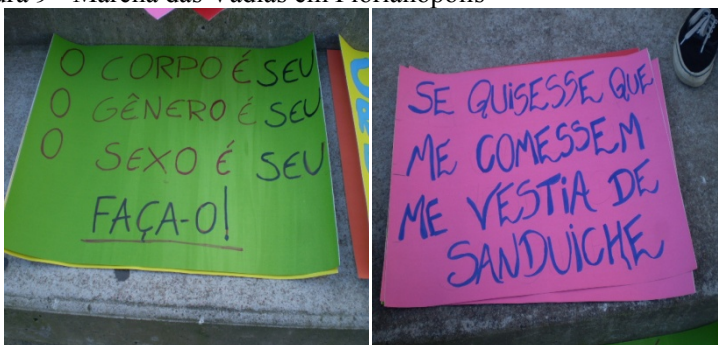
O exemplo da “Marcha das Vadias” é outro fenômeno recente que se espalhou pelo planeta, como forma de protesto contra as violências contra as mulheres, e chegou a Florianópolis.

Figura 8 - Marcha das Vadias em Florianópolis



Fonte: Fotos tiradas pela autora em 17 de maio de 2011.

Figura 9 - Marcha das Vadias em Florianópolis



Fonte: Fotos tiradas pela autora em 17 de maio de 2011.

É uma nova história que começa a ser escrita e vivida. O reflexo disso nas futuras gerações ainda é uma incógnita, mas demonstra que processos de ruptura com lógicas científicas e assistenciais autoritárias, do ponto de vista do poder de decisão sobre os corpos das mulheres, só se efetivam com a ação concreta de mulheres que resolvem reafirmar: *meu corpo me pertence!*

A possibilidade de a Medicina se tornar um “sucesso para o feminismo”, espera Londa Schiebinger, tem a ver com esta perspectiva, a de, ao invés de impor ou determinar condutas, oferecer possibilidades. A decisão cabe às mulheres. Afinal, nosso *corpo nos pertence!*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ALMEIDA, Miguel Vale de. O corpo na teoria antropológica. In: **Revista de Comunicação e Linguagem**, n. 33, p. 49-66, jun. 2004.

ALLOTEY, Pascal A *et al.* Saúde e direitos sexuais e reprodutivos na educação em saúde pública. In: **Questões de Saúde Reprodutiva**. Recife, a. 7, n. 6, p. 63-75, jul. 2013.

APPADURAI, Arjun. Disjuncture and Difference in the Global Cultural Economy". In: Patrick Williams e Laura Chrisman. **Colonial Discourse and Post-Colonial Theory**. N.Y.: Columbia University Press, 1990. p. 324-339. Disponível em:

<http://www.intcul.tohoku.ac.jp/~holden/MediatedSociety/Readings/2003_04/Appadurai.html>. Acesso em: 20 set 2010.

RAGÃO, Júlio César Soares *et. al.* O uso da técnica de role-playing como sensibilização dos alunos de Medicina para o exame ginecológico. In: **Rev. Bras. Educa. Med.** Rio de Janeiro, v. 33, n.1, mar. 2009.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 jan. 2014.

BACELLAR, Carlos. Fontes documentais – uso e mau uso dos arquivos. In: PINSKY, Carla Bassanezi. **Fontes Históricas**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2010. p. 23-79.

BALLESTER, Denise; ZUCCOLOTTO, Sandra M. C.; GANNAM, Silmar de S. A.; ESCOBAR, Ana Maria U. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio para o médico. In: **Rev. bras. educ. med.** [online]. v. 34, n. 4, p. 598-606, 2010.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARSTED, Leila Linhares; HERMANN, Jaqueline. **As mulheres e os direitos humanos** – traduzindo a legislação como perspectiva de gênero. Rio de Janeiro: Cepia, 2001.

BITTENCOURT, Silvia Cardoso. **A Bíblia da farmacologia e os antidepressivos** : análise do livro texto de Goodman e Gilman - as

bases farmacológicas da terapêutica de 1941 a 2006. 2010. 352 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas/ Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BOURDIEU, Pierre. Esboço de uma teoria da prática. In: ORTIZ, Renato (Org.). **Pierre Bordieu: sociologia**. São Paulo: Ática, 1983 p. 46-81.

_____. O campo científico. In: ORTIZ, Renato (Org.). **Pierre Bordieu: sociologia**. São Paulo: Ática, 1983. p. 122-155.

_____. Será possível um ato desinteressado. In: **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas: Papyrus, 1996. p. 137-156.

_____. **Adominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BORDO, Susan. A feminista como o outro. In: **Rev. Est. Fem.** v. 8, n.1, p.10-29, 2000.

BOZON, Michel. **A sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985, 12 p., mimeo.

_____. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 61 p.

_____. Ministério da Educação. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf> . Acesso em: 2 out. 2013.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de indicadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, ago. 2006. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Relatório de Gestão 2003-2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 128 p.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Chegou a hora de cuidar da saúde:** um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. In: **PHISIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

BUTLER, Judith. **Cuerpos que importan:** sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”. Buenos Aires, Barcelona, México: Paidós, 2002.

_____. **Problemas de Gênero. Feminismos e subversão da identidade.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico.** 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

_____. **O conhecimento da vida.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. In: **O Trabalho do Antropólogo.** 2. ed. São Paulo/Brasília: EdUNESP/ Paralelo 15, 2000. p. 17-35.

CARRARO, Telma Elisa *et al.* Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. In: **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. esp., 2006.

CARRARO, Telma Elisa *et al.* O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. In: **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 3, set. 2008.

CASTIEL, Luis David; POVOA, Eduardo Conte. Dr. Sackett & "Mr. Sacketeer"... Encanto e desencanto no reino da expertise na medicina baseada em evidências. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, fev. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jan. 2012.

COBRA, Ercília Nogueira. **Virgindade Anti-hygenica.** Preconceitos e

Convenções Hypocritas. Edição da autora, 1924. Disponível em: <http://www.cobra.pages.nom.br/virgindade.html> Acesso em: out. 2008

Demografia Médica no Brasil / coordenação, Mário Scheffer ; equipe de pesquisa: Aureliano Biancarelli, Alex Cassenote. – São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2011.

Conselho Federal de Medicina. **Código de ética médica**: Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso) / Conselho Federal de Medicina. – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. 98 p.

COSTA, Ana Maria; AQUINO, Estela leão. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: COSTA, Ana Maria; MERCHÁN-HAMANN, Edgar; TAJER, Débora. **Saúde, equidade e gênero**. Brasília: Universidade de Brasília, 2000. p. 181-202.

COSTA, Claudia de Lima. O Feminismo e o Pós-Modernismo/Pós-Estruturalismo: as (in)determinações da identidade nas (entre)linhas do (con)texto. In: PEDRO, Joana; GROSSI, Miriam. **Masculino, Feminino, Plural**. Florianópolis: Ed. Mulheres, 1998. p. 57-90.

_____. O sujeito no feminismo: revisitando os debates. In: **Cad. Pagu**, Campinas, n. 19, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332002000200004&lng=pt&nrm=iso . Acesso em: 19 jun. 2012.

COSTA, Luiz Rosalvo. Dialogismo e responsividade no discurso da SBPC: análise de editoriais da revista Ciência Hoje. In: **Estudos Linguísticos**, São Paulo, 39 (3): mai./ago. p. 818-831, 2010.

CRENSHAW, Kimberlé Documento para encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. In: **Revista Estudos Feministas**. v. 10, n. 1/2002 p. 171-188.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. **Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do curso de graduação em Medicina da UFSC**. 2001. 227 f. Tese (Doutorado em Educação) - Centro de Ciências da Educação. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

DANTES, Maria Amélia M. A história das ciências, os documentos e os acervos. In: MONTEIRO, Yara. **História da saúde**: olhares e veredas.

São Paulo: Instituto da Saúde, 2010. p. 3-12.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 75, n. 1, p. S5-S23, nov. 2001.

DINIZ, Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. In: **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, p. 313-326, 2009.

_____. Gender, maternal health and the perinatal. In: **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, p. 49-59, 2010.

_____. Feminismo, materno-infantilismo e políticas de saúde materna no Brasil. In: **Questões de Saúde Reprodutiva**. n. 6, 119-127, 2013.

DUAVY, Lucélia Maria et al.. A percepção da mulher sobre o exame preventivo cérvico-uterino: estudo de caso. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. 12(3): 733-742, 2007.

FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques. Motivos que influenciam a não realização do exame papanicolaou segundo a percepção de mulheres. In: **Esc Anna Nery Rev. Enferm.** abr./jun; 13 (2): 378-84, 2009

FERREIRA, Marieta de Moraes. História do tempo presente: desafios. In: **Cultura Vozes**, Petrópolis, v. 94, n. 3, p. 111-124, mai./jun. 2000.

FEUERWERKER, Laura. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. In: **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 3, p. 51-71, 1998.

_____; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. 12(4): 965-971, 2007.

FEYER, Iara Simoni Silveira; MONTICELLI, Marisa; KNOBEL, Roxana. Perfil de casais que optam por parto domiciliar assistidos por enfermeiras obstétricas. In: **Esc Anna Nery** (impr.) 2013, abr./ jun.; 17 (2): p. 298 – 305.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

_____. **Vigiar e punir**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. **História da sexualidade I: a vontade de saber.** Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. **Ética, sexualidade, política.** 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

_____. A filosofia analítica da política. IN: FOUCAULT, Michel. **Ética, Sexualidade, Política. Ditos & Escritos.** v. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. p. 37-55.

_____. A Ética do Cuidado de Si como Prática de Liberdade. IN: FOUCAULT, Michel. **Ética, Sexualidade, Política. Ditos & Escritos.** v. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. p. 264-287.

_____. **A Arqueologia do Saber.** 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

_____. **A ordem do discurso.** 19. ed. São Paulo: Loyola, 2009.

FLORESTA BRASILEIRA, Nisia Augusta (Pseudo). **Direitos das Mulheres e Injustiça dos Homens.** (1832), São Paulo, Cortez: 1989.

FREIRE, Maria Martha de Luna. “Ser mãe é uma ciência’: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos,** Rio de Janeiro, v.15, p.153-171, jun. 2008.

FREITAS, Patricia de. **Corpos de mulheres em (re)vista : a representação da menopausa na Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia (1907-1978).** 2005. xi, 395 f. Tese (Doutorado) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Disponível em : <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PHST0241.pdf>>. Acesso em: 30 set.2013.

GEERTZ, Clifford. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da Cultura. In: **A Interpretação das Culturas.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1989. p. 13-44.

GILBERT, Ana Cristina Bohrer; CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida; WUILLAUME, Susana Maciel. Médicos residentes e suas relações com/e no mundo da saúde e da doença: um estudo de caso institucional com residentes em Obstetrícia/Ginecologia. In: **Interface - Comunic., Saúde, Educ.,** v. 10, n.19, p. 103-16, jan./jun. 2006a.

_____. Mulher, Medicina e tecnologia nos discursos de residentes em Obstetrícia/Ginecologia. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 941-950, mai. 2006b.

GILBERT, Ana Cristina Bohrer et al. Discursos médicos em construção: um estudo com residentes em Obstetrícia/Ginecologia do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz. In: **Revista Brasileira de Educação Médica**: v. 33, n. 4, p. 615-623, 2009.

GREER, Germaine. **Sexo e destino**: a política da fertilidade humana. 2. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.

GROSSI Miriam, UZIEL, Anna Paula; MELLO, Luiz. **Conjugalidades, Parentalidades e Identidades Lésbicas, Gays e Travestis**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

GUIMARÃES, Carlos Alberto. Medicina baseada em evidências. In: **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, out. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912009000500002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 jan. 2014.

HARDING, Sandra. A instabilidade das categorias analíticas na teoria feminista. In: **Rev. Estud. Fem.**, v. 1, n. 1, p. 7-31, 1º sem. 1993.

_____. Del problema de la mujer en la ciencia al problema de la ciencia en el feminismo. In: HARDING, Sandra. **Ciencia y Feminismo**. Madrid: Ediciones Morata, 1996. p. 15-27.

HERITIER, Françoise. A valência diferencial dos sexos. In: _____. **Masculino Feminino** – o pensamento da diferença. Lisboa: Instituto Piaget, 1996. p. 15-28.

HERRERA FLORES, Joaquín. **El vuelo de Anteo** – derechos humanos y crítica de la razón liberal. Bilbao: Desclée de Broker, 2000.

_____. **Los derechos humanos como productos culturales** – crítica del humanismo abstracto. Catarata: Madri, 2005.

HUHNER, June E. **Emancipação do sexo feminino** – a luta pelos direitos da mulher no Brasil – 1850-1940. Florianópolis: Editora Mulheres/EDUNISC, 2003.

HOTIMSKY, Sônia Nussemzweig. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto**. 2007. 361 f. Tese

(Doutorado em Ciências). Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

_____; SCHRAIBER, Lilia Blima. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(3): p. 639-649, 2005.

_____; AGUIAR, Janaína Marques de; VENTURI, Gustavo. In: VENTURI, Gustavo; GODINHO, Tatau. **Mulheres Brasileiras e Gêneros Espaços Público e Privado – uma década de mudança na opinião pública**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013. p. 217-229.

HOUAISS. **Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa** (Versão 1.0.10) [CD-ROM] Rio de Janeiro: Objetiva. 2006.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais** – uma análise das condições de vida da população brasileira – 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes e outros escritos**. São Paulo: Martin Claret, 2008.

KIPPER, Délio José; LOCH, Jussara Azambuja. Questionamentos éticos relativos à graduação e residência médica. In: **Bioética**, v. 10, n. 2, p. 107-128, 2002,

LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relumê Dumará, 2001.

LATOUR, Bruno. Quando os de dentro saem. In: _____. **Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora**. São Paulo: UNESP, 2000. p. 239-289.

LE BRETON, David. **A sociologia do corpo**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

LE GOFF, Jaques. Documento/Monumento. In: _____. História e memória. Campinas: Editora da UNICAMP, 1990. p. 462-475.

LEIS, Héctor Ricardo. Sobre o conceito de interdisciplinaridade. In: **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, v. 6, n. 73, p. 2-23, 2005.

LEITE, Miriam Moreira. “Conformados e Rebeldes?”. In: **Outra face do feminismo**: Maria Lacerda de Moura. São Paulo, Ática, 1984, p. 47-

123.

LUZ, Madel. As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde na década de 80. In: GUIMARÃES, R. & TAVARES, R. **Saúde e Sociedade no Brasil - anos 80**. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará, 1996. p. 131-152.

MACHADO, Lia Zanotta. Gênero, um novo paradigma? In: **Cadernos PAGU**, v. 11, p. 107-125, 1998.

_____. **Perspectivas em confronto**: Relações de Gênero ou Patriarcado Contemporâneo? UNB: Brasília, 2000.

_____. Capítulo IV - O impacto social das narrativas biológicas, jurídicas e religiosas sobre o aborto. In: _____. **Feminismo em movimento**. São Paulo: Francis, 2010. p. 110-163.

MARTIN, Emily. **A mulher no corpo** – uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. p. 378.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

_____. “A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX”. In: **Rev. Estud. Fem.**, v. 13, n. 3, p. 645-665, set./dez. 2005.

MARZANO-PARISOLI, Maria Michela. **Pensar o corpo**. Petrópolis: Vozes, 2004.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

MICHEL, Jeanne Liliane Marlene; OLIVEIRA, Ricardo Alexandre Batista de; NUNES, Maria do Patrocínio Tenório. Residência Médica no Brasil. In: Associação Brasileira de Educação Médica. **Cadernos da ABEM – Residência Médica**. v. 7. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, p. 7-12, 2011.

_____. et al. Residência Médica no Brasil: Panorama Geral das Especialidades e Áreas de Atuação Reconhecidas, Situação de

Financiamento. Público e de Vagas Oferecidas. In: Associação Brasileira de Educação Médica. **Cadernos da ABEM – Residência Médica**. v. 7. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, p. 13-27, 2011.

MINELLA, Luzinete Simões. **Gênero e Contracepção: uma perspectiva sociológica**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2005.

MILLER, Alice M; ROSEMAN, Mindz J. Direitos Sexuais e reprodutivos nas Nações Unidas: frustração ou realização? In: **Questões de Saúde Reprodutiva**. Recife, a. 7, n. 6, p. 32-48, jul. 2013.

MOTT, Maria Lúcia. O curso de partos: deve ou não haver parteiras? In: **Cadernos de Pesquisa**, n.108, p. 133-160, 1999.

MOULIN, Anne Marie. O corpo diante da Medicina. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges. **História do corpo: as mutações do olhar: o século XX**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 15-82.

NICHOLSON, Linda. Interpretando o gênero. In: **Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 9-41, Florianópolis: UFSC, 2000. Disponível em:
<<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/11917/11167>>
. Acesso em: 18 jun. 2011.

OLTRAMARI, Leandro Castro. Amor e conjugalidade na contemporaneidade: uma revisão de literatura. In: **Psicologia em Estudo, Maringá**, v. 14, n. 4, p. 669-677, out./dez. 2009.

PAGLIOSA, Fernando Luiz e DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. In: **Rev. bras. educ. med.** [online]. v.32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PEDRO, Joana Maria. Corpo, prazer e trabalho. In: PINSKY, Carla Bassanezi; PEDRO, Joana Maria. **Nova História das Mulheres (Org.)**. São Paulo: Contexto, 2012. p. 238-259.

_____. Traduzindo o debate: o uso da categoria gênero na pesquisa histórica. In: **História**, São Paulo, v. 24, n.1, p.77-98, 2005.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 617-626, 2004.

PEIRANO, Mariza. Os antropólogos e suas linhagens. In: _____. **A Favor da Etnografia**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995. p. 13-30.

_____. Artimanhas do acaso. In: _____. **A Favor da Etnografia**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995. p. 119-134.

PIERANTONI, Célia Regina. **Residência médica: meio século no Brasil**. In: Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 93, Rio de Janeiro: UERJ/IMS, () 1984. 15 p.

POSCH Y GUASCÓN, Amparo. ...Elogio do amor livre. In: **Verve**, n. 9, p. 226-235, 2006.

ORGANIZAÇÃO das Nações Unidas. **CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A MULHER, 4**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

PISCITELLI, Adriana. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. In: **Sociedade e Cultura**, v. 11, n. 2, jul./dez., p. 263-274, 2008,

RAGO, Margareth. Novos modos de subjetivar: a experiência da organização Mujeres Libres na Revolução Espanhola. In: **Revista Estudos Feministas**. v. 16, n. 1. Florianópolis: UFSC, 2008.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. In: **Interface -Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, supl. 1, p. 595-602, 2009.

RODHEN, Fabíola. **Uma Ciência da Diferença** – sexo, contracepção e natalidade na Medicina da Mulher. 2000. 412 f. Tese (Doutorado) em Antropologia, Programa de Antropologia Social, UFRJ, Rio de Janeiro, 2000.

_____. A obsessão da Medicina com a questão da diferença entre os sexos. In: PISCITELLI, Adriana; GREGORI, Maria Filomena; CARARA, Sérgio. **Política e cotidiano**: estudos antropológicos sobre gênero, família e sexualidade. Blumenau: Nova Letra, 2006. p. 183-196.

ROSTAGNOL, Susana. El conflicto mujer-embrión en debate parlamentario sobre el aborto. In: **Rev. Est. Fem.** v. 16. n. 2. p. 667-674, mai./ago. 2008.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. As infinitas descobertas do corpo. In: **Pagu**. Campinas, n.14, p. 235-249, 2000.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro; FARIA, Lina. In: **Saúde & História**. São Paulo: Hucitec, 2009. 328 p.

SANTOS, Marcos Leite dos. **Humanização da assistência ao parto e nascimento: um modelo teórico**. 2002. 271 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SENA, Tito. Os relatórios Masters & Johnson: gênero e as práticas psicoterapêuticas sexuais a partir da década de 70. In: **Rev. Estud. Fem.** v. 18, n. 1, p. 221-240, abr. 2010.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1990.

STOLKE, Verena. O enigma das interseções: classe, "raça", sexo, sexualidade. A formação dos impérios transatlânticos do século XVI ao XIX. In: **Revista Estudos Feministas**. v. 14, n.1, p. 15-42, 2006.

TAMANINI, Marlene. Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: bioética e controvérsias. In: **Rev. Estud. Fem.** v. 12, n. 1, p.73-107, abr. 2004.

TARNOVSKI, Flavio. **Novas famílias, velhas tensões: definições de paternidade e maternidade no contexto das famílias homoparentais francesas**. 2010. Disponível em: http://www.miriamgrossi.cfh.prof.ufsc.br/pdf/tarnovski_flavio.pdf. Acesso em: 14 out. 2010.

TESSER, Charles Dalcanale; KNOBEL, Roxana; RIGON, Tomaz; BAVARESCO, Gabriela Zanella. Os médicos e o excesso de cesária no Brasil. In: **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 2, n.1, p. 4-12, 2011.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. In: **Rev. Estud. Fem.** v. 10, n. 2, p. 483-492, jul. 2002.

_____. Humanização do parto: entrevista com Robbie Davis-Floyd. In: **Rev. Estud. Fem.** v. 10, n. 2, p. 389-397, jul. 2002.

_____. **Parto e poder:** o movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004. 426 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

VELHO, Gilberto. Observando o familiar. In: NUNES, Edson de Oliveira. **A Aventura Sociológica:** Objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 36-46.

VELHO, Maria Teresa Aquino de Campos *et al.* Residência Médica em um Hospital Universitário: a visão dos residentes. In: **Revista Brasileira de Educação Médica.** 36 (3) : 351 – 357; 2012.

VENTURI, Gustavo; GODINHO, Tatau. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado – uma década de mudança na opinião pública.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013.

WANDERLEY, Miriam da Silva; SOBRAL, Dejana Tavares. Escolha da especialização em Ginecologia e Obstetrícia. In: **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** p. 32(1);55-56, 2010.

FONTES DOCUMENTAIS

SAAB NETO, Jorge Abi; SILVEIRA, Sheila Koettker; VITORELLO, Dorival Antonio (Org.). **Manual de rotinas de ginecologia e obstetrícia da Maternidade Carmela Dutra.** 2. ed. Florianópolis: Centro de Estudos Dr. José de Patta, Mcd, 2012. 434 p.

TRAPANI JR, Alberto et al (Org.). **Rotinas do Serviço de Tocoginecologia do Hospital Dr Ernani Polydoro de São Thiago.** Florianópolis: Hospital Universitário Dr Ernani Polydoro de São Thiago - Ufsc, 2010. 256 p.

Páginas eletrônicas do Ministério da Educação:

(http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12263&ativo=507&Itemid=506) e do Ministério da Saúde (http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1748).

Os documentos das entidades médica ABEM (<http://www.abem-educmed.org.br/index.php>) e FEBRASGO

(<http://www.febrasgo.org.br/site/>) também se encontram disponíveis em suas respectivas páginas eletrônicas e os artigos e editoriais que tratam do tema, estão disponíveis nas páginas das duas revistas pesquisadas : Revista Brasileira de Educação Médica (<http://www.educacaomedica.org.br/edicoes/index.php>) e Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria (http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0100-7203&lng=pt&nrm=iso).

Os planos de ensino, na íntegra, podem ser acessados em:
<http://www.dto.ufsc.br/planos-de-ensino/>

APÊNDICES

APÊNDICE A: TÍTULOS DOS EDITORIAIS DA RBGO, POR ANO DE PUBLICAÇÃO DE 1998 A 2004

Ano	Títulos
1998	RBGO: divulgação de trabalhos inéditos e pesquisas; O respeito às publicações; A Coordenação necessária; As Comissões Nacionais Especializadas; RBGO – presente e futuro; A FEBRASGO e as ações voltadas para a Promoção da Saúde; Porquê o título de especialista em Ginecologia e Obstetria da FEBRASGO?; Ética em pesquisa; Revistas: orgulho da FEBRASGO.
1999	Metas para 1999; A FEBRASGO, Comissões Nacionais Especializadas e as Sociedades afins; FEBRASGO e o ensino da Ginecologia e da Obstetria; As Mudanças na FEBRASGO; FEBRASGO abraçando o Brasil...; Agosto e as eleições; As sociedades científicas, sua proliferação e a Ética; O sonho realizado; A FEBRASGO, os sócios e a ética; A FEBRASGO e o Ano 2000
2000	Femina, RBGO e o ano 2000; A FEBRASGO e o Ministério da Saúde. A parceria lógica; Defesa profissional, a FEBRASGO e a nova tabela de honorários médicos; 2001 – Uma Odisséia no Universo Científico Feminino; Gravidez na adolescência; A FEBRASGO e a integração com o Conselho Federal de Medicina e o Ministério da Saúde; Mais uma meta atingida; A FEBRASGO e a Humanização do Parto uma homenagem a Galba de Araújo; Recadastramento de sócios; A FEBRASGO e o Novo Ano.
2001	A FEBRASGO e a Pós-Graduação; O Futuro da FEBRASGO; Nova home page da FEBRASGO; Residência Médica; A FEBRASGO e a Elaboração de Normas e Condutas; A FEBRASGO e as Federadas; O 49º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetria; Residência Médica; Educação Médica Continuada; Fim de Ano Com Otimismo.
2002	A grande vitória; A RBGO indexada no SciELO; Declaração de Barcelona; Câncer de colo uterino; Planos de saúde; TEGO; Parto humanizado; Maternidade segura e planejada; O Tocoginecologista – O médico da mulher.
2003	Médico, atividade sublime?; TEGO – valor comercial?; A quantas andam os honorários médicos?; Congressos médicos – eventos importantes?; Atenção qualificada durante o parto; A pletera dos Congressos Médicos; Escolas médicas; A Mulher; O Médico / O Tocoginecologista.
2004	A CAPES e a FEBRASGO; A classificação hierarquizada, os médicos e a sociedade; Ato médico / Casas de parto; A Mulher; Os hospitais das Universidades públicas brasileiras; Hospitais Universitários / Pessoal médico; Processos contra médicos; Saúde ou educação? Qual a primazia? FEBRASGO: 45 anos de existência; Medicina / Residência médica.

APÊNDICE B: TÍTULOS DOS EDITORIAIS DA RBGO DE 2005 A 2012

Ano	Títulos
2005	Obesidade: um problema para o ginecologista?; A qualidade do pré-natal no Brasil; Estreptococo do grupo B: rastrear ou não rastrear no Brasil? Eis a questão; Sobre o diagnóstico de candidíase vaginal; Avaliação de peso dos recém-nascidos: o que é normal ou anormal; Consumo de álcool durante a gestação; Um programa de triagem populacional para toxoplasmose?; Trauma na gestação; A questão das cesarianas; Pesquisas com células embrionárias e reprodução assistida; Monitorização da hipóxia fetal nas gestações complicadas pelo diabetes.
2006	Pólipos endometriais; O diagnóstico de células escamosas atípicas em citologia oncológica cervical; A cerclagem para prevenção da prematuridade - para quem indicar; Macrosomia fetal - um desafio obstétrico; A escolha do método contraceptivo; Rastreamento do câncer de mama no Brasil; Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil - razões para sua permanência; Gravidez na adolescência; Distribuição de altura uterina ao longo da gestação em uma coorte brasileira - comparação com a curva de referência do Centro Latino-Americano de Perinatologia; A responsabilidade do obstetra sobre o diagnóstico e o tratamento do diabete melito gestacional; Ultra-sonografia em uroginecologia; Impacto dos grandes estudos multicêntricos sobre a prática obstétrica.
2007	A prática da episiotomia no Brasil; Ensino da cirurgia ginecológica nos programas de residência médica do Brasil; Ovários policísticos - resistência insulínica e síndrome metabólica; Extensão do pré natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções; O arrependimento após a esterilização cirúrgica e o uso das tecnologias reprodutivas; Vacinas profiláticas para o HPV; Riscos e benefícios do uso de inibidores seletivos da recaptação de serotonina para a depressão durante a gravidez e a lactação; O tocoginecologista, o patologista e o exame de Papanicolaou; Ainda sobre o abortamento legal no Brasil e o conhecimento dos profissionais de saúde; Densidade mamográfica como fator de risco para o câncer de mama; O ensino e o aprendizado de ginecologia e obstetrícia na graduação - desafios e tendências; Trinta anos, visibilidade e ensaios clínicos.
2008	Uso de fármacos na gravidez - benefício e custo; Ooforectomia durante cirurgia pélvica para doenças benignas em mulheres na perimenopausa; Avaliação da qualidade de vida no climatério; Análise crítica da dopplervelocimetria para avaliação da vitalidade fetal; O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero; Misoprostol - aborto e malformações congênitas; Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos?; Perfil da pós-graduação em Ginecologia e Obstetrícia no Brasil; Anemia no Brasil: até quando?; Melatonina e puberdade: quais as evidências?; Qualidade de vida; Risco e assistência à dislipidemia no climatério.
2009	Predição de pré-eclâmpsia; Alterações cardiocográficas após analgesia

	<p>obstétrica combinada raqui-peridural; Obesidade e gravidez; Panorama atual e perspectivas em relação ao diagnóstico precoce do câncer de ovário; Epidemiologia do câncer de mama; A integridade do endotélio e a terapia de reposição hormonal; Idade materna: resultados perinatais e via de parto; Significado clínico das calcificações vasculares na mamografia: devemos valorizá-las?; Síndromes miofasciais: causa comum e subdiagnosticada de dor pélvica crônica em mulheres; Gravidez na adolescência: uma proposta para prevenção; Infecções por micobactérias de crescimento rápido resistentes a desinfetantes: uma problemática nacional?; Sexualidade, saúde sexual e Medicina sexual: panorama atual.</p>
2010	<p>Antiinflamatórios e alterações cardíacas fetais; Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais; A questão do aborto no Brasil; A interface do Direito com a Medicina; Mudanças dos critérios QUALIS!; Câncer de mama: um futuro desafio para o sistema de saúde nos países em desenvolvimento; Macroprolactinemia: as vantagens do rastreamento na prática clínica; Métodos diagnósticos para o rastreamento do câncer de colo; Exercício físico e nascimentos pré-termo; Mortalidade perinatal e poluição do ar gerada por veículos; O emprego dos contraceptivos orais combinados na síndrome dos ovários; A cirurgia no tratamento do câncer da mama: um antigo recurso para um emergente problema de saúde pública.</p>
2011	<p>A orientação dietética e a qualidade da assistência pré-natal; Para ampliar a divulgação da produção científica nacional em ginecologia e obstetrícia; Sistemas eletrônicos de informação na assistência e pesquisa em saúde da mulher: para quando um maior envolvimento dos profissionais de saúde?; Cirurgia fetal no Brasil; Diabete gestacional e incontinência urinária: interação entre a Ginecologia e a Obstetrícia; Sulfato de magnésio para neuroproteção fetal; Importância da experimentação animal em ginecologia e obstetrícia; Diabetes gestacional, o que mudou nos critérios de diagnóstico?; Preservação da fertilidade: a importância de oferecer esta possibilidade às pacientes com doenças neoplásicas; Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde; A mulher e o uso de álcool; Impacto dos disruptores endócrinos na função reprodutiva e sexual de homens e mulheres.</p>
2012	<p>Aborto legal: o conhecimento dos profissionais e as implicações das políticas públicas; Sífilis e gravidez...e a história continua!; O uso de sensibilizadores de insulina no tratamento de infertilidade em pacientes com síndrome dos ovários policísticos (SOP); Desafios do tratamento de pacientes com doença trofoblástica gestacional; Ultrassonografia obstétrica no Brasil: um apelo à padronização; Limitações para o sucesso do rastreamento do câncer de colo no Brasil; Alerta sobre a depressão pós-parto materna; Gravidez na adolescência: situação atual; As bases de dados de publicações e a RBGO; Atividade física em mulheres brasileiras; Sexualidade na gestação: os médicos brasileiros estão preparados para lidar com esta questão?; A morte materna no Brasil: razão e sensibilidade.</p>

APÊNDICE C: TEMA DOS EDITORIAIS DA RBGO DE 1998 A 2004

Ano	Tema central	Conteúdo
1998	Revistas e papel da FEBRASGO	Qualidade científica da RBGO e importância do TEGO
nº 1	RBGO: divulgação de trabalhos inéditos e pesquisas	Aborda o papel central da RBGO, que é divulgar, nacional e internacionalmente, as pesquisas e trabalho originais. Destaca a tarefa que representa selecionar artigos.
nº 2	O respeito às publicações	Escolha de editores qualificados para a RBGO e Femina para garantir confiança e análise isenta
nº 3	Coordenação	A FEBRASGO assume novas funções: melhoria da qualidade do especialista em formação (em conjunto com o MEC), luta pela melhoria das tabelas de honorários e articulação internacional (Mercosul)
nº 4	Comissões Nacionais Especializadas	A criação das Comissões Nacionais Especializadas para estudar, participar e opinar sobre temas para o Brasil e Mercosul, além da FIGO e divulgar através da Femina, RBGO e Jornal da FEBRASGO
nº 5	RBGO – presente e futuro	A RBGO a caminho da indexação
nº 6	Promoção da saúde	Destaca dois papéis da FEBRASGO: atualizar e universalizar os conhecimentos, lutar por honorários justos. Congrega a “elite” da GO e abre-se como órgão consultivo para assessorar qualquer programa de assistência à saúde da mulher brasileira.
nº 7	Não tem	
nº 8	Porquê o título de especialista em GO (TEGO) da FEBRASGO	O título de especialista emitido pela FEBRASGO representa o certificado de qualidade e a entidade premiará aqueles que o possuem, com convites para comissões e participação em eventos científicos. Criado há 30 anos (1968).
nº 9	Ética em pesquisa	Situa o surgimento de novo ramo da ciência – a Bioética, e a orientação para as pesquisas.
nº 10	Revistas: orgulho da FEBRASGO	A revista FEMINA é chamada de “Primeira DAMA” da GO e é a mais lida pela categoria, contendo artigos de revisão. A RBGO nasce voltada para divulgação de pesquisas.
1999		Fortalecimento da representação da FEBRASGO e preocupação com a formação.
nº 1	Metas da FEBRASGO para 1999	Fortalecimento da FEBRASGO para ser referência das condutas técnicas, através de fichas, clínicas, protocolos, manuais de conduta.
nº 2	A FEBRASGO, Comissões Nacionais	Disputa de representatividade entre Comissões da FEBRASGO e novas sociedades científicas.

	Especializadas e as Sociedades afins	
nº 3	FEBRASGO e o ensino da GO	Preocupação com a qualidade da formação na graduação, residência e no âmbito do Mercosul. Parceria entre as Comissões de Residência Médica da FEBRASGO com a do MEC.
nº 4	Mudanças na FEBRASGO	Representação político-profissional e assistencial no Brasil e no âmbito internacional: MS, AMB, CFM, CNS – Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher, COSOGO-MERCOSUL (Confederação das Sociedades de GO) e FIGO. Internamente: Comissões Especializadas, Comissões de Ética, Defesa Profissional e Residência Médica.
nº 5	FEBRASGO abraçando o Brasil	A entidade está representada em todos os estados brasileiros
nº 6	Agosto e as eleições	Eleições nos órgãos associativos da Medicina Brasileira. Futuro: defesa de interesses, divulgação da ciência, melhoria da assistência médica prestada à mulher brasileira.
nº 7	As sociedades científicas, sua proliferação e a Ética	Evidencia a disputa política com as sociedades científicas que estão sendo criadas. A pulverização enfraquece, assim como se desvela a disputa pela representação da categoria junto aos órgãos para opinar sobre temas científicos.
nº 8	O sonho realizado	Meta da diretoria alcançada: Representação em todos os estados brasileiros.
nº 9	A FEBRASGO, os sócios e a ética	Ética: “conjunto de princípios norteados de condutas que proporcionem a convivência harmônica e respeitosa entre seres humanos”. Evidencia a falta de ética nas disputas políticas internas.
nº 10	A FEBRASGO e o Ano 2000	A FEBRASGO comemora 40 anos e o desafio é aumentar a representatividade.
Ano	Tema central	Conteúdo
2000	Defesa profissional, parcerias institucionais e mortalidade materna	No âmbito da assistência, entra em pauta a gravidez na adolescência, a atenção humanizada no parto e a mortalidade materna.
nº 1	Femina, RBGO e o ano 2000	Femina – revista de artigos de revisão – “primeira dama”; RBGO – pesquisas e trabalhos originais – “mais científico”. Pesquisa revela a Femina como a mais lida.
nº 2	A FEBRASGO e o Ministério da	“Os elevados índices de mortalidade materna que ainda entristecem nossa sociedade e maculam nossa

	Saúde. A parceria lógica	atuação”. A entidade assume o indicador como responsabilidade da política assistencial.
nº 3	Defesa profissional, a FEBRASGO e a nova tabela de honorários médicos	Parceria entre entidades representativas (AMB e de outras especialidades) para estabelecer nova tabela, a ser referendada pelo CFM. Percebe-se a ausência da Federação Nacional dos Médicos – entidade sindical, para tratar da remuneração médica.
nº 4	2001 – Uma Odisséia no Universo Científico Feminino	O 49º Congresso da FEBRASGO tem o tema do Universo Feminino, para contemplar todos os aspectos que envolvem a mulher.
nº 5	Gravidez na adolescência	Dimensão social e repercussões orgânicas, psicológicas e emocionais para adolescentes. Conclama a todos para colaborar na prevenção, com base em modelos educativos dos Estados Unidos e Holanda.
nº 6	A FEBRASGO e a integração com o CFM e o Ministério da Saúde	Ressalta a parceria em prol da saúde da mulher.
nº 7	Mais uma meta atingida	Em 2004 realizar-se-á no Brasil Congresso Mundial para estudo da hipertensão na gravidez, a maior causa de morte materna no país. Estimula este período para realização de estudos e pesquisas. Assumem tal fato como “vergonha nacional”.
nº 8	A FEBRASGO e a Humanização do Parto uma homenagem a Galba de Araújo	Escolha de instituições, uma por região, que oferecem atenção humana às parturientes.
nº 9	Recadastramento de sócios	Recadastramento para aprimorar a comunicação.
nº 10	A FEBRASGO e o Novo Ano	Neste ano, a FEBRASGO foi reconduzida à FIGO e também agradece às instituições, oficiais ou não, que colaboraram para a melhoria dos direitos das mulheres e da assistência que a mulher recebe.
2001	Educação médica e fortalecimento da entidade	A formação médica é alvo de preocupação para qualificar o trabalho médico e a FEBRASGO tem papel importante.
nº 1	A FEBRASGO e a Pós-Graduação	Funções: apoiar a pesquisa e qualificação dos especialistas, através dos cursos de pós-graduação, para fortalecer o “verdadeiro” conhecimento médico.
nº 2	O Futuro da FEBRASGO	Conhecer as necessidades e pensar no futuro, criando novos paradigmas para fortalecer a representatividade da entidade.

nº 3	Nova home page da FEBRASGO	Valorizar a comunicação com tocoginecologistas e tornar a página referência para informações e atualizações relacionadas à especialidade.
nº 4	Residência Médica	Preocupação com a qualidade do especialista em formação atua em distintas frentes: regimento da residência médica da FEBRASGO; ação conjunta com a CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica do MEC; programa mínimo para o Mercosul.
nº 5	A FEBRASGO e a Elaboração de Normas e Condutas	Evidencia disputas nos Sistema de Saúde e questiona a organização de consensos para colocar “cabresto” no ato médico. Considera “cerceamento” da prática profissional. Assume que a determinação de condutas é função da AMB e sociedades especialistas, e que cabe à FEBRASGO “recomendar a melhor maneira de atender a mulher brasileira”.
nº 6	A FEBRASGO e as Federadas	A FEBRASGO é referência para: atualização, defesa profissional, mercado de trabalho, questões éticas e residência médica.
nº 7	O 49 ^o Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia	Tema: O Universo feminino na óptica da FEBRASGO
nº 8	Residência Médica	O termo remonta a um tempo que médicos recém-formados residiam nos hospitais. “Mudou o mundo”. Como mudou o direito e o respeito ao paciente, não cabe mais “aprender errando”. Apresenta três aspectos a serem considerados na formação: acesso universal à informação (pacientes querem conhecer opções terapêuticas); direitos dos pacientes (antes o médico “era dono do paciente”) e os médicos são “mais vigiados”; e por fim, necessidade de aprimoramento constante.
nº 9	Educação Médica Continuada	Um dos paradigmas da FEBRASGO. Utiliza a metáfora do atletismo de passar o bastão, para exemplificar a importância dos mais novos receberem “o bastão” dos mais experientes.
nº 10	Fim de Ano Com Otimismo	Referência à especialidade lidar com a vida desde o início, o que leva ao otimismo e positividade.
2002		
nº 1	A grande vitória	A RBGO é incluí da na base de dados SciELO. Nesse momento, é a única da área da Ginecologia e Obstetrícia, na América Latina.
nº 2	s/ título	Chamado para o envio de trabalhos para a revista.
nº 3	Declaração de Barcelona	Elaborada em Congresso Mundial de Medicina Perinatal, tal declaração aponta 14 direitos da mãe, que contemplam a livre escolha, a não discriminação,

		assistência adequada, intimidade, dentre outros.
nº 4	Câncer de colo uterino	Louva a iniciativa do Ministério para universalizar a coleta do exame colpocitológico, mas aponta falta de estrutura.
nº 5	Planos de saúde	Dia de mobilização da categoria médica contra os planos de saúde, por conta da “vergonhosa” remuneração.
nº 6	TEGO	Expõe sobre a importância do título de especialista e de projeto de lei, no qual o exercício da especialidade está reservado para quem possui o título reconhecido pela AMB.
nº 7	Parto humanizado	Cita a bíblia para se referir ao parto com dor (que não combina “com os atributos de bondade e condescendência do Altíssimo”). Cita as rotinas que foram estabelecidas para o Parto Humanizado. Associa a criação de Casas de Parto, “com estrutura e [...] comando duvidoso” e reclama do “médico, ator relevante no cenário” que foi substituído com prejuízo à figura principal: a Gestante.
nº 8	Maternidade segura e planejada	Aponta dos dados da OMS, de 2001, acerca das mulheres que morrem por complicações da gravidez e do parto. Surge a proposta Maternidade Segura, com 5 itens relativos a direitos das grávidas.
nº 9	O Tocoginecologista – O médico da mulher	Faz uma apologia do papel do tocoginecologista no “diagnóstico e tratamento de doenças do aparelho genital feminino”. O médico é “confidente” da mulher, pois “é freqüente a demanda de apoio, de orientação para as intempéries do espírito”. Tem função “pontifical”, isto é, fazer a ponte entre a mulher e demais áreas da Medicina. Os tocoginecologistas são “verdadeiros Médicos da Mulher”.
nº 10	s/	Propõe expulsar pessimismos para planejar as atividades futuras. Cita Descartes para enaltecer as publicações da RBGO.
2003		Forte caráter de defesa da profissão, ressaltando sua sacralidade e arte e como tem sido desqualificada pela remuneração inadequada e proliferação de escolas.
nº 1	Médico, atividade sublime?	O texto faz uma apologia à igualdade das “classes laborativas do país” para, logo em seguida, defender que não é possível pagar salários iguais para profissões distintas. Defende que o exercício profissional da Medicina é o mais relevante que “qualquer outro em qualquer ponto do Universo”, por conta da dedicação, atualização e pelo fato de lidar com a vida. Além dos médicos, os professores também são considerados relevantes para a sociedade.
nº 2	TEGO – valor	Defende o TEGO como valor científico

	comercial?	“incontestável” e também valor social. E afirma que existe outra posição que defende que os títulos de especialista possam ser auferidos pelos Conselhos de Medicina, para quem fez a Residência Médica. Para a FEBRASGO, a supressão da aprova “aviltaria” a Tocoginecologia. Além do valor científico e social, prevê “valor comercial” para o título, garantindo melhor remuneração.
nº 3	A quantas andam os honorários médicos?	Após seis anos de honorários congelados, afirma que o médico, “ator principal (logicamente depois do paciente) tornou-se operário das empresas de capital”. Cobra do poder público e do governo a responsabilidade por prestar assistência médica de qualidade.
nº 4	Congressos médicos – eventos importantes?	Com a proliferação de eventos médicos, preconiza a participação em eventos científicos organizados pela FEBRASGO.
nº 5	Atenção qualificada durante o parto	Trata da iniciativa global <i>Maternidade Segura</i> , que preconiza assistência qualificada durante o parto, tendo com premissa o reconhecimento de que este é um direito das mulheres.
nº 6	A plethora dos Congressos Médicos	Refere-se à “avalanche” de congressos e eventos, reforçando mais uma vez a importância de direcionar a seleção para os eventos da FEBRASGO.
nº 7	Escolas médicas	Ressalta decisão do então Ministro da Saúde, Sr. Humberto Costa, que acatou decisão do Conselho Nacional da Saúde, de suspender por 180 dias a abertura de novos cursos superiores na área da saúde. A entidade já apresentou reflexões acerca do mercado de trabalho médico e da distribuição geográfica desigual. Ao se referir ao exercício da Medicina, adjetiva-o como “difícil e sagrado”.
nº 8	A Mulher	Ressalta que o século passado foi marcado por um processo de valorização da mulher, em todos os aspectos da vida: “cultural, social, artístico, político e até religioso” (não se refere ao econômico). Percebe “o despertar de nova sociedade com igualdade e direitos e deveres para todos”.
nº 9	O Médico / O Tocoginecologista	O dia do médico é comemorado em 18 de outubro, por conta do padroeiro, São Lucas. E do tocoginecologista, em 30 de outubro. Afirma que não há o que comemorar, visto que, “a profissão perdeu a progressivamente a aura de sacralidade e respeito com que sempre foi ornada”. Com a multiplicação de escolas, profissionais despreparados atuam, os salários estão baixos, e não há investimento no aperfeiçoamento, para o exercício da “arte médica”.

nº 10	s/ título	Reforça a importância das publicações da RBGO e do registro no SciELO, que refletem a produção científica do país e a “excelência da Obstetria e da Ginecologia”.
2004		
nº 1	A CAPES e a FEBRASGO	Explicita os objetivos da FEBRASGO, voltados á eficiente ação dos especialistas. Nesse sentido, relembra as duas revistas, a RBGO para divulgar trabalhos de pesquisa; e a Femina, para divulgar trabalhos de atualização e de observação clínica. Elogia o corpo editorial e os artigos, elaborados em sua maioria por “eminentes” professores. A CAPES avalia os programas de Mestrado e Doutorado, a partir de suas produções científicas. Reivindica que as duas revistas, RBGO e Femina, deveriam ser reconhecidas pela CAPES.
nº 2	A classificação hierarquizada, os médicos e a sociedade	Trata do Dia Nacional de Mobilização da classe médica, dia 9 de março. Tem como objetivo reverter “a aviltante situação da classe médica” por conta sua baixa remuneração, “um verdadeiro desafio a nossa vocação sacerdotal”.
nº 3	Ato médico / Casas de parto	Inicia com a concepção já expressa da profissão médica: “misto de carreira técnica, arte e atividade científica”. Afirma que a formação do médico “é longa e exige considerável soma de sacrifício, abnegação e dedicação integral”. Destaca que surgem profissões e com isto, atividades que “sempre e de direito” foram atribuições dos médicos, passam a ser realizadas por outros profissionais. Defende ações “exclusivas” dos médicos, por que “só eles são aptos, tecnicamente capacitados e legalmente habilitados” para atuarem. “É profissão aliando técnica e humanismo”. Defende o projeto do “Ato Médico”, ²⁹⁸ afirmando que não subordina outras profissões, não é prepotente, nem arrogante. Reconhece o trabalho coletivo, mas afirma que a “ presença do médico é indispensável ” (grifo da Diretoria).
nº 4	A Mulher	Inicia ressaltando que o mês de maio é o mês das mães, das flores e, “por que não, o mês da mulher.” Logo em seguida, refere-se ao ano de 2004, como o ano da Mulher e da comemoração de 8 de março citando o massacre ocorrido em 1857 e a data instituída em 1910. A mulher já foi “subalterna e acólita” do

²⁹⁸ Projeto de Lei nº 25/2002, em tramitação no Congresso Nacional, que obteve manifestação contrária do conjunto das entidades profissionais da área da saúde, com uma crítica contundente justamente por considerar que tutela e subordina.

		homem. Quanto às conquistas, foram “lentas e frequentemente dolorosas”. Exemplifica “os mais antigos de nossa geração” viveram como normais fatos como a mulher tratar o homem como senhor e servir-lhe. Refere-se à violência contra a mulher, em especial a doméstica, como situação a ser debelada. Convida a celebrar a luta pelos “direitos semelhantes ²⁹⁹ para todos”.
nº 5	Os hospitais das Universidades públicas brasileiras	Os HUs são responsáveis pela formação médica, seja na graduação, seja na residência médica ou cursos de pós-graduação. Para os médicos docentes, é o espaço para pesquisa e “expansão do conhecimento” seja na área de diagnóstico, seja na cura de doenças. Questiona se há o devido reconhecimento social e governamental para estes hospitais.
nº 6	Hospitais Universitários / Pessoal médico	Ainda sobre os hospitais universitários, agora o questionamento é acerca da situação dos médicos, inclusive professores-médicos. Mais uma vez refere-se à “profissão com foros de ciência e arte”. Questiona os desníveis salariais com outras carreiras de Estado, que não exigem tanta complexidade, aperfeiçoamento e cobrança constantes. Mesmo dentro das Universidades, questiona o fato de “O pagamento mensal é exatamente semelhante ao que recebe um Professor de Letras, de Teatro e outros mais que não prestam este tipo de serviço (sem qualquer demérito para estes últimos), e que nada trazem de recursos para a Universidade.” Defende a diferenciação da carreira de médico e de professor-médico, por justiça.
nº 7	Processos contra médicos	Há um aumento de processos contra médicos, considerado “movimento de verdadeiro terrorismo contra a classe médica”. Há uma “indústria” de processos com finalidade de obter algum retorno financeiro, cita as associações contra erros médicos. Contrapõe-se a advogados que desejam que o trabalho médico siga normas do Código de Defesa do Consumidor, visto que lidam com pessoas e não objetos.
nº 8	Saúde ou educação? Qual a primazia?	Exemplifica um caso clínico de uma adolescente (que sofreu maus tratos e engravidou com 13 anos) para defender o que já estava preconizado no Código de Menores de 1927: “Investir na infância é civilizar o

²⁹⁹ Semelhante não é igual. Conforme Houaiss, semelhante é “que é muito parecido; idêntico, análogo”. Igual é: “que, numa comparação, não apresenta diferença quantitativa; que, numa comparação, não apresenta diferença qualitativa; cujos direitos e deveres não diferem”.

		país, pois a criança é a chave do futuro”. Nesse sentido, responde à pergunta do título, que não há primazia entre educação e saúde, ambas devem ser valorizadas, mas reforça o papel da educação como direito da criança, para que possa construir vida digna.
nº 9	FEBRASGO: 45 anos de existência	Cita a criação da FEBRASGO, em 30 de outubro de 1959. Fala do respeito conquistado “por sua postura ética e científica na educação continuada permanente durante todos estes anos e na defesa profissional do seu quadro associativo”. Hoje se relaciona internacionalmente (FIGO, FLASOG, OPS/OMS, UNICEF). Ratifica “seus ideais em prol da saúde da mulher”.
nº 10	Medicina / Residência médica	Medicina, “mescla de ciência e arte”.

APÊNDICE D: TEMA DOS EDITORIAIS DA RBGO DE 2005 A 2012

Ano	Tema central	Conteúdo
2005		<p>Dos 12 editoriais, nove são relativos à Obstetria, dois à Ginecologia e um à publicação científica. Valoriza a importância de estabelecer parâmetros de “normalidade” - herança da medicina cartesiana, onde tudo é mensurável?</p> <p>Destaca que existem poucos estudos sobre vários temas abordados, valorizando as “evidências científicas”. Ao mesmo tempo, mostra paradoxos, pois temas que envolvem questões filosóficas e valores, como poderão ser medidos em ensaios clínicos randomizados?</p>
nº 1	RBGO	<p>Modificações na revista, buscando contribuições originais e trabalhos que avaliem a “qualidade da assistência e as políticas de saúde no Brasil”. E também busca incluir revisões acerca de temas controversos, cujos textos serão solicitados a “colegas com experiência”.</p>
nº 2	Obesidade	<p>Aponta o uso de critérios através de medidas corporais para “ aferir a obesidade: prega cutânea, circunferência abdominal, e ultrassonografia ou ressonância nuclear magnética de partes moles”. Reforça o aumento da gordura abdominal na “transição menopausal e pós-menopausa”.</p>
nº 3	Pré-natal no Brasil	<p>Destaca que a maioria dos modelos tem por base países ocidentais Avalia o modelo adotado no país, com base no Programa de Humanização do Pré-Natal -PHPN, diferenciando-o do modelo da OMS, sendo o brasileiro mais abrangente. Uma avaliação inicial (2001 e 2002) identificou que uma parcela muito pequena de gestantes cumpriu com os critérios estabelecidos. A inadequação dos cuidados pré-natais associa-se a questões sociais, agravadas por desigualdades sócio-econômicas. Apesar do foco nas políticas a assistência às gestantes, estas ainda são inadequadas. O que dizer das políticas de atenção integral?</p>
nº 4	Estreptococo do grupo B	<p>Trata dos protocolos acerca do rastreamento desta infecção e da indicação ou não de uso de antibioticoterapia. Ressalto a importância para anamnese sexual, pois em um dos estudos ficou evidente maior prevalência em mulheres com mais de 1 parceiro sexual no último ano e maior frequência de relações sexuais. Propõe a adoção de</p>

		medidas com base em publicações de experiências nacionais.
n° 5	Candidíase	Experiência frequente em mulheres de “quadro desagradável”. Descreve alterações localizadas devido à infecção – “vulva e vagina bastante hiperemiadas, Às vezes edemaciada e com fissuras”.
n° 6	Peso de recém-nascidos – normal ou anormal?	A definição do que é normal/anormal tem por base medidas padrão. Aponta as controvérsias do uso destes padrões, tomadas com base em mulheres brancas e hispânicas.
n° 7	Álcool na gestação	Este é um problema para a saúde “materno-fetal”, ou seja, reforça o binômio mãe-filho. A mulher como sujeito de direitos fica invisibilizada, ou descaracterizada neste binômio. Da mesma forma, que no editorial anterior, aponta controvérsias sobre as medidas-padrão, ao polemizar o que seria “dose segura”. Da mesma forma, identifica que o hábito de ingestão alcoólica não pe pesquisado nas consultas pré-natal. Cita exemplos de “questionários consagrados” para melhorar a identificação do uso de álcool, mas são menos efetivos com mulheres. Não trata da aplicação destes questionários, através da interação entre médica(o)/gestante. Aponta diferenças biológicas entre homens e mulheres para determinar a sensibilidade e os efeitos ao álcool. Cita o uso de “biomarcadores”. Ou seja, valoriza um “teste” ao invés da interação terapêutica ou relacional. Cita estudos dos Estados Unidos, que apontam o custo social, na realidade, o custo econômico do problema, quantos bilhões de dólares são usados para tratamento.
n° 8	Toxoplasmose	Aborda o uso de triagem sorológica para identificar infecção na gestação. Assume que “não temos sido eficientes nem sequer para propagar estas orientações (medidas preventivas) para profissionais médicos, não médicos e para a população, principalmente as gestantes”.
n° 9	Trauma na gestação	Refere que traumas na gestação eram fenômenos raros antigamente. Alguns estudos feministas apontam a invisibilidade histórica das violências contra mulheres. Identifica que existem poucos estudos no Brasil acerca do impacto dos traumas em especial sobre as gestantes.
n° 10	Cesarianas	Debate a questão do aumento da cesariana associada à segurança na realização do procedimento – para a gestante, para o recém-nascido e para o “parteiro”, ou médico. Em relação ao último, realizar uma “boa

		<p>medicina” é tomar decisões com base em “evidências” e não no “medo”. Os autores afirmam que a “pior face da medicina moderna” é que a relação deixou de ser baseada na confiança para ser uma relação comercial. A boa medicina prevê o entendimento dos processos fisiológicos. Aponta questões em resposta, como os valores e preocupações das mulheres relacionadas à escolha do modo de parir. E indaga se é possível compatibilizar a “autonomia da paciente” com as “obrigações médicas”. Refere que há poucos “ensaios clínicos randomizados” sobre riscos e benefícios da escolha de cesariana ou parto vaginal. Questiono com podem aparecer aspectos subjetivos como “valores” e “autonomia” em ensaios clínicos randomizados?</p> <p>Outro dado é o aumento no número de processos judiciais contra médicos, entrando em cena outro personagem: o juiz. A decisão de intervenção na Obstetria passa a considerar o menor risco para o médico, e não para a gestante ou o bebê.</p>
nº 11	Pesquisa com células embrionárias	<p>Cita as pesquisas com células-tronco, em especial as embrionárias, com “grande potencial médico”. Não há objeções para o uso de células adultas, mas há muitas para o uso de embriões sejam “excedentes” de técnicas de reprodução assistida, sejam “manufaturados” para fins terapêuticos. Aborda as questões éticas envolvidas com estes embriões “excedentes” e que há poucos dados sobre o que pensam “os casais” sobre o assunto. O debate ético diz respeito aos embriões como “propriedades ou objetos, como pessoas ou como uma categoria única”. Aponta questões religiosas envolvidas, como exemplos como do Vaticano, do Judaísmo e do Islam. Cita uso de “embriões frescos” ou “embriões congelados” para se obter células tronco. Afirma que são necessários mais trabalhos para que “as decisões corretas, baseadas em evidências” defina melhor o “potencial dos embriões”. Como debater questões filosóficas em estudos baseados “em evidências”? Remete a decisão do uso dos embriões “aos casais”.</p>
nº 12	Monitorização de gestações	<p>Aponta melhoria do resultado perinatal, como “controle rígido” do cuidado da mãe e do recém-nascido. Valoriza estudos clínicos e experimentais para apontar resultados alterados, ao mesmo tempo em que demonstra inexistência de “evidências científicas” e falta de consenso sobre as “melhores</p>

		medidas para avaliação materno-fetal”. Há dificuldades para estabelecer “o padrão de normalidade”, o nível ideal é indefinido. E há diferenças entre protocolos, de acordo com as características das gestantes e dos serviços. Cita vários testes utilizados em um protocolo, mas como “não foram testadas em ensaios clínicos randomizados”, não há “evidência científica” dos seu risco ou benefício.
2006		Dos doze editoriais, sete são temas da obstetrícia e cinco são temas da Ginecologia
n° 1	Pólipos endometriais	Aborda a facilidade de diagnóstico de pólipos endometriais, mais comum na pós-menopausa, por conta da “popularização da ultra-sonografia e da histeroscopia”. Mesmo em mulheres assintomáticas, há “o temor do câncer de endométrio”. “Quanto mais idosa a mulher, maior a chance de um pólipo endometrial estar associado a tumor maligno”. Como outro fator de risco aponta a hipertensão arterial. A presença desses fatores der risco – idade (acima de 65 anos), hipertensão arterial e presença de sangramento favorecem a indicação de cirurgia.
n° 2	O diagnóstico de células escamosas atípicas em citologia oncológica cervical	Aponta o resultado anormal de uma citologia com ponto de partida para o diagnóstico e tratamento de lesões pré-malignas de câncer de colo uterino. Essas alterações detectadas tem impacto nos custos da investigação posterior, seja através de “colposcopia, biópsias, tipagem viral e outras intervenções”. Considera a necessidade de estabelecer padronização de critérios e cita estudos do Ministério da Saúde para avaliar os custos de rastreamento para câncer de colo e estabelecer parâmetro “custo-efetividade”. Preconiza a importância de adotar as tecnologias já disponíveis na rede do SUS, bem como valoriza a importância de estudos, como o realizado pelo Instituto Fernandes Figueira, instituição pública do Rio de Janeiro para adequação das condutas à população brasileira.
n° 3	A cerclagem para prevenção da prematuridade - para quem indicar	Descreve a cerclagem como causada por um “defeito local” e não pela presença de contrações uterinas. Aponta a cerclagem como procedimento importante como “tentativa heroica de salvar a gravidez”. Desta o uso da ultra-sonografia para “avaliar com muita precisão as medidas e a forma do colo uterino durante a gestação e trouxe o conhecimento de que a cérvix uterina tem

		diferentes comprimentos em mulheres diversas, e que quanto menor o colo, maior é o risco de prematuridade”. Cita ensaios clínicos, estudos multicêntricos, meta-análise, mas conclui que “Não existem estudos randomizados adequados e não há conduta estabelecida para estes casos”. “Entretanto, há que se ter bom-senso para indicação da cirurgia...”. Recomenda então “que a decisão seja conjunta entre o médico e a paciente, e baseada no bom senso ”. (grifo meu).
nº 4	Macrossomia fetal - um desafio obstétrico	Apresenta controvérsias relacionadas à macrossomia, considerada “desafio constante à prática obstétrica”. São elas: “a própria definição ou conceito de macrossomia, os múltiplos fatores de risco envolvidos, as dificuldades no diagnóstico pré-natal de certeza, as divergências nos protocolos de conduta na gestação e no parto e a conseqüente morbi-mortalidade perinatal associada”. Numa revisão citada, identificam que “a falta de acurácia dos métodos diagnósticos disponíveis...”. Portanto, as autoras concluem que “Não há ensaios clínicos controlados avaliando qualquer uma das questões aqui abordadas”.
nº 5	A escolha do método contraceptivo	Ressalta o fato de que em uma pesquisa no estado do Paraná, realizado com mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família, mais de 80% dos métodos referidos foram a pílula (50%) e a ligadura tubária. Um terço das mulheres inicia uso de pílula sem consulta médica. Este fato é considerado problema, pois “nos locais de atenção médica, o planejamento familiar não tem sido entendido como ação de medicina preventiva”. A condição socioeconômica – escolaridade e renda interferem no conhecimento e acesso mais amplo a métodos diversos. Refere-se aos direitos reprodutivos de homens e mulheres – acesso aos métodos e dever do Estado em fornecê-los estabelecidos na Constituição do Brasil, de 1988. A falta de informação foi evidenciada pelo desconhecimento de problemas relacionados à associação entre contraceptivos orais, fumo e hipertensão arterial. Ressalta a “alta prevalência de mulheres já laqueadas”, pela “falta de opções contraceptivas” ou por achar que “nunca falha” e “em número crescente de mulheres arrependidas”. Encerra considerando “Os homens e mulheres brasileiras tem o direito constitucional de escolher quando e quantos filhos ter [...] Os direitos ”

		sexuais e reprodutivos são direitos humanos” (grifo meu).
nº 6	Rastreamento do câncer de mama no Brasil	Cita o câncer de mama como problema de saúde pública no Brasil e no mundo, que podem estar associados a “alterações reprodutivas, como postergação do primeiro parto, e nutricionais” (como a obesidade). Aponta dificuldades de prevenção primária. Cita dados dos Estados Unidos, União Europeia e do Brasil (citados pelo INCA). O documento de consenso para detecção precoce, adotado no Brasil, tem por base “evidências científicas” de outros países e que foram adaptadas à realidade brasileira. Cita uso da mamografia como recurso de imagem importante, cujas mulheres brasileiras tem pouco acesso. Além do diagnóstico precoce, estabelece a necessidade de identificar Centros de Referência para atendimento resolutivo. No Brasil, o auto-exame é indicado apenas como forma de “conscientização da mulher”, visto que em “países desenvolvidos” não tem impacto no diagnóstico precoce.
nº 7	Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil - razões para sua permanência	Afirma que o número de mortes maternas está no posto do desenvolvimento humano, relacionado a fatores biológicos, socioeconômicos, qualidade da assistência médica, determinação política de promoção da saúde pública e iniquidade entre gêneros (grifo meu). Valoriza o fato de que o “incremento tecnológico proporcionou o crescente uso de instrumentos e medicamentos na prática obstétrica, provocado melhoria nas taxas de morbidade e mortalidade, tanto materna quanto perinatal”. Ressalta que essas intervenções são “baseadas em evidências científicas”. Destaca estudo de meta-análise que não considerou o incremento do pré-natal como fator contributivo para baixar esses índices. Como fator importante, valoriza o “parto institucional”, “com profissionais preparados e qualificados”. Cita política da OMS – Maternidade Segura, em 2000, como iniciativa importante. Independente dos contextos político-assistenciais, ressalta o papel dos obstetras para a diminuição desses índices, através da “excelência ao atendimento à mulher”. “Dessa responsabilidade não podemos, de nenhuma maneira, nos furtar”.
nº 8	Gravidez na adolescência	Define adolescência como o período compreendido entre 10 e 19 anos. Considera a gravidez nesse período como “problema de saúde pública” e cita

		vários problemas decorrentes que podem acontecer, assim como fatores predisponentes e repercussões psico-sociais. Cita dados comparando Estados Unidos e Brasil. Valoriza a importância de “conhecer a problemática no Brasil, em suas diferentes regiões”.
nº 9	Distribuição de altura uterina ao longo da gestação em uma coorte brasileira - comparação com a curva de referência do CLAP	Aborda a rotina de medição da altura uterina nas consultas de pré-natal, recomendada pelos colégios de obstetras americano e da Inglaterra. Essa medição entre 32 e 34 semanas pode indicar restrição do crescimento fetal, mas atenta para diferenças devido a características populacionais. Cita estudo realizado em seis cidades brasileiras que foi comparado com a curva do CLAP, identificando que em seus extremos podem não representar a curva de gestantes brasileiras. Enfim, propõe curva de altura uterina para cada região.
nº 10	A responsabilidade do obstetra sobre o diagnóstico e o tratamento do diabetes melito gestacional	Destaca a “responsabilidade ética e moral” do obstetra no diagnóstico e tratamento do diabetes melito gestacional, para “impedir eventos deletérios sobre o feto e o recém-nascido”. Cita referência americana como padrão para taxas de limite de normalidade. Destaca a importância da equipe multidisciplinar, “porém a gestante deve ser a protagonista principal”. Valoriza o uso da ultrassonografia para detectar data gestacional e alterações fetais. “Faltam evidências na literatura” para estimar o peso do feto que determine a via de parto. O aspecto ético envolve “obstetra, gestante, feto e sistema de saúde”. Cita “o interesse da gestante, o direito de autonomia [...] e o interesse do feto como paciente”. Destaca o papel conjunto das sociedades científicas e gestores do SUS e do sistema privado.
nº 11	Ultra-sonografia em uroginecologia	Cita o uso de exames de imagem na propedêutica da incontinência urinária, mas “nos últimos anos, o interesse pela ultra-sonografia da uretra, do colo vesical, do assoalho pélvico, vem aumentando significativamente”. No entanto, “falta padronização do exame”, o que faz com que “não está claro qual o ganho oferecido por esse exame quando comparado a uma avaliação clínica cuidadosa”. “Devemos aguardar novas evidências, antes de propor qualquer modalidade terapêutica com base nos achados deste exame”.
nº 12	Impacto dos grandes estudos	Trata dos indicadores de saúde materna e perinatal e a “necessidade diária de tomada de decisões frente a

	multicêntricos sobre a prática obstétrica	inúmeras questões clínicas e a incerteza dos resultados a partir de intervenções preconizadas”. Os “estudos controlados” devem ter por base grupos aleatórios, amostra representativa para detectar diferenças através da estatística apropriada. Nesse sentido, enaltece as publicações do Ministério da Saúde e seminários nacionais, propostas apoiadas pela FEBRASGO. Durante muito tempo, as decisões tiveram por base as “experiências pessoais, nas experiências de pessoas com mais autoridade e nas teorias fisiopatológicas”. Valoriza centros de excelência no Brasil, que produzem “informações de muita qualidade”. Portanto, a união através de trabalho cooperativo multicêntrico pode contribuir para estudos, em curto prazo, que produzam reflexos na prática clínica.
2007		
nº 1	A prática da episiotomia ³⁰⁰ no Brasil	Inicia o texto afirmando que dois temas são fundamentais para os profissionais de saúde: “a medicina baseada em evidências e a ativação de processos de mudança”. Discute a conduta “universalmente aceita” - a episiotomia, que é adotada e ensinada pela Obstetria brasileira. Cita estudos “com o objetivo de reduzir intervenções desnecessárias”. Revisão citada conclui que “a episiotomia seletiva traz mais benefícios que o uso rotineiro”, mas apesar desse questionamento, sua prevalência é elevada, variando em distintas regiões do mundo. Enquanto que na Europa sua taxa é de 30%, no Brasil é de rotina em toda primípara ³⁰¹ e com parturientes com episiotomia prévia. O texto ressalta que “é um dos únicos procedimentos realizados sem qualquer consentimento prévio da paciente, prática esta de fundamental importância”. E mesmo sendo desconsiderada desnecessária rotineiramente, “a maioria dos obstetras, mesmo os responsáveis pelo ensino médico, não conseguem abandoná-la, pois ela lhes foi ensinada nos bancos

³⁰⁰ É uma incisão realizada no períneo, durante o parto normal, na musculatura entre a vagina e o ânus, com a alegação de aumentar o canal de parto e evitar lacerações. É uma das práticas obstétricas que gera mais controvérsia, sendo questionada não só por profissionais de saúde, mas por mulheres que não querem aceitar este procedimento.

³⁰¹ Fêmea que vai parir pela primeira vez. Destaco que esse é o significado do Dicionário eletrônico Houais, Portanto, ao utilizar esse termo, a Obstetria refere-se às mulheres nessas condições como “fêmeas”.

		universitários e eles se acostumaram a ela”. Aponta também o custo financeiro, devido à utilização de material e maior tempo de internação.
nº 2	Ensino da cirurgia ginecológica nos programas de residência médica do Brasil	“A formação do residente de Obstetrícia e Ginecologia envolve múltiplos aspectos, como o conhecimento clínico, o desenvolvimento de habilidades e técnicas, além do amadurecimento de atitudes pessoais, éticas e profissionais”. Visa “qualidade técnica e humanística”. Aborda o tema da histerectomia, citando que, com indicação apropriada pode “restabelecer a saúde de uma mulher e, até mesmo salvar sua vida”, mas muitas foram desnecessárias. Tem avançado rapidamente o conceito de “cirurgia minimamente invasiva”. No processo de formação muitas vezes não é o residente que opera que faz o seguimento, havendo uma quebra na integralidade. Cita como primordial no ensino da residência, além de conhecer a fisiopatologia das doenças, “ouvir profissionais mais experientes” e examinar as mulheres, ouvindo suas queixas. A forma de ensinar mudou, aliando “decisões baseadas em evidências, o treinamento cirúrgico ginecológico também deve ser guiado por informação baseada em evidência associado ao bom senso e à experiência”. “O sistema de aprendizado geralmente utilizado é aprender no próprio paciente”. Sugere o uso de outras estratégias, como “vídeos, manequins, programas computadorizados, etc”. Além de ensinar, aborda outra questão importante no ensino, que é a avaliação, não apenas da técnica, mas das habilidades e qualidades mais difíceis de ser mensuradas, como: “ética, profissionalismo, comunicação e liderança”. Além disso, os programas também devem ser avaliados.
nº 3	Ovários policísticos - resistência insulínica e síndrome metabólica	É a “endocrinopatia comum na fase reprodutiva da mulher”. Aborda os sintomas, a etiologia ainda não elucidada completamente e a possibilidade de associação com resistência insulínica. Portanto, há necessidade de investigação clínica e laboratorial.
nº 4	Extensão do pré natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções	Aborda a desconsideração da presença do acompanhante durante o pré-natal, com base numa escuta de que ele não quer participar. Afirma que existem poucas contribuições na literatura indexada. Em pesquisa realizada com gestantes, em serviço do SUS, em Ribeirão Preto, o “desinteresse” é atribuído a não ser bem acolhido, não entender as orientações, medo de participar no parto e não abono da falta no

		trabalho. Faz considerações sobre a importância de participação do parceiro, considerado aqui o cônjuge da gestante. Além de ser relacionado à redução da frequência da depressão pós-parto, tanto materna quanto paterna, também pode contribuir para redução de transmissão vertical de DST, em especial o HIV.
nº 5	O arrependimento após a esterilização cirúrgica e o uso das tecnologias reprodutivas	Aponta estudos que indicam 40% de prevalência de esterilização cirúrgica em mulheres brasileiras de 15 a 49 anos, em união estável. Foi alvo de estudos na década de 90, por distintos campos do conhecimento. Mesmo não estando legalmente regulamentada, a esterilização feminina e masculina “tornou-se prática no setor privado”. Eram obtidas clandestinamente, pagando “por fora”, muitas vezes no momento do parto, através de uma cesariana. Cita estudos onde foi utilizada “como moeda de troca, no país, favores políticos e votos”. Cita que essa é uma “questão de gênero”, pois “as mulheres contribuem mais com a contracepção”. Reconhece os direitos reprodutivos como direitos humanos, e seu conceito firmado na Conferência de Cairo, em 1994.
nº 6	Vacinas profiláticas para o HPV	Afirma a importância da detecção precoce do câncer de colo, através de programas de rastreamento, que são falhos no Brasil. Essa doença mantém alta prevalência e mortalidade em mulheres de países em desenvolvimento. Discute o uso das tecnologias no desenvolvimento das vacinas profiláticas para o HPV. As vacinas atuais são eficazes, mas discute sua implementação com adolescentes, pois nem todas as pessoas fazem sexo ou estão expostas ao vírus. Também considera importante avaliar o impacto da vacinação no comportamento sexual de jovens, pois pode incentivar uma prática sexual de risco, com possível aumento de outras DSTs.
nº 7	Riscos e benefícios do uso de inibidores seletivos da recaptação de serotonina para a depressão durante a gravidez e a lactação	Discute a depressão, com estimativa de acometer entre 10 e 20% das gestantes, e seus tratamentos disponíveis e respectivos riscos, em especial os efeitos sobre o feto e o recém-nascido. Aponta possibilidades de agravo da depressão no período puerperal, havendo controvérsias quanto ao aleitamento. O uso de medicação deve ser discutido entre “psiquiatra, obstetra e gestante”. As mulheres não são bem informadas a respeito e, muitas vezes, suspendem a medicação por conta própria, com medo do risco de malformação. Os casos de depressão grave devem ser bem avaliados, pois há

		risco de suicídio.
nº 8	O tocoginecologista, o patologista e o exame de Papanicolaou	O câncer de colo está associado aos índices de desenvolvimento de um povo. Pelo fato de ser um órgão de “fácil acesso” através do exame especular, considera “inadmissível o diagnóstico tardio”. Discute aspectos importantes para qualidade do exame papanicolaou (citológico), sua baixa cobertura e a participação limitada de mulheres nas ações de rastreamento. Cita estudo realizado em São Paulo, no qual mulheres referem que “sentem-se saudáveis” e sem problemas ginecológicos, portanto, não sentem necessidade para fazê-lo. Sentimento importante relatado é o de “vergonha e medo do exame”. Nesse sentido, é necessário “intervenções” para fazer com que as mulheres compareçam para a coleta do “preventivo”.
nº 9	Ainda sobre o abortamento legal no Brasil e o conhecimento dos profissionais de saúde	A discussão não se restringe aos aspectos do aborto legal, mas adentra na polêmica discussão acerca do abortamento inseguro no país e a necessidade de ampliar os aspectos legais que determinam sua realização. Tece comentários sobre o posicionamento de “políticos” que se omitem no debate legislativo, pois “divide a opinião de eleitores”. Assumem que as situações de abortamento envolvem situações complexas, desencadeando “conflitos religiosos, sociais, familiares e sexuais”. Portanto, permeada de subjetividade. Destaco quatro aspectos do texto: a “mulher é considerada soberana para decidir o que deve ser feito com seu corpo”; defende o Estado laico – “liberdade de escolher religião ou mesmo não ter nenhuma, aponta o desconhecimento dos profissionais de saúde acerca do aborto; considera-o como “pandemia silenciosa”. Nesse sentido, recomendam que este tema continue presente em eventos científicos e médicos
nº 10	Densidade mamográfica como fator de risco para o câncer de mama	Justifica a incorporação da análise de densidade mamográfica como fator importante para predição de risco individual para câncer de mama. Expõe sobre vários métodos disponíveis e sobre a melhor aferição com a utilização de “métodos quantitativos computadorizados”. Cita estudos randomizados para avaliar efeitos das terapias de reposição hormonal sobre a densidade mamográfica e as possibilidades disponíveis, com menor risco.
nº 11	O ensino e o aprendizado de	Afirma que há algumas décadas, o ensino de GO “baseava-se nas lições de poucos e grandes mestres,

	ginecologia e obstetrícia na graduação - desafios e tendências	que dominavam conhecimento de forma abrangente”. “Também o conhecimento da especialidade se multiplicou exponencialmente e os professores se subespecializaram, passando a dominar conteúdos cada vez mais específicos”. Assim, os alunos estão expostos a professores e preceptores diversos, “por vezes carente de uma visão mais abrangente do cuidado à mulher e deslocados da realidade na qual a paciente está inserida”. Torna-se necessário definir “quais os conhecimentos essenciais e quais as habilidades e competências necessárias”. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) contribuem nesse sentido, propondo um perfil para a formação médica, “com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva”. Neste desafio, para definir conteúdos e estratégias pedagógicas, aliado à capacitação de professores ou tutores, a colaboração entre a ABEM e FEBRASGO é importante, aliado ao MEC e MS.
nº 12	Trinta anos, visibilidade e ensaios clínicos	Aponta como meta, após trinta anos de publicação da revista, aumentar sua visibilidade. Aborda acerca dos indicadores que apontam o número de citações e visita, no SciELO, por exemplo, e da área clínico-cirúrgico, a RBGO foi a mais citada. No caso de trabalhos de pesquisas clínicas, será necessário número identificação de registro da respectiva pesquisa clínica. Define o que é pesquisa clínica (<i>clinical trial</i>), como “qualquer estudo que inclua, de forma prospectiva, seres humanos como sujeito de uma ou mais intervenções relacionadas à saúde, tendo como objetivo a verificação e avaliação dos efeitos destas intervenções. As intervenções, por sua vez, compreendem não só drogas como terapia celular ou com outros produtos biológicos, procedimentos cirúrgicos, uso de métodos de imagem, tratamentos comportamentais, preventivos etc”.
2008		Neste ano, sete editoriais são de temas da ginecologia, quatro da obstetrícia e um sobre a pós-graduação n especialidade. Os assuntos são mais variados, mesclando obstetrícia e medicina fetal com assuntos de ginecologia, com destaque para o climatério e qualidade de vida.
nº 1	Uso de fármacos na gravidez - benefício e custo	Aponta que, “na maior parte das vezes, não são conhecidos os efeitos adversos dos produtos novos em relação à gestação”. As estimativas preveem que,

		<p>pelo menos 10% dos “defeitos congênitos” são resultantes da exposição de mulheres grávidas às drogas. A extensão dessa exposição depende de múltiplos fatores, portanto recomenda-se um ajustamento de doses de medicamentos como anti-epiléticos, antidepressivos e anti-infecciosos durante a gravidez. A tomada de decisão, muitas vezes, baseia-se numa “rápida consulta da literatura científica”. Cita o estudo de Einarson <i>et al.</i> (2006) que identificou que “muitos clínicos leem apenas o resumo dos artigos de jornais científicos”. E seu estudo também demonstrou que esses resumos apresentam “informações insuficientes para leitores tomarem decisões baseadas em evidências”. Dentre os medicamentos mais utilizados estão os antianêmicos. Quanto aos analgésicos, ressalta a importância de estudos que demonstram o uso de métodos não bioquímicos, como fisioterapia e acupuntura.</p>
nº 2	Ooforectomia durante cirurgia pélvica para doenças benignas em mulheres na perimenopausa	<p>Afirma que a “ooforectomia profilática durante uma histerectomia por agravo benigno do útero é praticada de forma excessiva em expressivo número de países”. No Brasil, não há dados sobre a associação dessas cirurgias. Comenta as repercussões no corpo e saúde das mulheres, resultantes da privação hormonal.</p> <p>“Desafortunadamente, é pequeno o número de ooforectomias indicadas de forma planejada para mulheres de alto risco de câncer de ovário”. Mas defende que a decisão final cabe à mulher, com base em “informações atualizadas” dos médicos, que não deve “conter induções ou insinuações” e deve apoiar-se no “consentimento livre da mulher”.</p>
nº 3	Avaliação da qualidade de vida no climatério	<p>Refere-se a estudo realizado no Brasil, acerca de um tema ainda pouco estudado – avaliar a qualidade de vida no climatério para além dos sintomas, com base nos fatores biológicos e psicossociais – subjetividade e multidimensionalidade. Considera importante o reconhecimento dos “sentimentos e percepções dos pacientes sobre sua doença”. Aponta duas tendências para o conceito de qualidade de vida: um mais genérico, sociológico; e outro relacionado à saúde. Recomenda o uso de métodos qualitativos nas pesquisas. Ressalta o ponto de vista antropológico, em culturas ocidentais, acerca da beleza e juventude. “Nesse contexto, a preocupação com qualidade de vida se contrapõe com a tendência</p>

		moderna de tecnologia excessiva da Medicina”.
n° 4	Análise crítica da dopplervelocimetria para avaliação da vitalidade fetal	Valoriza essa tecnologia – não invasiva, como importante para avaliação de insuficiência placentária e alterações fetais decorrentes do déficit de oxigênio. Essa análise é importante em alguns casos, para “determinar o melhor momento para o parto”. Portanto, é um método de avaliação da vitalidade fetal para gestações de risco.
n° 5	O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero	Apresenta uma revisão sistemática que aponta causas para não realização do exame citológico no Brasil, associando às condições socioeconômicas, como escolaridade renda, cor parda, vergonha ou medo de fazer o exame, dificuldade de acesso ou não solicitação pelo médico, dentre outros. Dividiu em dois grupos de fatores: um relacionado à mulher e outro aos serviços de saúde.
n° 6	Misoprostol - aborto e malformações congênitas	O protocolo para uso do misoprostol, medicamento que pode substituir processos invasivos em caso de aborto retido ou incompleto, não é de conhecimento pleno de aluna(o)s do curso de Medicina e sua divulgação deve ser ampliada. Opina que seu uso nos casos de “aborto ilegais (ou inseguros) transfere o risco de morbimortalidade da mulher, a qual vinha praticando abortos com outros métodos mais arriscados (perigosos) para o feto”.
n° 7	Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos?	Apresenta a sífilis e os testes para diagnóstico. Aponta a transmissão vertical em caso de gestantes e seu não tratamento como resultado da deficiência da assistência pré-natal, e no Brasil também a pouca importância que os profissionais de saúde dão ao diagnóstico. Associa o aumento na incidência, em especial na década de 1980, como resultado da “popularização do uso de crack e cocaína e à maior liberação sexual”. Propõe “popularizar o tema nas iniciativas de educação continuada” e qualificar o pré-natal, ressaltando a responsabilidade dos “tocoginecologistas”.
n° 8	Perfil da pós-graduação em Ginecologia e Obstetrícia no Brasil	Aponta o perfil dos programas de pós-graduação <i>stricto sensu</i> , voltado para a pesquisa. Em geral, não são programas voltados para tocoginecologistas, mas de caráter multidisciplinar. Cita os mecanismos de avaliação da CAPES. Dos 11 programas da GO, eles foram avaliados entre 3 e 5, portanto nenhum programa de excelência. Dentre propostas para qualificar, cita o apoio da FEBRASGO para dar visibilidade às pesquisas realizadas no Brasil, além de indexar a RBGO em bases de dados

		internacionais.
nº 9	Anemia no Brasil: até quando?	Faz referência à revisão recente que demonstra os índices de anemia no Brasil, em especial em gestantes. Em publicação da OMS, o Brasil apresenta a anemia como problema de saúde pública. Ressalta os prejuízos decorrentes e os fatores culturais, como prática alimentar, e limitações socioeconômicas que interferem no problema.
nº 10	Melatonina e puberdade: quais as evidências?	Cita que “os níveis de melatonina são essenciais para a regulação do relógio biológico de cada indivíduo”. Compara seus efeitos em animais não humanos. E conclui que os índices de melatonina, em meninas, podem influenciar no início da puberdade.
nº 11	Qualidade de vida - QV	Apresenta o conceito de qualidade de vida como subjetivo e multidimensional. Apesar de não haver consenso sobre ele, é necessário avaliar os “domínios físico, social, psicológico e espiritual”. Para transformar informações subjetivas em dados objetivos e mensuráveis, foram elaborados questionários sobre QV, que podem ser divididos em genéricos e específicos. A escolha deve se dar em “instrumentos previamente validados e com evidências claras de sua qualidade”.
nº 12	Risco e assistência à dislipidemia no climatério	“Há necessidade de harmonizar a longevidade com o viver bem”. Nesse sentido, significa “identificar e intervir precocemente nas neoplasias prevalentes na mulher (colo do útero, mama, pulmão, colo-retal, endométrio e ovários), na osteoporose, alterações no metabolismo glicídico e lipídico e doenças cardiovasculares”. Aponta a relevância de avaliação dos lipídios em mulheres climatéricas, principalmente na pós-menopausa. Considera importante “desenhar estudos focando nossa realidade e os nossos costumes”. E os ginecologistas são “os clínicos da mulher”.
2009		
nº 1	Predição de pré-eclâmpsia	A pré-eclâmpsia é uma das principais causas de morte materna no Brasil. Descreve a fisiopatologia da doença, aponta que a pergunta acerca da origem da patologia continua sem resposta, que sua predição depende da identificação de fatores de risco da gestante. É uma doença multifatorial, portanto pesquisas genéticas tem alto custo e não há previsão, num curto prazo, de fazer parte da prática clínica.
nº 2	Alterações	Avaliar as alterações da frequência cardíaca fetal

	cardiotocográficas após analgesia obstétrica combinada raquiperidural	(FCF) sob efeito analgésico é um grande desafio para obstetras e anesthesiologistas. “As desacelerações prolongadas da FCF são eventos geradores de ansiedade na sala de parto para obstetras, anestesistas e pacientes e que o manejo inadequado dos casos pode levar a intervenções obstétricas de urgência desnecessárias”. As pesquisas visam conhecer a fisiologia do parto, a indicação de analgesia e pensar estratégias para manejo das mulheres, e “não simplesmente evitar que elas recebam analgesia”. Enfatiza que ainda são insuficientes os estudos acerca da analgesia obstétrica.
nº 3	Obesidade e gravidez	Aponta que há uma epidemia mundial de obesidade – “globesidade”, que afeta os cinco continentes. A OMS criou uma base de dados sobre o índice de massa corpórea (IMC), que é atualizado periodicamente. Cita os dados do Brasil, apresentados pelo IBGE, que identificam o crescimento de 50% da obesidade em mulheres nos últimos 30 anos, sendo que é maior em mulheres de baixa renda. Repercute nas gestantes, com maior risco para pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e infecção do trato urinário. E repercute nos fetos, que “são vítimas inocentes de diversos fatores ambientais adversos, entre eles os hábitos insalubres de suas mães”. Aponta que ainda faltam estudos – “tipo coorte prospectivo e multicêntrico” para avaliar características sociodemográficas. Como ação, destaca o papel da ONU, ao definir diretrizes técnicas e divulgar práticas eficazes. Propõe aliança entre organizações profissionais, autoridades governamentais e profissionais da área da saúde da mulher.
nº 4	Panorama atual e perspectivas em relação ao diagnóstico precoce do câncer de ovário	O câncer de ovário é a neoplasia ginecológica mais letal. O diagnóstico, em geral, é tardio. A incidência é maior em países industrializados, mas no Brasil, dois centros superam esses dados: Porto Alegre e São Paulo. Aponta dados de sobrevida e o perfil epidemiológico (mulheres após menopausa, nulíparas e de nível socioeconômico elevado). Como prevenção primária, aponta a salpingo-ooforectomia bilateral para portadoras de síndromes hereditárias. Outra estratégia é o uso de contraceptivos hormonais orais. A retirada dos ovários associada à histerectomia é discutível, pelos seus efeitos “deletérios” que superam os benefícios. Há

		dificuldades no rastreamento. Como os sintomas são inespecíficos, são subestimados por mulheres e médicos. Aponta necessidade de organizar serviços de referência com urgência que atendam mulheres com suspeitas, no máximo em duas semanas.
nº 5	Epidemiologia do câncer de mama	Em torno de 90% dos casos de câncer de mama não tem associação com fator genético e os riscos estão relacionados a múltiplos fatores – hormonais, estilo de vida, condições socioeconômicas, urbanização. O aumento da incidência pode estar relacionado à melhora no rastreamento. O risco diminui quando há diminuição de peso no período pré e pós-menopausa.
nº 6	A integridade do endotélio e a terapia de reposição hormonal	Comenta a relação entre terapia hormonal e incidência de doença coronariana isquêmica em mulheres com mais de 50 anos. A menopausa não representa causa única, associando o “bioenvelhecimento” e agressão de outros fatores. Comenta dois estudos com resultados contraditórios, relacionados a critérios de inclusão, como idade das pacientes e o tempo decorrido após a menopausa (fatores importantes para determinar risco). Nesse sentido, duas sociedades científicas brasileiras – Cardiologia e Climatério definiram diretrizes para a indicação de reposição hormonal.
nº 7	Idade materna: resultados perinatais e via de parto	Inicia comentando que a “gravidez e o parto nos extremos da vida reprodutiva da mulher sempre foram cercados por mitos, marcados por diferenças culturais que consideram a gravidez precoce ou na idade avançada, ora uma recomendação, ora uma inconveniência biológica ” (grifo meu). Os avanços da Medicina tornaram essas gestações mais seguras, e os fatores de risco puderam ser reduzidos ou dominados, com base nas “evidências científicas”. Mas, os dados de mortalidade materna em especial em adolescentes ainda é “assustador”, visto que os riscos biológicos ou médicos quase “não existem” e o que se sobressai é de ordem psicossocial e de gênero. No Brasil, há variação de acordo com região e extrato social. Nesse sentido, posso afirmar que a “inconveniência” não é biológica, mas social! No que se refere a gestação entre adolescentes, aponta “as questões de gênero em geral”, como um dos aspectos relacionados ao fenômeno, sendo que não explica o que concebe como “gênero”. Também a via de parto relacionada à idade materna foi polêmica. Aponta o preconceito relacionado às

		adolescentes, ao não considerá-las “prontas” para o parto vaginal por conta de “bacias e musculatura uterina imatura para a parturição e por despreparo emocional”. As taxas de cesária também são elevadas – 40% em hospitais terciários. Devido a multidimensionalidade que envolve esse tema, preconiza serviços multidisciplinares e interdisciplinares.
nº 8	Significado clínico das calcificações vasculares na mamografia: devemos valorizá-las?	Cita a mamografia como exame importante no rastreamento do câncer de mama, em mulheres acima de 40 anos. A presença de calcificações vasculares associa-se à doença coronariana, tornando esse exame importante também para esse rastreio.
nº 9	Síndromes miofasciais: causa comum e subdiagnosticada de dor pélvica crônica em mulheres	A dor pélvica crônica é de etiologia complexa, multifatorial, associando fatores socioculturais e psicológicos. É pouco compreendida, gera ansiedade e os tratamentos geram alívio temporário e insatisfatório. Por ser uma doença complexa, propõe intervenção multidisciplinar e duradoura.
nº 10	Gravidez na adolescência: uma proposta para prevenção	Cita duas classificações etárias para adolescência – entre 10 e 19 anos da OMS e entre 12 e 18 anos do ECA. Aponta dados do Ministério da Saúde acerca do aumento do número de jovens com vida sexual ativa. Alerta para os fatores de risco para a mãe e o bebê e as consequências (maior incidência de lesões vaginais e perineais, deiscência de suturas, dificuldade de amamentação, além de depressão pós-parto). Quanto aos bebês, é maior o risco de desnutrição, maus tratos e descuidos. Além disso, é alta a taxa de evasão escolar e o retorno é pequeno. Considera necessário incluir “adolescentes nos programas de assistência à saúde da mulher, com ênfase em anticoncepção e orientações sexuais”. Também aborda a proposta de programa de saúde na escola e sobre os ambulatórios nas unidades básicas, com ação multidisciplinar, envolvendo profissionais da educação, serviço social e psicologia. Nesse sentido, é importante conhecer a magnitude, estimular estudos e viabilizar publicações relacionadas à população brasileira.
nº 11	Infecções por micobactérias de crescimento rápido resistentes a desinfetantes: uma problemática	Descreve a epidemiologia das infecções por micobactérias no mundo e no Brasil, incluindo os procedimentos invasivos ginecológicos. Discute o uso de desinfetantes diversos.

	nacional?	
nº 12	Sexualidade, saúde sexual e Medicina sexual: panorama atual	Cita a OMS para associar a sexualidade como um dos “pilares da qualidade de vida” e define saúde sexual como “estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade”. E no campo da sexualidade inclui: “a relação sexual, o erotismo, o prazer, a orientação sexual e a reprodução humana; se expressa pro meio de pensamentos, fantasias, desejos, comportamentos, e relacionamentos e é influenciada por fatores biológicos, psicológicos, sociais e econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos e religiosos”. Faz referência às altas taxas de abuso sexual na infância e alta prevalência de “disfunções sexuais”, além da carência de profissionais com formação sexológica no Brasil. Reconhece a sexologia como complexa, e, portanto interdisciplinar; e a medicalização excessiva, por seu conteúdo psíquico. Fala dos avanços em Medicina Sexual, em especial a “definição da resposta sexual feminina por Basson, em um modelo circular, diferente da resposta linear masculina”. Esse modelo conjuga conhecimentos da neurociência, imagiologia ³⁰² e epigenética ³⁰³ . Refere que, por muito tempo, as mulheres foram consideradas como “portadoras de desejo sexual hipoativo”. Considera como inovador o “investimento da indústria farmacêutica nas disfunções sexuais femininas”. Cita como fatores que interferem na resposta sexual, “os mitos, os valores, a religião e as questões de gênero”, além da “maior liberdade de expressão sexual”. E propõe que o tema seja tratado nas instituições de ensino, com programas de “educação sexual”, a partir do ensino fundamental.
2010		
nº 1	Antiinflamatórios e alterações cardíacas fetais;	Diagnóstico de má formação do canal arterial do feto é dependente da realização de ecocardiografia fetal, sendo que uma pequena porcentagem de gestantes tem acesso a exame. Discute o uso comumente, de anti-inflamatórios em especial do diclofenaco, para situações de lombalgias em gestantes e seus efeitos sobre o feto

³⁰² Refere-se às técnicas de criação de imagens do corpo humano, com propósito clínico.

³⁰³ É um campo da biologia que estuda as relações entre os genes e a produção do fenótipo.

nº 2	Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais	O nascimento pré-termo (antes da 37ª semana de gestação) é o problema perinatal atual mais importante no momento. Considera que no Brasil a confiabilidade dos dados é baixa para estimar a prevalência.
nº 3	A questão do aborto no Brasil	Ocorre uma mudança significativa na forma como se referem às mulheres – “a mulher é considerada soberana para decidir o que deve ser feito com seu corpo”. Reconhecimento da laicidade do Estado, defendendo que deve possibilitar aos indivíduos “a liberdade de escolher qualquer religião ou mesmo a liberdade de não ter nenhuma religião”. Do “médico dono do paciente”, surge a “mulher que tem o desejo de controlar o seu corpo”. A discussão não se restringe aos aspectos do aborto legal, mas adentra na polêmica discussão acerca do abortamento inseguro no país e a necessidade de ampliar os aspectos legais que determinam sua realização. O aborto pode ser considerado um grande problema de saúde pública, pois apresenta três características importantes, que estão presentes na realidade que permeia essa situação: o número de pessoas que atinge; o grau de letalidade; sua preventabilidade. propõe que além de ser um problema DE saúde pública, seja também um problema PARA a saúde pública (grifo nosso). Por conta da possibilidade de se evitar cerca de 250.000 internações anuais de mulheres, seus custos não se restringem aos aspectos financeiros, mas também “sociais, emocionais e físicos”.
nº 4	A interface do Direito com a Medicina	O exercício da Medicina é permeado por aspectos jurídicos. Na atualidade, há um aumento de ações judiciais contra profissionais médicos. Alguns temas da GO são regulados por leis específicas.
nº 5	Mudanças dos critérios QUALIS!	Aborda a discussão nos novos critérios QUALIS da CAPES e a preocupação da AMB com os periódicos nacionais, visando melhorar sua visibilidade e favorecer a indexação internacional. Houve uma parceria da AMB com a Associação Brasileira de Editores Científicos.
nº 6	Câncer de mama: um futuro desafio para o sistema de saúde nos países em desenvolvimento	O câncer de mama é a neoplasia que mais acomete mulheres em várias partes do mundo, inclusive no Brasil. O aumento de incidência relaciona-se ao estilo de vida. Segundo OMS, de 7 a 41 % de algumas neoplasias malignas estão associadas ao sobrepeso e obesidade. Aponta a polêmica acerca da indicação do auto-exame, visto que sua utilidade

		ainda não foi demonstrada. A mamografia é o exame indicado para rastreamento do câncer de mama.
nº 7	Macroprolactinemia: as vantagens do rastreamento na prática clínica	Discorre sobre a prolactina e os efeitos do seu aumento. Aborda a indicação da tomografia e da ressonância nuclear magnética para identificar tumores hipofisários. Aponta a importância do diagnóstico diferencial para condição clínica benigna. O diagnóstico de macroprolactinemia leva a condutas mais conservadoras e menos invasivas.
nº 8	Métodos diagnósticos para o rastreamento do câncer de colo	A incidência e a mortalidade por câncer de colo podem ser controladas por rastreamento, com o uso da colpocitologia oncológica. Discorre sobre os custos do exame, mas como é um exame de natureza visual, sua avaliação implica em “certa subjetividade”. Aponta alternativas para rastreamento: detecção molecular do DNA de tipos do HPV, inspeção visual do colo de útero, citologia automatizada por computador e novos biomarcadores associados a alterações citológicas decorrentes da infecção pelo HPV.
nº 9	Exercício físico e nascimentos pré-termo	Discorre sobre a “crença” de que o exercício físico na gravidez era considerado prejudicial à “mãe” e hoje a recomendação de que as mulheres sejam sedentárias durante a gravidez foi abandonada. As diretrizes internacionais recomendam atividade física na gravidez, com algumas exceções (esportes de risco ou gravidez de alto risco). Aponta diferenças entre atividade física e exercício físico e a prematuridade – atividades de lazer <i>versus</i> atividades ocupacionais. Aponta limites de estudos randomizados nesta área (exercício físico e prematuridade), por questões éticas. “A melhor atividade é aquela que a mulher faz por prazer”.
nº 10	Mortalidade perinatal e poluição do ar gerada por veículos	A diminuição da mortalidade infantil, como indicador da saúde infantil, faz parte das Metas de Desenvolvimento do Milênio – ODM. Aponta que um dos aspectos pouco estudados relacionados à saúde reprodutiva é a poluição atmosférica. A OMS estabeleceu padrões de qualidade do ar, adotados no Brasil desde 1990. Diferenças metodológicas importantes não permitem apreciação do impacto da exposição aos contaminantes atmosféricos. Pode estar relacionado a desfechos como baixo peso ao nascer, prematuridade, retardo no crescimento intrauterino e anomalias congênitas.
nº 11	O emprego dos contraceptivos orais	A síndrome dos ovários policísticos – SOP tem prevalência entre 6 a 12% na população feminina. É

	combinados na síndrome dos ovários policísticos	caracterizada como “anovulação crônica hiperandrogênica”. Utiliza-se anticoncepcionais combinados, cuja escolha representa um “desafio para o clínico”.
nº 12	A cirurgia no tratamento do câncer da mama: um antigo recurso para um emergente problema de saúde pública	Aborda o problema do câncer em países em desenvolvimento, cujos sistemas de saúde são “reconhecidamente mal estruturados para absorver esse problema emergente”. Muitas doenças malignas – dentre elas o câncer de mama e colo de útero, podem ser “potencialmente evitadas com rastreamento adequado”. “O câncer de mama é a neoplasia maligna que mais acomete mulheres no mundo”. E representam 25,5% das neoplasias nas mulheres. O tratamento primário é a cirurgia, que pode ser radical ou mais conservadora. Deve-se se investir em “socioprevenção, rastreamento da doença e especialização de profissionais especializados, para aumentar as taxas de detecção precoce”.
2011		
nº 1	A orientação dietética e a qualidade da assistência pré-natal	A inadequação nutricional é agravante das causas de mortalidade materna. A orientação nutricional não é sistematizada em manuais de pré-natal vigentes. Ao comentar artigos sobre o tema, alerta para “os padrões de cuidado oferecidos pelas pesquisas sob o ponto de vista da ética biomédica”. Esse debate refere-se à definição que pode ser considerado “grupo controle”. Sobre a intervenção nutricional, problematiza que “Em geral, no cotidiano dos serviços de saúde, os profissionais ainda reproduzem o reducionismo que toma os usuários como reprodutores passivos de regras e normas pré-determinadas que a eles são impostas”. A humanização prevê a construção de vínculos, entre profissional/equipe de saúde e usuária/os, de forma compartilhada. Mas, nessa relação, prevalece a supremacia do saber técnico, onde a autonomia da gestante não é considerada. Os estudos insuficientes geram dificuldades de recomendações “baseadas em evidência”.
nº 2	Para ampliar a divulgação da produção científica nacional em ginecologia e obstetrícia	Cita o índice bibliométrico (ISI) do <i>Journal Citation Report</i> , como critério de qualidade de publicações, a partir do número de citações. Aponta as polêmicas, como a “predominância de autocitação”. A avaliação da RBGO identificou um aumento no número de visita à página, assim como de acessos a artigos completos, com predomínio da área da

		obstetrícia. Houve uma mudança no perfil da revista, desde 2001. De um predomínio absoluto de artigos oriundos de universidades de São Paulo, dados de 2010 demonstram que o percentual de artigos de outras regiões também aumentou. Se aceita inclusive a publicação de trabalhos em outras línguas, como inglês.
nº 3	Sistemas eletrônicos de informação na assistência e pesquisa em saúde da mulher: para quando um maior envolvimento dos profissionais de saúde?	“A qualidade, a segurança e a eficiência do cuidado em saúde dependem muito da tomada de decisões corretas, baseadas em informação adequada e acessível”. Cita o progresso da informática médica, como fator importante, assim como o prontuário eletrônico, inclusive com associação a imagens. Mas existem problemas a serem equacionados, como a garantia de confidencialidade, as informações mais relevantes a serem contidas e o acesso do indivíduo ao seu próprio prontuário. Esse processo, além de suporte assistencial, possibilita pesquisas. As informações são fundamentais para se conhecer a situação de saúde da/os brasileira/os.
nº 4	Cirurgia fetal no Brasil	Trata de vários procedimentos realizados durante a gravidez, dos mais simples aos mais complexos (minimamente invasivos, por via endoscópica ou guiados por ultrassonografia e cirurgias intra-útero) “a céu aberto”. A função é “tratar ou melhorar a chance de sobrevivência do feto”. Cita estudos experimentais realizados em ovelhas. Dentre os preceitos para intervenções fetais, estão os mínimos riscos maternos. “Deve-se sempre lembrar que o tratamento cirúrgico fetal envolve, por menor que seja, um trauma cirúrgico à mãe, que não tem benefício direto algum dessa intervenção para a sua saúde”.
nº 5	Diabete gestacional e incontinência urinária: interação entre a Ginecologia e a Obstetrícia	Aponta o crescente distanciamento entre as pesquisas e objetivos clínicos da Ginecologia e a Obstetrícia, apesar de continuar como mesma especialidade médica. Achados clínicos dão conta da necessidade de aprofundar estudos entre a associação de diabetes gestacional (DG) e incontinência urinária (IU). A associação entre diabetes tipo 2 e IU em mulheres, além de alta prevalência, é dispendiosa. Existe uma crença de que “não se trata de associação e sim que a perda urinária é decorrente da poliúria ou do próprio envelhecimento”. Cita estudos experimentais com ratas diabéticas. Ressalta que muitas mulheres não relatam a incontinência para os clínicos, ou se o

		fazem recebem uma explicação simples.
n° 6	Magnesium sulphate for fetal neuroprotection ³⁰⁴	Apresenta a prevalência da paralisia cerebral, com risco obstétrico associado à prematuridade e baixo peso ao nascer. Por conta das disfunções motoras e cognitivas, o alto custo impacta os sistemas de saúde. Cita meta-análises que confirmam que o uso de sulfato de magnésio melhora o desenvolvimento neurológico de recém-nascidos prematuros. Cita os efeitos maternos e neonatais de sua administração endovenosa. Cita as diretrizes internacionais para sua recomendação clínica, a dose e horário, via de administração neonatal, sua toxicidade e interações e as barreiras para implementação.
n° 7	Importância da experimentação animal em ginecologia e obstetrícia	Comenta a experimentação animal e seus reflexos para os avanços na área médica. Faz um relato histórico, citando Hipócrates, Aristóteles, Galeno, Bacon, Descartes e Kant, Darwin dentre outros. Cita Claude Bernard para se referir às bases da pesquisa experimental moderna. Cita a experimentação animal como importante para o “entendimento da fisiologia do sistema reprodutor feminino”. “A Ginecologia e a Obstetrícia devem a maior parte do seu atual conhecimento à experimentação realizada em animais. Cita o exemplo da talidomida para defender que as drogas devem ser testadas em diversas espécies animais antes de ser usada em seres humanos. Cita a discussão ética que envolve o uso disseminado de animais na pesquisa.
n° 8	Diabetes gestacional, o que mudou nos critérios de diagnóstico?	Aponta as complicações da DG e a discussão acerca de qual o melhor teste para seu diagnóstico. Cita estudo multicêntrico realizado em 16 centros hospitalares. Pelo fato dos critérios para diagnóstico estarem se uniformizando, surge o desafio estabelecer o tratamento de qualidade a essas gestantes diagnosticadas e assim, diminuir suas complicações.
n° 9	Preservação da fertilidade: a importância de oferecer esta possibilidade às pacientes com doenças neoplásicas	Cita os dados do INCA que apontam que 8 a 10% dos casos de câncer ocorrem em mulheres abaixo de 40 anos. De todos os tipos de câncer em mulheres, 40% são de mama e 20% de colo de útero. Isso demonstra a responsabilidade do ginecologista no diagnóstico e condução desses casos. Devido a sobrevida, pode se manter o desejo reprodutivo. O tratamento radioquimioterápico é tóxico, em especial para os ovários, podendo levar a sua

³⁰⁴ O editorial foi publicado em inglês, mas faço o resumo em português.

		<p>“falência”. Apresenta três alternativas para “promover a fertilidade dessas pessoas”:</p> <p>“criopreservação de embriões, de óocitos (maduros ou imaturos) e de tecido ovariano. Dentre os entraves, cita o fato de que algumas mulheres são solteiras e é necessário um parceiro ou recorrer ao banco de sêmen. Outro diz respeito à necessidade de estimulação hormonal ovariana e suas contra-indicações. Logo o limite de segurança é complexo e a definição deve ser conjunta entre equipe multidisciplinar, pacientes e familiares.</p>
nº 10	Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde	<p>Destaca o documento da “Declaração do Milênio”, que estabelece seus objetivos, dentre eles o relacionado à saúde materna. Relaciona morte materna como “um indicador robusto do grau de desenvolvimento humano, econômico e social”. Relata avanços no Brasil desde 1990, mas há uma estagnação desde 2002, mantendo as estimativas de 75 mortes por 100 mil nascidos vivos. A qualidade da atenção é o cerne da questão. Há tecnologia disponível para prevenção e terapêutica dessas mortes e conteúdo programático em ressonância com padrões internacionais (PNAISM E PNRMMN). Sugere que “os obstetras e outros profissionais de saúde estão em uma posição privilegiada para virar o jogo e reduzir a mortalidade materna”. Modificar o comportamento de profissionais de saúde é um ponto crítico. Não se deve aguardar pelo Ministério da Saúde, mas mobilizar “Governo, as Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, as Universidades, os profissionais de saúde, as mulheres/consumidoras de serviços de saúde e a sociedade civil em geral”. Cita condutas clínicas a serem adotadas, a instalação de comitês para revisão de casos de morte materna, auditorias e <i>feedback</i> e intensificar pesquisas.</p>
nº 11	A mulher e o uso de álcool	<p>Aborda a preocupação da OMS relacionada ao alcoolismo e cita a Síndrome Fetal do Álcool como repercussão da ingestão durante a gestação. “Muito do que se conhece sobre alcoolismo feminino foi adquirido por meio de pesquisas sobre alcoolismo masculino”, havendo uma “lacuna no conhecimento das causas, características e consequências do uso abusivo de bebidas alcoólicas por mulheres”. Cita estudos que fazem parte de um grande projeto da OMS intitulado: “Gênero, cultura e problemas relacionados ao álcool: um inquérito de saúde”. Cita</p>

		<p>pesquisas realizadas no Brasil que indicam o início na adolescência. Ao abordar os resultados relacionados à idade, ocupação, causa de mortalidade, suicídio, transtornos mentais, violência doméstica, refere como base o enfoque de gênero. “Essa questão coloca a questão de fazer ciência e produzir conhecimento científico sobre o feminino em uma discussão sobre gênero, no qual, por muito tempo, coube à mulher apenas o espaço privado, o do mundo doméstico. A segregação social e política, que, historicamente, foi imposta às mulheres, gerou como consequência uma invisibilidade, enquanto sujeito, ademais, enquanto sujeito da ciência”.</p>
nº 12	Impacto dos disruptores endócrinos na função reprodutiva e sexual de homens e mulheres	<p>Diz o que são disruptores endócrinos (“substâncias químicas naturais ou sintéticas, também contidas em compostos fungicidas, pesticidas e inseticidas, que apresentam ação antiandrogênica e estrogênica”). São danosos à saúde e podem contaminar água, ar, solo, plantas e animais. Promovem alterações endócrinas, alteram morfologia dos espermatozoides, podem incrementar taxas de abortamento e alterar comportamento sexual masculino. Os efeitos podem ser duradouros e “diminuir o potencial reprodutivo dessas mulheres”. A exposição materna pode levar à intoxicação fetal. É necessário aprofundar estudos sobre essa temática, “através de estudos controlados”.</p>
2012		
nº 1	Aborto legal: o conhecimento dos profissionais e as implicações das políticas públicas	<p>Daquela “mulher semelhante”, a quem o “verdadeiro médico da mulher” vai aconselhar, surge uma mulher “autônoma”, possuidora de direitos humanos, de direitos sexuais e reprodutivos, que devem ser respeitados. a discussão não se restringe aos aspectos do aborto legal, mas adentra na polêmica discussão acerca do abortamento inseguro no país e a necessidade de ampliar os aspectos legais que determinam sua realização. “O aborto como uma pandemia silenciosa demanda ações imperativas e urgentes no âmbito da saúde pública e dos direitos humanos”. Evidencia que os profissionais ainda estão despreparados para atender, desconhecendo “aspectos éticos e legais da bioética, dos direitos humanos e da humanização da assistência”. Sugere que o tema do aborto seja incluído nos currículos, não apenas da Medicina, mas também da Enfermagem, da Psicologia e do Serviço Social.</p>

nº 2	Sífilis e gravidez...e a história continua!	Considera “anacrônico” e “ilógico” continuar se registrando novos casos de sífilis congênita com os conhecimentos da Medicina contemporânea. Identifica uma “assimetria entre a elaboração e a divulgação de orientações específicas para seu controle”. Considera uma “iniquidade” a exposição de gestantes a um pré-natal de baixa qualidade ou mesmo a falta de acesso a ele. Aponta fatores sociais, econômicos e culturais que influenciam as taxas epidêmicas e ressalta a necessidade de incluir o “parceiro” na assistência pré-natal. Cita a criação da Rede Cegonha, iniciativa que preconiza o teste rápido, mas após um ano ainda não conseguiu criar um fluxo de confirmação diagnóstica em gestantes. Considera a morte fetal por sífilis “um vergonhoso insucesso em saúde”.
Nº 3	O uso de sensibilizadores de insulina no tratamento de infertilidade em pacientes com síndrome dos ovários policísticos (SOP)	A SOP é a endocrinopatia mais frequente na população feminina jovem. Aponta opções de tratamento, incentivando como “a principal atitude inicial a ser tomada deve ser a mudança no estilo de vida, a prática de exercícios e a restrição dietética”. Deve ser investigada a resistência insulínica e incentivado o aconselhamento pré-concepcional.
nº 4	Desafios do tratamento de pacientes com doença trofoblástica gestacional (DTG)	Aborda a DTG, seu diagnóstico e classificação em formas pré-malignas e malignas. Aponta os desafios para o diagnóstico precoce e tratamento e a importância da realização de ultrassonografia “tão logo quanto possível”. Cita a recomendação de encaminhamento para centro de referência para realização de esvaziamento uterino, preferencialmente por vácuo-aspiração. O diagnóstico da neoplasia trofoblástica gestacional, apesar de critérios estabelecidos em 2002, ainda não é uniforme. A quimioterapia PE o tratamento de escolha. Considera a importância da abordagem multiprofissional devido impacto da doença na sua “rotina de vida”.
nº 5	Ultrassonografia obstétrica no Brasil: um apelo à padronização	“A sobrevivência humana, depende, a milhares de anos, da padronização”. Iniciando com essa afirmação, aponta a lacuna da falta de padronização para realização dos exames de ultrassonografia em obstetrícia. Várias sociedades internacionais emitiram protocolos e recentemente a comissão específica da Febrasgo divulgou recomendação em parte restrita do seu <i>site</i> . “O exame de

		ultrassonografia é examinador dependente”. Programas de treinamento e certificação demonstram uma melhora na qualidade de rastreamento de malformações. Também sugere realização de auditorias.
nº 6	Limitações para o sucesso do rastreamento do câncer de colo no Brasil	O rastreamento do câncer de colo é prioritário no Brasil. Considera que as informações sobre mortalidade por essa causa podem estar equivocadas pelo sub-registro. Cita o Pacto pela Saúde, de 2006, que reafirmou os programas de rastreamento como estratégicos. Há uma “porcentagem insuficiente de mulheres submetidas à coleta de citologia”, com grandes desigualdades regionais e sociais. Além da ampliação de cobertura, cita ações como o fortalecimento do sistema de informação e o desenvolvimento de capacitações como metas.
nº 7	Alerta sobre a depressão pós-parto paterna	Considera que o quadro de “transtornos psiquiátricos pós-parto paternos, especialmente a depressão” é negligenciado. “Não é infrequente que o homem demonstre mais dificuldade na formação do vínculo afetivo como filho, comparado com a mulher, que tipicamente é socializada de forma a aprender a lidar com crianças e, além disso, apresenta taxas elevadas de ocitocina, hormônio reconhecidamente associado à formação do vínculo mãe-criança”. Ressalta que há uma “falta de modelo a seguir”. Cita que o “estresse da paternidade pode ainda ser complicado devido às diferenças nas tarefas destinadas a cada gênero, com ênfase no papel do homem como provedor”. Há poucos estudos a respeito e “Está na hora de termos mais estudos brasileiros [...]”.
nº 8	Gravidez na adolescência: situação atual	Cita a OMS para estabelecer adolescência como período que abrange dos 10 aos 19 anos, com variações individuais e culturais. Considera um período de “risco e vulnerabilidade”. Amplia a noção de risco, antes considerado “apenas como biológico e médico”, incluindo aspectos comportamentais e sociais. Associa-se à “vulnerabilidade”. Cita como risco, em especial para meninas mais pobres. “Frequentemente, as meninas são induzidas ao casamento muito cedo e encorajadas a ficarem grávidas o mais rápido possível, uma vez que a maioria é desprovida de perspectivas futuras e não conhece outra vida – ou valor pessoal –, que não esteja centrada na maternidade”. Ressalta a importância de aspectos sociais e não biológicos ou médicos. Comenta o

		“papel da mulher” em alguns contextos sociais e culturais e que “A sexualidade e a reprodução encontravam-se indissolúvelmente unidas” e havia uma “obrigação” da mulher em ser esposa e mãe.
nº 9	As bases de dados de publicações e a RBGO	Cita bases de dados que produzem indicadores e avaliam o impacto de citações de publicações científicas. Na Medicina, em 2011, o periódico com maior índice foi o <i>Human Reproductive Update</i> , e em segundo lugar o <i>Gynecologic Oncology</i> . A RBGO aparece em 83º lugar, numa lista de 149 publicações da especialidade. “É precedida por um conjunto de revistas, que inclui, quase que exclusivamente, periódicos dos Estados Unidos, do Reino Unido, da Holanda e do Canadá”. Como exceções, aparecem duas revistas da Austrália e uma da Coreia do Sul. Em 2012, a revista passou a publicar artigos em inglês e espanhol, seja de autores brasileiros ou do exterior. Afirma que “a aceitação de trabalhos em inglês tornará a produção científica publicada nesta revista mais lida e citada”.
nº 10	Atividade física em mulheres brasileiras	“A atividade física (AF) é definida como gasto energético por meio de movimentos corporais produzidos pela musculatura esquelética”. Cita que as mulheres tem menor AF que os homens, “principalmente em atividades de lazer; porém, participam mais do que os homens em atividades caseiras”. As entidades médicas recomendam que os profissionais de saúde estimulem a prática de AF regular para diminuir o risco de doenças. Cita o impacto para qualidade de vida. Nesse sentido, “o ginecologista atua como clínico da mulher e na maioria das vezes é o único médico que ela procura e ouve” e pode ter papel importante na “modificação do estilo de vida de nossas pacientes”.
nº 11	Sexualidade na gestação: os médicos brasileiros estão preparados para lidar com esta questão?	“A sexualidade é uma função biológica humana que não se atém à genitalidade e sim à corporalidade total”. Cita o conceito da Neuroendocrinologia “fenômeno biopsicossocial complexo no qual estímulos internos e externos são modulados pelo sistema nervoso central e periférico, resultando em uma cascata de alterações bioquímicas, hormonais e circulatórias que culminam no resultado sexual físico e cognitivo. É um fenômeno que envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociológicos. Na atualidade, o comportamento sexual transcendeu o aspecto reprodutivo e passou a ser considerado parte integral da qualidade de vida”. Assume que o

		<p>exercício da sexualidade é cercado de tabus. No século XX surgiu o conceito de “disfunção sexual”, com estudos sobre a “resposta sexual fisiológica humana”. Cita que Basson, em 2001, propôs novo modelo para a resposta sexual de mulheres, em cinco fases: “neutralidade, excitação, desejo responsivo, satisfação e intimidade”. Há pouca atenção para o “ciclo grávido-puerperal”. Indaga se os médicos estão preparados para abordar questões de sexualidade na gestação, pois há falta de conhecimento e preconceitos. Afirma que “a maioria dos cursos de medicina não prepara adequadamente seus alunos para lidar com essas questões”, e quando há um programa multidisciplinar, tem duração média de 6 a 10 horas. Da mesma forma, na Residência Médica, não existe normatização quanto à conteúdo e carga horária, sendo que “menos de 20% dos residentes de Ginecologia e Obstetria rotineiramente faziam perguntas a esses respeito” e 71% afirmam não ter conhecimento específico sobre “disfunções sexuais”. São “necessárias ações educativas para melhorar essa situação”.</p>
nº 12	A morte materna no Brasil: razão e sensibilidade	<p>Cita o contexto mundial sobre o tema e afirma que a redução foi importante, mas insuficiente. Aponta ações da Onu – “Estratégia Global de Saúde das Mulheres e Crianças”, de 2010 e o plano de ação da Opas, para 2012-2017. Aponta estudo que revelou o “custo global dos excessos de cirurgias”, afirmando que no Brasil, “Em 2008, o total de cesáreas desnecessárias superou as realmente necessárias”. Cita estudo que aponta que “mulheres com maior nível educacional são menos propensas a aceitar as explicações tradicionais e têm mais autonomia para tomar decisões importantes relacionadas ao comportamento reprodutivo ou à nutrição. São mais seguras para fazer perguntas sobre seus problemas de saúde e apresentam mais predisposição de serem escutadas pelos profissionais de saúde”.</p>

APÊNDICE E: TEMA DOS EDITORIAIS DA RBGO DE 1998 A 2004, DE ACORDO COM AS CATEGORIAS DE ANÁLISE

Categorias	Conteúdo dos editoriais
Visão da Medicina como profissão	<p>Assume que a determinação de condutas é função da AMB e sociedades especialistas, e que cabe à FEBRASGO “recomendar a melhor maneira de atender a mulher brasileira” (nº 5/2001); Faz referência à especialidade lidar com a vida desde o início, o que leva ao otimismo e positividade (nº 10/2001); Expõe sobre a importância do título de especialista e de projeto de lei, no qual o exercício da especialidade está reservado para quem possui o título reconhecido pela AMB (nº6/2002); O Tocoginecologista – O médico da mulher: Faz uma apologia do papel do tocoginecologista no “diagnóstico e tratamento de doenças do aparelho genital feminino”. O médico é “confidente” da mulher, pois “é frequente a demanda de apoio, de orientação para as intempéries do espírito”. Tem função “pontifical”, isto é, fazer a ponte entre a mulher e demais áreas da Medicina. Os tocoginecologistas são “verdadeiros Médicos da Mulher” (nº9/2002); O texto faz uma apologia à igualdade das “classes laborativas do país” para, logo em seguida, defender que não é possível pagar salários iguais para profissões distintas. Defende que o exercício profissional da Medicina é o mais relevante que “qualquer outro em qualquer ponto do Universo”, por conta da dedicação, atualização e pelo fato de lidar com a vida. Além dos médicos, os professores também são considerados relevantes para a sociedade (nº1/2003); O dia do médico é comemorado em 18 de outubro, por conta do padroeiro, São Lucas. E do tocoginecologista, em 30 de outubro. Afirma que não há o que comemorar, visto que, “a profissão perdeu a progressivamente a aura de sacralidade e respeito com que sempre foi ornada”. Com a multiplicação de escolas, profissionais despreparados atuam, os salários estão baixos, e não há investimento no aperfeiçoamento, para o exercício da “arte médica” (nº9/2003); Trata do Dia Nacional de Mobilização da classe médica, dia 9 de março. Tem como objetivo reverter “a aviltante situação da classe médica” por conta sua baixa remuneração, “um verdadeiro desafio a nossa vocação sacerdotal” (nº2/2004); Inicia com a concepção já expressa da profissão médica: “misto de carreira técnica, arte e atividade científica”. Afirma que a formação do médico “é longa e exige considerável soma de sacrifício, abnegação e dedicação integral”. Destaca que surgem profissões e com isto, atividades que “sempre e de direito” foram atribuições dos médicos, passam a ser realizadas por outros profissionais. Defende ações “exclusivas” dos médicos, por que “só eles são aptos, tecnicamente capacitados e legalmente habilitados” para atuarem. “É profissão</p>

	<p>aliando técnica e humanismo”. De fende o projeto do “Ato Médico”³⁰⁵, afirmando que não subordina outras profissões, não é prepotente, nem arrogante. Reconhece o trabalho coletivo, mas afirma que a “presença do médico é indispensável” (grifo da Diretoria) (nº3/2004); Mais uma vez refere-se à “profissão com foros de ciência e arte”. Questiona os desníveis salariais de médicos e professores-médicos com outras carreiras de Estado, que não exigem tanta complexidade, aperfeiçoamento e cobrança constantes. Mesmo dentro das Universidades, questiona o fato de “O pagamento mensal é exatamente semelhante ao que recebe um Professor de Letras, de Teatro e outros mais que não prestam este tipo de serviço (sem qualquer demérito para estes últimos), e que nada trazem de recursos para a Universidade.” Defende a diferenciação da carreira de médico e de professor-médico, por justiça (nº6/2004); Há um aumento de processos contra médicos, considerado “movimento de verdadeiro terrorismo contra a classe médica”. Há uma “indústria” de processos com finalidade de obter algum retorno financeiro, cita as associações contra erros médicos. Contrapõe-se a advogados que desejam que o trabalho médico siga normas do Código de Defesa do Consumidor, visto que lidam com pessoas e não objetos (nº7/2004); Medicina, “mescla de ciência e arte” (nº10/2004).</p>
<p>Papel da FEBRASGO e relação político-profissional</p>	<p>Atualizar e universalizar os conhecimentos, lutar por honorários justos. Congrega a “elite” da GO (nº 6/1998); A revista Femina é chamada de “Primeira DAMA” da GO e é a mais lida pela categoria, contendo artigos de revisão. A RBGO nasce voltada para divulgação de pesquisas (nº 10/1998); Pesquisa revela a revista Femina como a mais lida (nº 1/2000); Fortalecimento da FEBRASGO para ser referência das condutas técnicas, através de fichas, clínicas, protocolos, manuais de conduta (nº 1/1999); Representação político-profissional e assistencial no Brasil e no âmbito internacional: MS, AMB, CFM, CNS – Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher, COSOGO-MERCOSUL (Confederação das Sociedades de GO) e FIGO (nº4/1999); Evidencia disputas nos Sistema de Saúde e questiona a organização de consensos para colocar “cabresto” no ato médico. Considera “cerceamento” da prática profissional (nº 5/2001); A RBGO é incluí da na base de dados SciELO. Nesse momento, é a única da área da Ginecologia e Obstetria, na América Latina (nº1/2002); Dia de mobilização da categoria médica contra os planos de saúde, por conta da “vergonhosa” remuneração (nº5/2002); Defende o TEGO como valor científico “incontestável” e também valor social. E afirma que existe outra posição que defende que os</p>

³⁰⁵ Projeto de Lei nº 25/2002, em tramitação no Congresso Nacional, que obteve manifestação contrária do conjunto das entidades profissionais da área da saúde, com uma crítica contundente justamente por considerar que tutela e subordina.

	<p>títulos de especialista possam ser auferidos pelos Conselhos de Medicina, para quem fez a Residência Médica. Para a FEBRASGO, a supressão da prova “aviltaria” a Tocoginecologia. Além do valor científico e social, prevê “valor comercial” para o título, garantindo melhor remuneração (nº2/2003); Após seis anos de honorários congelados, afirma que o médico, “ator principal (logicamente depois do paciente) tornou-se operário das empresas de capital”. Cobra do poder público e do governo a responsabilidade por prestar assistência médica de qualidade (nº3/2003); Reforça a importância das publicações da RBGO e do registro no SciELO, que refletem a produção científica do país e a “excelência da Obstetrícia e da Ginecologia” (nº10/2003); Cita a criação da FEBRASGO, em 30 de outubro de 1959. Fala do respeito conquistado “por sua postura ética e científica na educação continuada permanente durante todos estes anos e na defesa profissional do seu quadro associativo”. Hoje se relaciona internacionalmente (FIGO, FLASOG, OPS/OMS, UNICEF). Ratifica “seus ideais em prol da saúde da mulher” (nº 9/2004).</p>
Formação médica	<p>Preocupação com a qualidade da formação na graduação, residência no âmbito do Mercosul. Parceria entre as Comissões de Residência Médica da FEBRASGO com a do MEC (nº 3/1999); apoiar a pesquisa e qualificação dos especialistas, através dos cursos de pós-graduação, para fortalecer o “verdadeiro” conhecimento médico (nº1/2001); Preocupação com a qualidade do especialista em formação atua em distintas frentes: regimento da residência médica da FEBRASGO; ação conjunta com a CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica do MEC (nº4/2001); O termo remonta a um tempo que médicos recém-formados residiam nos hospitais. “Mudou o mundo”. Como mudou o direito e o respeito ao paciente, não cabe mais “aprender errando”. Apresenta três aspectos a serem considerados na formação: acesso universal à informação (pacientes querem conhecer opções terapêuticas); direitos dos pacientes (antes o médico “era dono do paciente”) e os médicos são “mais vigiados”; e por fim, necessidade de aprimoramento constante (nº 8/2001); Cita a bíblia para se referir ao parto com dor (que não combina “com os atributos de bondade e condescendência do Altíssimo”). Cita as rotinas que foram estabelecidas para o Parto Humanizado. Associa a criação de Casas de Parto, “com estrutura e [...] comando duvidoso” e reclama do “médico, ator relevante no cenário” que foi substituído com prejuízo à figura principal: A Gestante (nº7/2002); Ressalta decisão do então Ministro da Saúde, Sr. Humberto Costa, que acatou decisão do Conselho Nacional da Saúde, de suspender por 180 dias a abertura de novos cursos superiores na área da saúde. A entidade já apresentou reflexões acerca do mercado de trabalho médico e da distribuição geográfica desigual. Ao se referir ao exercício da Medicina, adjetiva-o como “difícil e sagrado” (nº7/2003);</p>
Saúde da	<p>“Os elevados índices de mortalidade materna que ainda entristecem</p>

<p>Mulher, direitos e política assistencial</p>	<p>nossa sociedade e maculam nossa atuação”. A entidade assume o indicador como responsabilidade da política assistencial (nº 2/2000); O 49º Congresso da FEBRASGO tem o tema o Universo Feminino, para contemplar todos os aspectos que envolvem a mulher (nº4/2000); Dimensão social e repercussões orgânicas, psicológicas e emocionais da gravidez em adolescentes. Conclama a todos para colaborar na prevenção, com base em modelos educativos dos Estados Unidos e Holanda (nº5/2000); Em 2004 realizar-se-á no Brasil Congresso Mundial para estudo da hipertensão na gravidez, a maior causa de morte materna no país. Estimula este período para realização de estudos e pesquisas. Assumem tal fato como “vergonha nacional” (nº7/2000); Declaração de Barcelona: elaborada em Congresso Mundial de Medicina Perinatal, tal declaração aponta 14 direitos da mãe, que contemplam a livre escolha, a não discriminação, assistência adequada, intimidade, dentre outros (nº3/2002); Louva a iniciativa do Ministério para universalizar a coleta do exame colpocitológico, mas aponta falta de estrutura (nº4/2002); Aponta dos dados da OMS, de 2001, acerca das mulheres que morrem por complicações da gravidez e do parto. Surge a proposta Maternidade Segura, com cinco itens relativos a direitos das grávidas (nº8/2002); Trata da iniciativa global <i>Maternidade Segura</i>, que preconiza assistência qualificada durante o parto, tendo com premissa o reconhecimento de que este é um direito das mulheres (nº4/2003); Ressalta que o século passado foi marcado por um processo de valorização da mulher, em todos os aspectos da vida: “cultural, social, artístico, político e até religioso” (não se refere ao econômico). Percebe “o despertar de nova sociedade com igualdade e direitos e deveres para todos” (nº8/2003); Inicia ressaltando que o mês de maio é o mês das mães, das flores e, “por que não, o mês da mulher.” Logo em seguida, refere-se ao ano de 2004, como o ano da Mulher e da comemoração de 8 de março citando o massacre ocorrido em 1857 e a data instituída em 1910. A mulher já foi “subalterna e acólita” do homem. Quanto às conquistas, foram “lentas e frequentemente dolorosas”. Exemplifica “os mais antigos de nossa geração” vivenciaram como normais fatos como a mulher tratar o homem como senhor e servir-lhe. Refere-se à violência contra a mulher, em especial a doméstica, como situação a ser debelada. Convida a celebrar a luta pelos “direitos semelhantes³⁰⁶ para todos” (nº 4/2004);</p>
---	---

³⁰⁶ Semelhante não é igual. Conforme Houaiss, semelhante é “que é muito parecido; idêntico, análogo”. Igual é: “que, numa comparação, não apresenta diferença quantitativa; que, numa comparação, não apresenta diferença qualitativa; cujos direitos e deveres não diferem.”

APÊNDICE F: TÍTULOS DOS EDITORIAIS DA RBEM DE 2000 A 2012

Ano	Títulos / temas
2000	1-Bioética e educação médica – um evento e um começo; 2- SER PROFESSOR: as múltiplas dimensões da docência; 3- Sem editorial
2001	1- Cinaem, Raem, RBL, ensino baseado em evidências e telemedicina: o que falta dizer?; 2- Comissões de ética em pesquisa nas Universidades - o desafio de educar; 3- Conquista e desafios;
2002	1- As políticas públicas e a formação dos médicos; 2 – Tempo de ação para a escola médica (texto não disponível); 3- Homenagem do centenário da OPAS à ABEM;
2003	1- A formação médica e o processo de trabalho - convite à construção de novas propostas; 2- A Abem e a abertura de novas escolas médicas; 3- Educação médica: também uma questão de gênero;
2004	1- Escola não é lugar de propaganda; 2- Integralidade como eixo de formação dos profissionais de saúde; 3- Formação profissional e Reforma Sanitária;
2005	1-Editorial (educação médica); 2- Formação médica e trabalho em equipe de saúde; 3- Desafios para 2006 no campo da avaliação das Escolas Médicas;
2006	1- Bullying: mais uma epidemia invisível?; 2- Indexação na SciELO; 3- Chamada para temas globais: pobreza e desenvolvimento humano;
2007	1-Educação na saúde – educação dos profissionais de saúde – um campo de saber e de práticas sociais em construção; 2- Diretrizes nacionais, formação e residência médica; 3- Educação Médica e justiça: um desafio para o século 21;
2008	1- Qualificação da RBEM; 2- Formação profissional/integração ensino e assistência; 3- Conflitos de Interesses e a Produção Científica; 4- A Graduação em Saúde Coletiva: um Debate ou uma Realidade?
2009	1- Qualificação da pesquisa e do ensino médico; 2- Educar para a democracia; 3- O SUS como escola; 4- O SUS como Escola: a responsabilidade social com a atenção à saúde da população e com a aprendizagem dos futuros profissionais de saúde; Supl 1 – Referenciais para avaliação;
2010	1- Diretrizes curriculares, gestores de saúde, gestores de educação, pesquisadores e o hospital de ensino: a polifonia ruidosa de uma crise de identidade; 2- Índice H, Autoria e Integridade na Produção Científica; 3- UNA-SUS e PET-SAÚDE; 4- A Educação Médica e o Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos no Brasil;
2011	1- Participação e Qualidade — Gestão 2010/2012; 2- A Função da Universidade e a Formação Médica; 3- Educação Médica e Atenção

	Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência; 4- Pesquisa Científica como Eixo Integrador da Formação e Prática Médica;
2012	1- Rbem: Cinco Anos no Scielo e o Porvir; Supl. 1- Pró-Saúde e PET-Saúde: a Construção da Política Brasileira de Reorientação da Formação Profissional em Saúde; Supl. 2 - Pró-Saúde e PET-Saúde: Experiências Exitosas de Integração Ensino-serviço; 2- O compromisso da Abem com a residência; 3- 50 anos da ABEM; ; 4- O Profissionalismo e a educação médica.

APÊNDICE G: TEMA DOS EDITORIAIS DA RBEM DE 2000 A 2012

Ano	Tema central	Conteúdo
2000		
nº 1	Bioética e educação médica	Aponta a recorrência da necessidade de reforçar o “humanismo” na formação médica de graduação. Relata os principais temas abordados no Simpósio Internacional de Bioética e Educação Médica, realizado em dezembro de 1999. Discorre sobre a evolução do conceito de bioética, com seus marcos cultural, filosófico e social e as diferenças entre América Latina e Estados Unidos. Foram abordados temas como “Ensino de Humanidades Médicas e a formação do médico humanista”, com o uso de literatura para “sensibilizar estudantes de medicina no reconhecimento do outro” e a utilização de diferentes metodologias. Também foi abordado o tema dos “Direitos Humanos e Medicina”.
nº 2	SER PROFESSOR: múltiplas dimensões da Docência	“O docente não pode se restringir ao que ensina”. Faz reflexões sobre o papel do “intelectual”, que deve reunir “críticidade, criatividade e reflexividade no exercício do pensamento”. Outro aspecto importante é não dissociar “o saber do fazer”. Cita Gramsci e Sartre para tratar do papel social dos docentes, seu compromisso com movimentos emancipatórios transformadores, mas identificando que podem estar “adaptados” ou “hegemônicos”. Portanto, cabe ao educador desenvolver “conhecimentos, habilidades, sentimentos e valores”. Questiona como se organiza um currículo mínimo e como são definidos seus conteúdos, afirmando que “educação pode e deve ser definida como processo de construção de cidadania”. “Devemos estimular a pluralidade do pensamento, a crítica, a dialética quanto ao fazer político, a justiça social, a liberdade, a ética e as humanidades. Esses valores devem ser do educando e do educador”. Encerra com a “dimensão humana do trabalho docente”, tratando da comunicação e afirmando que o “silêncio também fala” e que se aprende também do que “está escrito nas entrelinhas”.
nº 3	Sem editorial	
2001		

nº 1	Cinaem, Raem, RBL, ensino baseado em evidências e telemedicina: o que falta dizer?	Inicia com um poema da peça Calabar, de Chico Buarque e Ruy Guerra, para tratar da “distância entre intenção e gesto”. E questiona se o confronto entre intenção e gesto é uma “contradição insolúvel”. Afirma que há um consenso político que vai do MEC aos alunos de Medicina sobre a necessidade de mudança das escolas médicas. Mas, ao analisar dez anos de publicações da RBEM, identifica que há um “inexpressivo” debate sobre esse projeto e que a produção acadêmica e intelectual é inibida quando não vem do “núcleo de formulador”. Essa falta de debate, “talvez” se relacione com o “temor de sofrer certo isolamento político”. A situação é paradoxal: ao mesmo tempo em que distintas instituições e pessoas estejam envolvidas com projetos de mudança, ao mesmo tempo, a produção acadêmica e de artigos de reflexão está carente.
nº 2	Comissões de ética em pesquisa nas Universidades - o desafio de educar	Contextualiza a história de pesquisas e abusos em experiências médicas, com exposição a riscos inaceitáveis. Cita o Código de Nuremberg e a Declaração de Helsinque como documentos que balizam a pesquisa internacional e a obrigatoriedade do consentimento do pesquisado. O pesquisador deve considerar os sujeitos de pesquisa como pessoas autônomas. A RBEM passa a exigir, como norma de publicação, a aprovação pelo CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da instituição do autor, da pesquisa que originou o artigo.
nº 3	Conquistas e desafios	Considera uma conquista a aprovação das diretrizes curriculares da medicina, pelo Conselho Nacional de Educação e homologada pelo MEC. O currículo antigo tinha suas bases no conhecimento biomédico e na prática realizada nos hospitais universitários, “induzindo à busca de especialização através dos programas de residência médica” e promovendo uma “distribuição inadequada de médicos no Brasil”. Considera esse modelo ultrapassado. O perfil do egresso deve ser com “formação generalista, humanista, crítica e reflexiva”, cujos conteúdos essenciais não devem estar centrados nas disciplinas, mas de forma integrada, considerando os “determinantes biológicos, sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, éticos e legais do processo saúde-doença”. O hospital mantém-se no

		cenário da formação, mas aliado a outros espaços da atenção básica à saúde. A formação deve promover uma “prática médica humanizada e holística, com postura ética, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania”.
2002		
nº 1	As políticas públicas e a formação dos médicos	Aponta que nas três últimas décadas do século passado, a discussão sobre educação médica aconteceu e a multiplicidade de diagnósticos aponta a necessidade de mudança. Muitas causas são referidas e contribuem para formar médicos com “prática profissional impessoal, fora do contexto e longe de atender as necessidades da população por atenção à saúde”. Essa mudança vai no sentido de promover “profissionais com boa cultura médica social, sensíveis ao sofrimento humano, capazes de prestar atenção integral e humanizada, que trabalhem em equipe e considerem o contexto em que vive o paciente e os recursos disponíveis ao se tomarem suas decisões”. Para tanto, são necessárias ações no âmbito das “macropolíticas” e uma articulação entre MEC e MS.
nº 2	Tempo de ação para a escola médica	Texto não disponível
nº 3	Homenagem do centenário da OPAS à ABEM	Retrata a história da ABEM e a criação da RBEM, em 1977. Cita as distâncias instâncias de participação da entidade, ressaltando o Programa de Livros e Textos da Organização (Paltex), com indicação de livros e incorporação de autores brasileiros, “mais ajustados à realidade do país”.
2003		
nº 1	A formação médica e o processo de trabalho - convite à construção de novas propostas	Aborda a consolidação do modelo “assistencialista e hospitalocêntrico” na década de 1970 e o esgotamento deste “modelo hegemônico”. A não melhoria dos níveis de saúde da população, aliado ao seu alto custo contribuíram para o surgimento de propostas alternativas que culminaram com a criação do SUS. Em relação às práticas de saúde, surgem medidas que envolvem a “qualidade de vida”, que engloba “estilo de vida, meio ambiente, habitação, educação, trabalho, renda, transporte e lazer”, além dos níveis de atenção em complexidade crescente. Ressalta a importância das diretrizes curriculares aprovadas e a necessidade de adotar métodos de ensino-

		aprendizagem condizentes com esse novo modelo.
nº 2	A Abem e a abertura de novas escolas médicas	Posiciona-se de forma contrária à abertura de novas escolas de Medicina ou ampliação de vagas existentes, pois pode resultar em “formação de médicos em número superior à necessidade”. Sugere “avaliação precisa” da quantidade de médicos que o Brasil necessita, por região do país.
nº 3	Educação médica: também uma questão de gênero	<p>“A expectativa é a de que a entrada massiva de mulheres nas carreiras médicas provoque também uma sensibilidade maior às perspectivas de gênero no ensino da Medicina”. Débora aborda o surgimento dos estudos de gênero como uma das especialidades das ciências humanas, que aparecem para demonstrar que o masculino e feminino resultam de processos de socialização, e não de “uma ditadura da natureza”. Cita a expressão que sintetiza a análise: “nascemos machos e fêmeas e aprendemos a ser homens e mulheres”. Também afirma que esse reconhecimento de que o masculino e o feminino são escolhas socioculturais, pode ser “desconcertante para inúmeras áreas do conhecimento”. Talvez a Medicina continue relutante em lidar com isso! A “categoria gênero é uma lente que nos permite enxergar a realidade de maneira radicalmente diferente” – essa é uma concepção comum a distintos campos disciplinares. Os estudos de gênero “sensibilizaram médicos e médicas para algumas sutilezas do processo saúde e doença”. Dentre os temas, cita em especial reprodução, sexualidade e corpo e uma questão específica, que foi a epidemia HIV/Aids. “Não bastava o domínio preciso dos recursos técnicos e terapêuticos; era também preciso sensibilidade sociológica para a diversidade dos papéis de gênero” (grifo meu). No que tange à divisão social do trabalho, a presença do gênero é evidente pelo número de mulheres médicas obstetras e pediatras. Para Débora Diniz, “As perspectivas de gênero alteram nossa percepção do que é considerado normal ou tradicional”. Portanto, “É preciso uma revisão do ensino médico a partir das perspectivas de gênero [...] o incremento da sensibilidade de gênero no ensino da Medicina formará médicas e médicos com maior habilidade para compreensão do sofrimento humano”.</p>

2004		
nº 1	Escola não é lugar de propaganda	Aborda a regulamentação legal da propaganda de medicamentos e dirigida exclusivamente para médicos. Afirma que “As relações entre a indústria farmacêutica e os médicos são tão potencialmente perigosas e lesivas para o exercício profissional”, que as entidades médicas têm buscado estabelecer limites. Cita resolução da OMS e do CFM a respeito e a existência de “movimento mundial no sentido de controlar as atividades de propaganda da indústria farmacêutica”.
nº 2	Integralidade como eixo de formação dos profissionais de saúde	Cita nova política criada pelo MS para o ensino superior na saúde, o AprenderSUS, que tem como eixo o princípio da integralidade. “A integralidade é um termo polissêmico”. Dentre seus sentidos, está a “recusa ao reducionismo” e “um esforço de contextualização do sofrimento, da doença e das propostas de intervenção na vida de cada um”. E “exige profissionais que entrem em contato com os sujeitos com quem nos encontramos em nossas práticas de saúde. No mínimo ”. (grifo meu)
nº 3	Formação profissional e Reforma Sanitária	“O currículo nunca é apenas um conjunto neutro de conhecimentos”. “É produto de tensões, conflitos e concessões culturais, políticas e econômicas que organizam e desorganizam um povo”. O conhecimento acadêmico é comprometido com determinada visão de mundo. Há um questionamento do marco conceitual das escolas médicas. A formação com enfoque no desenvolvimento técnico propõe formar “um aprendiz no manejo de técnicas, procedimentos e instrumentos. O trabalho médico, porém, não se esgota em sua natureza técnica, mas apresenta dimensões onde se expressam valores de ordem moral ou ética, ideológica e econômica”. Há, portanto, necessidade de contemplar “as questões socioculturais”. Os conteúdos devem estar relacionados “à vida cotidiana, aos indivíduos, à cultura e à sociedade, contextualizadas numa perspectiva histórica e crítica”. Considera três sentidos da integralidade: a relação direta médico/paciente, no momento da atenção; a rede de serviços que responda à demanda; a política de saúde.
2005		
nº 1	Educação médica	Vivem-se tempos de avaliação e necessidade de “ampla transformação da escola médica”. Ressalta

		<p>a participação da ABEM no processo de elaboração das diretrizes curriculares do curso de Medicina. Volta a repetir a necessidade de formar um profissional médico “com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva”. Muitas escolas estão em processo de revisão de seus currículos, desencadeados pelos princípios dessas diretrizes. Aumenta a produção acadêmica nessa área e essa deve ser uma prioridade em todas as escolas médicas. Em virtude das especificidades da área de educação médica, diferenciando-se de outras áreas da Medicina, “é preciso combinar abordagens quantitativas e qualitativas”. A “participação e interferência do pesquisador no processo em estudo são inevitáveis e devem ser levadas em conta na análise dos resultados”. Além do que, ressalta que estudos com “grupo controle” são difíceis, visto que comparações podem ser feitas com situações anteriores à intervenção.</p>
nº 2	Formação médica e trabalho em equipe de saúde	<p>Aborda o tema do trabalho em equipe, que perpassa não apenas a educação médica, mas o conjunto das profissões da saúde. Cita duas perspectivas de trabalho em equipe, citando Peduzzi: equipe agrupamento e a equipe integração. Nesta última, a atuação “requer a articulação das ações, a interação comunicativa dos agentes e a superação do isolamento dos saberes”. Nessa perspectiva, coexistem ações privativas de cada profissão com ações executadas indistintamente por diferentes agentes, articulando saberes de distintos campos.</p>
nº 3	Desafios para 2006 no campo da avaliação das Escolas Médicas	<p>Aponta como tendência mundial as avaliações de processos educacionais. E como temas relacionados à educação médica, cita a “Avaliação da Educação como Serviço Público” e a “Avaliação como parte do processo Ensino-Aprendizagem”. A aquisição de conhecimentos deve ir além de conteúdos programáticos. Os estudantes devem desenvolver “competências clínicas”, “atitudes e comportamentos profissionais” e “habilidades para o aprendizado permanente”. E os processos avaliativos devem seguir um novo modelo, com informação qualitativa, descritiva e narrativa.</p>
2006		
nº 1	Bullying: mais uma epidemia invisível?	<p>Cita pesquisa realizada pela OIT e divulgada em 2003, com o tema da violência nos ambientes de</p>

		<p>trabalho. Estudo realizado no Rio de Janeiro identificou a violência entre colegas como problema. Nesse sentido, o assédio moral não é um “problema de administração rigorosa ou exigente”, mas uma forma perversa e tolerada. Atualmente não é um fenômeno apenas dos ambientes de trabalho, mas tem sido denunciada nas escolas e ações têm sido realizadas para coibi-lo. O <i>bullying</i> deve também estar presente nas discussões das escolas médicas. Cita os exemplos dos trotes violentos. Esse tema não está presente nos congressos médicos. Os valores morais considerados significativos para a escola médica não devem ser considerados apenas na relação médico-paciente, mas numa “política de tolerância zero com o <i>bullying</i>”.</p>
nº 2	Indexação na SciELO	<p>Informa a indexação da RBEM na SciELO e o significado desse fato pelo reconhecimento da qualidade científica da revista. Cita que é o único periódico publicado na América Latina que versa sobre a Educação Médica.</p>
nº 3	Chamada para temas globais: pobreza e desenvolvimento humano	<p>Refere-se à chamada pelo Conselho de Editores de Ciência, para outubro de 2007, para publicações simultâneas sobre pobreza e desenvolvimento humano. Outros dois temas estiveram na pauta global: ameaças microbianas globais e envelhecimento. A ABEM aceitou a chamada, abrindo publicação para o tema em sua revista, ressaltando a relação da Educação Médica com a “responsabilidade social e compromisso com a cidadania”. Reconhece a formação em saúde, em especial a formação médica, centrada nas “técnicas biomédicas”, sendo necessário uma visão mais ampliada da saúde e do cuidado. Reconhece que as reflexões sobre o SUS e saúde coletiva tem pouco prestígio nos currículos da Medicina. Dessa forma, “constatam-se pequenas ilhas de olhar coletivo e humanizado no meio de mares de lógica instrumental, fragmentação e superespecialização e consumismo de conhecimentos”. O contato com profissionais de saúde, no âmbito dos serviços de saúde, deve proporcionar a formação “dentro da integralidade”. As parcerias universidade-sociedade devem ser fortalecidas. “Garantir uma escola que seja orientada para o ser humano, que produza um profissional qualificado e crítico do</p>

		<p>ponto de vista técnico-científico, humano e ético, atuante e comprometido socialmente com a luta pela saúde de seu povo; garantir também uma escola que produza conhecimento para o sistema de saúde”. “Aspectos periféricos, embora ditos centrais na formação, como subjetividade, emoções, e religiosidade, relação com os outros e adequação cultural, entre outros – deverão ocupar, progressivamente, espaços reais, oferecendo aos alunos condições favoráveis para refletirem e amadurecerem o que vivem e aprendem”. Aponta como um dos grandes desafios da saúde e em especial da Medicina “é voltar a descobrir a complexidade, delicadeza e sensibilidade do mundo”.</p>
2007		
nº 1	<p>Educação na saúde – educação dos profissionais de saúde – um campo de saber e de práticas sociais em construção</p>	<p>O texto problematiza qual seria o melhor termo para se referir ao processo de educação de profissionais da saúde – “Educação em Saúde. Educação na Saúde.” O movimento que discute mudanças na formação tem consonância com o movimento de reforma sanitária e “tem o compromisso ético-político com a saúde da população brasileira e com os princípios do SUS”. Nesse sentido, faz-se necessário um “alargamento teórico-conceitual” e que requer “entrelaçamentos entre filosofia, ciência, técnicas, tecnologias e práticas sociais” visto que, enquanto campo de produção de conhecimento é “inter/transdisciplinar”. Para dar conta, há que se constituir “espaços (inter)institucionais.</p>
nº 2	<p>Diretrizes nacionais, formação e residência médica</p>	<p>Traz algumas reflexões acerca da residência médica no país. Aponta as disputas por vagas na residência médica, comparando-a a um “novo vestibular”. Representa uma “notável incongruência entre as determinações das Diretrizes Curriculares Nacionais e os atributos valorados para ingresso”. Identifica problemas relacionados nos programas, na relação com preceptores e o não reconhecimento de elemento essencial – “as necessidades dos pacientes”. “Nesse sentido, a formação em serviço será sempre uma das dimensões da gestão em saúde comprometida com a qualidade”. Destaca a distância entre a formação de especialistas através da residência e as demandas do SUS. Ressurge a questão sobre quais atores devem estar envolvidos</p>

		na regulação da residência médica. Um caminho pode ser os currículos orientados por competências. Os conflitos e contradições desse processo ainda não tem resposta nas instâncias de regulação da formação de especialistas.
nº 3	Educação Médica e justiça: um desafio para o século 21	“A profissão médica é historicamente associadas a práticas solidárias, virtuosas ou mesmo compassivas”. Mas houve mudanças na prática médica, distanciando “as bases emocionais ou afetivas”, substituindo-as por “profissionalismo e racionalismo”. Houve ênfase na técnica e a crença na “neutralidade do uso da ciência”. A formação médica atual não pode ter como base essas duas perspectivas antigas: a “compaixão” ou o “racionalismo/tecnicismo”. Na atualidade, exige-se do médico o “compromisso ético com o indivíduo, enfermo ou não, e com a comunidade”. Isso significa “um compromisso moral com a humanidade” e um comportamento engajado. O SUS é uma conquista do Movimento de Reforma Sanitária e a formação deve contemplar a inserção no sistema. Repete frase já escrita em outro editorial, “um dos maiores desafios da saúde (e da medicina) é voltar a descobrir a complexidade, a delicadeza e a sensibilidade do mundo”.
2008		
nº 1	Qualificação da RBEM	O ano de 2008 representa 200 anos de ensino médico no Brasil. Ressalta o olhar para o futuro, para formar “médicos competentes, éticos e comprometidos com a saúde da população”. Ressalta importância das Diretrizes Curriculares Nacionais. Também se comemora 30 anos da Declaração de Alma-Ata, resultado da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, que considerou a saúde como um direito humano fundamental. Outra comemoração é de 20 anos da Declaração de Edimburgo, compromisso da Conferência Mundial de Educação Médica, que incluiu a ampliação dos espaços de formação médica para além dos hospitais.
nº 2	Formação profissional/integração ensino e assistência	No âmbito das discussões acerca das mudanças na formação de profissionais de saúde, aborda o tema da avaliação dos estudantes. Propõe uma avaliação com base nos “objetivos, competências, habilidades e atitudes” dos estudantes em seus distintos cenários de aprendizagem. Reafirma que o SUS, sua organização e seus princípios é a

		referência para formação de profissionais de saúde.
nº 3	Conflitos de Interesses e a Produção Científica	A discussão acerca de conflito de interesses ainda é insipiente no Brasil. Contextualiza a questão e aborda os conflitos relacionados a financiamento de pesquisas, participação em congressos e divulgação de resultados que vão de encontro aos interesses dos patrocinadores. Outra questão é publicação científica. Cita vários tipos de conflitos que podem surgir e a necessidade de controle dessas situações para que haja credibilidade na produção científica.
nº 4	A Graduação em Saúde Coletiva: um Debate ou uma Realidade?	Trata do debate nacional e internacional acerca da criação de graduações em Saúde Coletiva. Uma das referências é documento da OPAS, de 2001. Cita as Diretrizes Curriculares Nacionais como uma possível “brecha” para estes cursos, ao prever uma formação mais abrangente. Aponta o possível perfil de um profissional com formação voltada para o SUS e “generalista, humanista, crítica e reflexiva”. Afirma que estas características, em realidade, devem fazer parte do conjunto das profissões da saúde.
2009		
nº 1	Qualificação da pesquisa e do ensino médico	Discute a necessidade apontada por muitos associados de “buscar qualificação, valorização e profissionalização da docência em medicina e definir e qualificar mais as pesquisas na área”.
nº 2	Educar para a democracia	Ressalta a importância da definição das Diretrizes Curriculares, destaca um dos pontos relacionado à ética e os conteúdos essenciais. Devem incluir: “dimensões éticas e humanísticas , desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania ”. (grifo do autor). Cita a democracia como valor para exercitar a capacidade de lidar com as diferenças, de exercer o diálogo, de ouvir o outro e respeitá-lo. Portanto, a formação deve incluir atitudes e valores voltados para a democracia.
nº 3	O SUS como escola	Inicia situando historicamente duas fases do ensino da Medicina, no século XX. A primeira fase inicia em 1910, com a publicação do Relatório Flexner, nos Estados Unidos, cuja orientação para a formação tem forte ênfase nas ciências básicas e no hospital como cenário. A segunda fase tem por base o Relatório Lalonde, publicado no Canadá, em 1974, que dá

		visibilidade à multicausalidade das doenças, com ênfase, nos “fatores ambientais, acesso aos serviços de saúde, estilos de vida e biologia humana”. Cita a criação da CINAEM, em 1991 e as diretrizes curriculares homologadas em 2001, que preconiza o espaço do SUS como cenário de aprendizagem. “O SUS tem que ser escola e se fazer escola”.
nº 4	O SUS como Escola: a responsabilidade social com a atenção à saúde da população e com a aprendizagem dos futuros profissionais de saúde	“O professor não é mais o centro do processo pedagógico, seu saber não é mais suficiente para as necessidades biopsicossociais, que requerem ações e intervenções que considerem um contexto mais ampliado”. A Estratégia de Saúde da Família representa um salto conceitual e uma transição paradigmática aliada aos princípios do SUS. Valoriza a substituição de um conceito passivo de assistência por um conceito de cobertura.
Supl 1	Referenciais para avaliação	Mais uma vez refere-se aos movimentos para mudanças na educação médica, à necessidade da formação mais abrangente, que considere as diretrizes curriculares, o SUS como cenário e que a avaliação dos cursos não deve se basear num modelo único.
2010		
nº 1	Diretrizes curriculares, gestores de saúde, gestores de educação, pesquisadores e o hospital de ensino: a polifonia ruidosa de uma crise de identidade	Trata da crise dos hospitais de ensino, baseada em três aspectos: a crise de sustentabilidade (1970); a crise de legitimidade (1988-1990); e a de hegemonia (2001), com o advento das diretrizes curriculares. Considera que a mais antiga e persistente, a crise de “identidade”.
nº 2	Índice H, Autoria e Integridade na Produção Científica	Utiliza o exemplo das campanhas “ética na política” e “ficha limpa” para situar o debate da formação ética de profissionais de medicina. Refere-se à preferência de colegas em citar artigos publicados no exterior, ao invés dos publicados em revistas nacionais. Cita o esforço para internacionalizar a Abem e que a qualidade dos artigos de uma revista fará com que seja mais citado. Aponta os requisitos adotados para considerar a autoria, definidos pelo <i>International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)</i> . Se os critérios não são preenchidos, considera-se fraude acadêmica.
nº 3	UNA-SUS e PET-SAÚDE	A educação médica deve levar em conta as transições no Brasil: demográfica, epidemiológica,

		<p>alimentar e tecnológica. A tecnologia não deve ser central no cuidado, e sim o trabalho médico e da equipe de saúde. “Nada substitui um médico com formação humanista”. Destaca a importância da UNA-SUS e a criação, em 2010, de 788 vagas de residência médica, em 20 especialidades; e do PET-Saúde que concedeu 51.567 bolsas para universitários em Unidades Básicas de Saúde. Esse editorial é escrito pelo Ministro da Saúde à época e o autor afirma que “Costumo dizer que a primeira droga que se dá ao paciente é o próprio médico. Atitudes como escutar, compartilhar, cuidar com respeito e dedicação é que vão ajudar a fazer, de cada profissional, médicos cada vez melhores para atender a população brasileira”.</p>
nº 4	A Educação Médica e o Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos no Brasil	<p>Ressalta como o tema “educação em direitos humanos” ganhou destaque mundial. Cita a ONU e a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, que considera os direitos humanos como ideal a ser atingido. Cita o Plano Mundial de Educação em Direitos Humanos e o Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos (PNEDH). Esse plano inclui: educação, treinamento e informação e devem utilizar pedagogias participativas. O ambiente de ensino deve contemplar compreensão mútua, respeito e responsabilidade. O desafio da Abem é “liderar a formulação de propostas teórico-práticas para tornar a educação em direitos humanos a base de formação dos médicos”.</p>
2011		
nº 1	Participação e Qualidade — Gestão 2010/2012	<p>A “Abem tem a visão institucional de ser reconhecida como a principal protagonista de melhoria da educação médica brasileira”. Tem o desafio de formar profissionais para o SUS, com base nas diretrizes curriculares e a aproximação escola/serviços. Propõe a criação de um “Núcleo de Educação Médica, aberto a outras profissões da saúde.” A Abem busca uma interação nacional e internacional.</p>
nº 2	A Função da Universidade e a Formação Médica	<p>A universidade é “um lócus privilegiado de crítica e transformação social”. As instituições universitárias são “instâncias culturais”, que tem o papel de “criação, apropriação e transmissão de saberes, valores e representações”. Rege-se por interações “entre o estatuto da ciência, as profissões e as disciplinas, a expansão ou</p>

		concentração do mercado de trabalho, o papel sociocultural de gênero ou a respectiva localização do trabalho manual e intelectual na escala de valores sociais”. (grifo meu) A relação entre trabalho e educação dos profissionais de saúde tem por base três princípios: o SUS, o trabalho em equipe e a integralidade. Os processos de mudança e a missão da universidade relacionam-se com os modelos de desenvolvimento onde estão inseridos.
nº 3	Educação Médica e Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência	Cita a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência que completará 10 anos em 2012. Cita dados do censo de 2000, que identificou 14,5% da população brasileira com algum grau de deficiência. “Os médicos desconhecem as particularidades que diferenciam um corpo com e sem deficiência”. “Cada vez mais mulheres com lesão medular optam por engravidar”, o que demanda cuidados especiais dos obstetras em relação a riscos envolvidos. “É raro as PCD encontrarem médicos com capacidade técnica aliada à abertura para negociação quanto ao cuidado com a saúde...”. Ao tratar da inclusão desse tema nos currículos de graduação da área da saúde, sugere que as PCD sejam percebidas “como parte integrante da diversidade humana”. Portanto, esse tema deve estar difuso no conjunto das disciplinas para situar as necessidades de acordo com cada tema abordado. Não deve ser uma disciplina à parte. A Abem deve assumir a liderança política entre as escolas médicas e entidades governamentais e aliar-se com entidades sociais para promover a defesa das PCD e a defesa dos direitos humanos.
nº 4	Pesquisa Científica como Eixo Integrador da Formação e Prática Médica	Inicia reafirmando a “indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão” nas universidades. Mas destaca o papel preponderante da pesquisa e o papel do artigo científico como “moeda corrente” no mundo acadêmico, proporcionando “ganhos monetários e simbólicos adicionais”. Essa valorização tem gerado um aumento em quantidade e qualidade da produção científica brasileira, que pode ser medido através da participação em revistas internacionais, como na internacionalização dos periódicos. Faz a referência à Lei de Diretrizes e Bases da Educação, que propõe o estímulo ao espírito

		científico e pensamento reflexivo. “Em tempos de hipervalorização das chamadas evidências, um médico não pode deixar de ter uma boa formação que lhe possibilite analisar o conhecimento produzido e não apenas aplicá-lo”. Faz novamente referência às diretrizes curriculares para destacar que o aprendizado deve possibilitar “ao sujeito social transformar-se e transformar seu contexto”.
2012		
nº 1	RBEM: Cinco Anos no Scielo	Ressalta a publicação da revista por 36 anos, sem interrupção. Esse processo levou à proposta de qualificar os relatos de experiência e não suprimi-los, pois retratavam distintas experiências de mudanças no curso médico. Esse processo foi lento, pois “trazia implícita a necessidade de os médicos se familiarizarem com métodos de pesquisa das ciências humanas e sociais”. O número de trabalhos publicados relacionados à educação médica “ainda é pequeno e insatisfatório”. Pela pouca citação de artigos da Rbem, demonstra que o diálogo entre os estudos que analisam a realidade brasileira e os artigos publicados da Rbem não está ocorrendo.
Supl nº 1	Pró-Saúde e PET-Saúde - Política Brasileira de Reorientação da Formação Profissional em Saúde	Trata do Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) e da sua iniciativa em implementar as diretrizes curriculares em 20 cursos de Medicina. Ressalta que o Pró-Saúde é importante para “promover mudanças institucionais e o deslocamento da área da saúde da universidade, de dentro de seus muros, para a integração com a comunidade e suas necessidades no SUS”. Já o PET-Saúde introduz a pesquisa, “em especial a pesquisa-clínica, a pesquisa-ação, a pesquisa sobre ensino e aprendizagem e sobre a gestão dos serviços de saúde”.
Supl nº 2	Pró-Saúde e PET-Saúde: Experiências Exitosas de Integração Ensino-serviço	Trata da parceria entre o Ministério da Saúde com os editores da Rbem para divulgar artigos selecionados sobre o Pró-Saúde e o PET-Saúde. Cita número especial da revista Lancet, em maio de 2011, com artigos sobre a situação de saúde no Brasil. Nesta edição do Lancet, um dos artigos trata da educação superior e a saúde no Brasil. Apresenta um panorama do conjunto das publicações deste número da Rbem – temas metodológicos, acolhimento e humanização da atenção, resolutividade dos programas de Saúde da

		Família, estudos com agentes comunitários de saúde (ACS) e estudantes das profissões da saúde, abordagens específicas como gravidez não planejada, hipertensão e diabetes, obesidade, doenças infecto parasitárias e estudos epidemiológicos.
nº 2	O compromisso da Abem com a residência	O texto discorre basicamente sobre a importância estratégica do preceptor e a necessidade de ser qualificado para a ação educativa. Ressalta as diretrizes curriculares como fator importante. No âmbito das Residências Médicas, da Residência Multiprofissional e em área Profissional, destaca a ação conjunta entre MEC e MS, com a instituição do Programa de Incentivo à Formação de Especialistas em áreas Estratégicas, o Pró-Residência. “Ser preceptor é enfrentar o desafio de cuidar da aprendizagem, não como dono desse processo [...] compreendendo que educar é um processo reconstrutivo, de dentro para fora, em direção à autonomia”. Cita um projeto nacional, em 2012, voltado para desenvolver as competências pedagógicas de preceptores, em especial da Residência Médica.
nº 3	50 anos da ABEM	Faz uma retrospectiva histórica da atuação da Abem, desde sua criação em 1962 e a realização de 48 congressos de educação médica. Trata do papel da entidade, das parcerias com o MEC e MS e suas distintas iniciativas, das resistências e limitações às mudanças e a falta de avaliação adequada acerca das mudanças implementadas.
nº 4	O Profissionalismo e a educação médica	O autor faz uma reflexão acerca do termo “profissional”, associando ao “ideal de serviço”, e “competência técnica, honestidade e compromisso de falar a verdade”. Levanta questões para além dos “valores, regras e normas da profissão médica para o século XXI, mas também sobre o que fazemos como docentes e cidadãos, para formá-los”. Alerta para o fato de que profissionalismo não se ensina apenas com a apresentação do Código de ética da profissão. “Profissionalismo é a base do contrato social que nos legitima como profissão em nossa sociedade”. Ressalta que “ <i>expertise</i> técnica é indispensável, mas que não é a única dimensão essencial na formação”. Cita três entidades internacionais (americanas e europeia) que elaboraram princípios importantes para a formação médica no século XXI: “primazia do

		bem-estar do paciente”; “autonomia do paciente”; e “justiça social”. O desafio brasileiro é identificar se os valores e compromissos essenciais estão claros e se as estratégias estão adequadas ao seu tempo.
--	--	--

APÊNDICE H: RELAÇÃO DOS TCRS DE RESIDENTES EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO HU-UFSC

Número	Instituição	Título/Tema	Tipo de estudo	Ano
1-01	HU-UFSC	Indução do Trabalho de Parto: Fatores Relacionados à Falha	Estudo transversal	2009
1-02	HU-UFSC	Video-laparoscopia por Dor Pélvica Crônica: Resultados do HU-UFSC	Estudo transversal, retrospectivo e descritivo	2009
1-03	HU-UFSC	Comparação entre Dinoprostol e Misoprostol na indução do trabalho de parto em gestações pós-data na presença de cérvix desfavorável	Ensaio clínico controlado randomizado	2010
1-04	HU-UFSC	Avaliação da função muscular perineal em gestantes	Estudo transversal	2010
1-05	HU-UFSC	Associar o pH do sangue arterial do cordão umbilical com o escore de Apgar e evolução clínica do recém-nascido	Estudo clínico, observacional, com processo de amostragem aleatória simples	2011
1-06	HU-UFSC	Gemelares: aspectos maternos e fetais em 10 anos no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina	Estudo retrospectivo observacional e descritivo	2011

APÊNDICE I: RELAÇÃO DOS TCRS DE RESIDENTES EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DA MCD

Número	Instituição	Título/Tema	Tipo de estudo	Ano
2-01	MCD	Perfil das gestantes adolescentes com parto no ano de 2008, na Maternidade Carmela Dutra, Santa Catarina-Brasil	Estudo retrospectivo, descritivo e transversal	2010
2-02	MCD	Frequência de lesões perineais nos partos vaginais na Maternidade Carmela Dutra	Estudo observacional, transversal	2010
2-03	MCD	Análise dos casos de pacientes com neoplasia intra-epitelial cervical submetidas a tratamento cirúrgico na Maternidade Carmela Dutra em Florianópolis-SC, <i>Brasil</i>	Estudo epidemiológico transversal observacional	2010
2-04	MCD	Avaliação da qualidade de vida de pacientes portadoras de endometriose após inserção do Sistema Intra-uterino Liberador de Levonorgestrel (SIU-LNg) – parte III	Pesquisa clínica, observacional, descritiva e prospectiva do tipo estudo de casos, quantitativo e qualitativo	2010
2-05	MCD	Exenteração pélvica em Câncer Ginecológico: indicações, morbidade, mortalidade e sobrevida em pacientes tratadas pelo Serviço de Cirurgia da na Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis no período de 1996 a 2010	Estudo observacional, descritivo, retrospectivo, do tipo série de casos	2011
2-06	MCD	Uso de DIU de Cobre como Método Contraceptivo em Puérperas na Maternidade Carmela Dutra	Série de casos prospectiva	2011
2-07	MCD	Percepção de Mulheres que participaram de um grupo de promoção ao parto normal e tiveram seu parto na Maternidade Carmela Dutra, SC	Pesquisa qualitativa	2011
2-08	MCD	Fatores prognósticos do câncer de mama em mulheres com	Estudo retrospectivo,	2011

		idade igual ou inferior a 35 anos atendidas pelo serviço de Mastologia da Maternidade Carmela Dutra em Florianópolis	observacional, do tipo descritivo	
2-09	MCD	Incidência de mola hidatiforme em tecidos obtidos por curetagem uterina na Maternidade Carmela Dutra, SC	Estudo transversal, epidemiológico, prospectivo e analítico	2011
2-10	MCD	Lesão Intraepitelial de alto grau: tempo de espera até a conização <i>versus</i> risco para carcinoma microinvasor	Estudo transversal, epidemiológico, retrospectivo e analítico	2011

APÊNDICE J: TEMAS E SUBTEMAS DOS TCRS DE RESIDENTES

Número do trabalho	Tema	Subtema
1-02	Ginecologia	Video-laparoscopia por Dor Pélvica Crônica
2-03	Ginecologia	Neoplasia intra-epitelial cervical
2-04	Ginecologia	Endometriose
2-05	Ginecologia	Câncer Ginecológico
2-08	Ginecologia	Câncer de mama
2-10	Ginecologia	Lesão Intraepitelial de alto grau
1-01	Obstetria	Indução do Trabalho de Parto
1-03	Obstetria	Indução do trabalho de parto
1-04	Obstetria	Função muscular perineal em gestantes
1-05	Obstetria	PH do cordão umbilical, Apgar e recém-nascido
1-06	Obstetria	Gemelares
2-01	Obstetria	Gestantes adolescentes
2-02	Obstetria	Lesões perineais em partos vaginais
2-06	Obstetria	DIU em puerpéras
2-07	Obstetria	Percepção de Mulheres que participam de grupo de promoção do parto normal
2-09	Obstetria	Mola hidatiforme

APÊNDICE K: MULHERES NOS TCRS DE RESIDENTES EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO HU-UFSC E MCD

Número	Mulher/ Mulheres
1-01	<p>Situações maternas e fetais, mãe e concepto, parturiente, gestantes com variados diagnósticos, pacientes que internam, gestantes submetidas à indução do trabalho de parto, gestantes com colo favorável, pacientes com cesariana prévia e colo desfavorável, aquelas com colo desfavorável e sem cicatriz uterina, pacientes aceitaram participar da pesquisa, pacientes avaliadas, gestantes de maior idade, nulíparas, mulheres com cesárea prévia, gestantes com pelo menos um parto vaginal, clientes. Os termos mais comuns são gestantes e pacientes. A categoria “mulheres” aparece apenas uma vez em todo o texto.</p>
1-02	<p>“Mulheres com mais de uma condição médica tendem a ter mais dor do que as mulheres com apenas um distúrbio”. “Cerca de 60% das mulheres nunca receberam o diagnóstico específico e 20% nunca realizaram qualquer investigação para elucidar a causa da dor”. “Pacientes portadoras de DPC e que foram submetidas à VL”. No decorrer da apresentação dos dados são referidas como pacientes. Na discussão, a categoria utilizada é “mulheres” algumas vezes quando cita referências e apresenta dados de outros estudos,. A categoria cor é utilizada, mas não é explicada. Os resultados apontam para “Todas as pacientes do estudo eram de cor branca”. Cita trabalho que associa como fator de risco a “raça afro-americana” e como foi estudo retrospectivo admite “erros durante o preenchimento dos prontuários podem ter ocorrido” para identificar uma amostra com “todas as pacientes brancas”.</p>
1-03	<p>Nas duas páginas de introdução, somente no último parágrafo, refere-se “na indução do trabalho de parto em gestantes com mais de 41 semanas”. Gestantes. Nulíparas e múltíparas. Gestantes maiores de 18 anos. Pacientes. Parturientes. “[...] gestantes que usaram [...] e pacientes que usaram [...]”. Para o quesito raça/cor, utiliza a categoria “etnia”, sem explicá-la.</p>
1-04	<p>Gestantes. Mulheres com maior número de gestações e partos vaginais. Gestantes. Pacientes. Múltipara ou primípara. Gestantes com idade superior a trinta anos. Gestantes com menos de 30 anos. A cor classificou-se em branca e não-branca”. Mulheres brancas e não-brancas. Gestantes com sobrepeso. Gestantes mais graduadas. Mulheres tinham pelo menos um filho de parto vaginal, enquanto 24 gestantes tinham apenas cesáreas prévias. Mulheres climatéricas. Mulheres no menácm e muito jovens.</p>
1-05	<p>O foco é o recém-nascido. Os termos que aparecem para se designar as mulheres são: a mãe. “[...] doença tireoideana materna [...] e gestações múltiplas”. “[...] grupo étnico (branca e não-branca)”.</p>
1-06	<p>Em nenhum momento refere-se às mulheres como protagonistas da gestação e do parto. Utiliza o termo genérico de “gestações múltiplas”, “gestações gemelares”, “gravidez múltipla”, “trabalho de parto na prenhez gemelar desencadeia-se espontaneamente”, “complicações</p>

	maternas”, “gestações únicas”, “procedência materna”, “pacientes atendidas”, “idade materna”.
2-01	Meninas [...] entre 15 e 19 anos. As adolescentes com idade entre 10 e 19 anos. Mulheres na faixa entre 15 e 19 anos. Mulher. A mãe. Jovens estudantes. Adolescente gestante. Mulheres adultas jovens. Pacientes com parto antes dos 18 anos. Mulheres com menor escolaridade. Mães adolescentes. Mulheres e meninas. Assistência materno-fetal. Não incluiu o quesito raça/cor como categoria de análise. Pacientes. Pacientes gestantes. Gestantes epiléticas. Adolescentes. Pacientes adolescentes. Gestantes adolescentes. Adolescentes. Pacientes. Mães menores de 20 anos. Mães adolescentes. Parturientes adolescentes. Mulher “reportar episódios de violência doméstica”. Mulheres jovens americanas. Adolescentes primíparas.
2-02	Mulheres. A futura mãe. Pacientes. Primigestas. Primíparas. Multíparas. Em toda a introdução aborda o tema da episiotomia, das lesões perineais, e as mulheres são invisibilizadas através das descrições dos processos e das lesões. Aparece no final da introdução com o adjetivo de “futura mãe”. Mãe/mulher.
2-03	Mulheres. Pacientes. Pacientes mais jovens. Pacientes submetidas à conização. Pacientes submetidas à CAF ou cone clássico. Pacientes submetidas a tratamento de lesão de colo. Paciente que foi submetida a novo procedimento.
2-04	Mulheres em idade reprodutiva. Mulheres menopausadas. Mulheres com dor pélvica crônica são portadoras de endometriose. Mulheres portadoras de endometriose. Usuárias. Mulheres com endometriose. Mulheres que sofrem com a endometriose. Mulheres portadoras de endometriose. Mulheres portadoras de dor pélvica crônica. Mulheres com diagnóstico de endometriose. Pacientes. Mulheres pesquisadas. Pacientes com diagnóstico de endometriose. Usuárias.
2-05	Mulheres com recidiva local ou com doença extensa. Pacientes já submetidas à radioterapia pélvica. Pacientes com câncer ginecológico que foram submetidas à cirurgia de exenteração pélvica. Pacientes foram submetidas à radioterapia antes da indicação da cirurgia. xx foram submetidas à quimioterapia e xx pacientes haviam sido submetidas a procedimentos cirúrgicos anteriores para tratamento do tumor primário. Doentes. Pacientes com neoplasia ginecológica. Pacientes com recorrência pélvica central. Todas as pacientes analisadas.
2-06	Mulheres. Mulheres que não estão amamentando. Mulheres lactantes. Mulheres em amenorreia e que amamentam exclusivamente. Puérperas. Mulheres não lactantes. Mulheres em aleitamento. Mulheres no período puerperal. Puérperas. Mulheres fora do puerpério. Pacientes atendidas. Primíparas. Pacientes primíparas e multíparas. Pacientes com idade de 35 anos ou mais. Pacientes com DIU inserido no pós-parto.
2-07	Mulher. Mãe. Mulheres. Usuária do SUS. Gestantes. Sujeitos. “Mulheres brancas, idade entre 19 e 31 anos, todas primigestas, casadas e que exercem algum tipo de atividade remunerada”. Gestantes. Mulheres. Mulher grávida. Mulher enquanto sujeito. Parturientes. Mulheres.

	Puérpera.
2-08	Mulheres. Pacientes com câncer de mama. Pacientes com diagnóstico de carcinoma invasor de mama, em qualquer estágio, submetidas a tratamento cirúrgico. Paciente foi submetida ao tratamento cirúrgico. Mulheres com câncer de mama. Mulheres. Pacientes. Mulheres jovens. Pacientes jovens submetidas a tratamento cirúrgico.
2-09	Gestantes submetidas à curetagem. Mulheres assintomáticas. Pacientes com mais de 40 anos. Pacientes com diagnóstico clínico e/ou ultrassonográfico de aborto ou suspeita de MH submetidas à curetagem uterina A paciente. As pacientes.
2-10	Mulheres. Paciente. Paciente sintomática. Pacientes incapacitadas pela doença. Pacientes com diagnóstico de displasia e submetidas à cirurgia. Pacientes que se submeteram à conização. Pacientes. Mulher.

APÊNDICE L: AUTONOMIA DAS MULHERES NOS TCRS DE RESIDENTES EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO HU-UFSC E MCD

Número	Autonomia das Mulheres
1-01	“[...] gestantes submetidas à indução do trabalho de parto”. “Esse levantamento se faz útil tendo em vista melhor instruir às gestantes quanto aos riscos de falhas do procedimento”. “Quando há possibilidade de escolha [...] deve-se discutir com as pacientes os riscos de se fazer ou não tal procedimento, e ainda de posse das características maternas e do seu exame físico, expor as chances de falha e sucesso”. “Assim, em conjunto com a gestante e seu acompanhante fazemos essa difícil escolha” (referindo-se à indução do parto).
1-02	“[...] pacientes portadoras de DPC que foram submetidas à VL”. “[...] pacientes com diagnóstico videolaparoscópico de endometriose foram submetidas à biópsia”. “estudo retrospectivo com 50 mulheres com DPC submetidas à VL”.
1-03	“gestantes submetidas ao [...]” (dois tipos de medicamentos). “Dentro da análise do quesito segurança [...]”.
1-04	“[...] leva a pensar que gestantes com maior nível intelectual apresentam superior entendimento e consciência da musculatura quando solicitadas à contração perineal”. “Preocupação especial de muitas gestantes é a estática pélvica, o que eleva para quase 90% o índice de cesarianas eletivas no sistema privado de saúde”.
1-05	Não se refere
1-06	Não se refere
2-01	“a gravidez na adolescência segue como um significativo evento na área da saúde, com implicações físicas e psicológicas sobre a mulher, bem como segue acarretando repercussões econômicas e sociais sobre a mãe, o recém-nascido, suas famílias e a comunidade social em que se inserem”. “E ainda potencializa o risco de violência doméstica, uma vez que mulheres com menor escolaridade estão mais sujeitas à violência pelo parceiro”. “Em 31,6% das vezes tendo sido submetidas à cesárea”. “Vinte pacientes ou 4% dentre as nossas adolescentes retornaram após 2008 para um novo parto e corroboram para a análise de que o planejamento familiar destas meninas pode estar sendo deficiente. Todas estas 20 adolescentes tinham em média 17 anos, estavam na primeira gestação, tinham apenas o 1º grau em 90% das vezes e em sua maioria, incompleto e declararam-se do lar em 73 % das vezes.”
2-02	“Deve o obstetra esforçar-se para minimizar os riscos dessas lesões musculares e neurológicas, sendo de sua responsabilidade identificar os fatores predisponentes para que elas ocorram, poupando a

	<p>parturiente de penosas sequelas. Assim, na maioria dos partos hospitalares, a episiotomia é praticada como profilaxia das lacerações perineais severas, apesar das escassas evidências científicas de seus benefícios”. “uma mãe/mulher com saúde e não traumatizada pelo processo de nascimento que acabou de experimentar”.</p>
2-03	<p>“[...] grande numero de pacientes atendidas com diagnóstico de displasia [...]e submetidas à cirurgia em 2008, faz-se mister conhecer as pacientes atendidas e submetidas a cirurgia pelo serviço, as alterações no colo do útero, a evolução pós-operatória e o seguimento oferecido e realizado pelas pacientes”. “[...] pacientes submetidas à conização”. “[...] pesquisar a adesão das pacientes ao seguimento proposto, na intenção de procurar por falhas e elaborar propostas ao serviço de patologia cervical, em busca de estimular a paciente a realizar seguimento adequado”. “Se a paciente não retornar dentro de 6 meses após a data recomendada pelo médico, será considerado abandono de tratamento”. “cada paciente submetida a CAF ou cone clássico”. “[...] que 5 (4,5%) pacientes nunca retornaram para buscar o resultado da histologia da peça cirúrgica. Felizmente nenhuma apresentava câncer invasivo do colo do útero”. “[...] e desejo da paciente de fazer acompanhamento colposcópico e citológico na cidade de origem”. “[...] apresentavam seguimento adequado com retorno nas datas previstas pela equipe do serviço, 44 (39,6%) pacientes não conseguiram manter as datas previstas e apresentaram atraso de 1 a 6 meses para o retorno, e 36 (32,4%) das pacientes abandonaram o seguimento. Das 36 pacientes de abandonaram seguimento, seis foram pacientes que engravidaram após o procedimento e fizeram apenas o pré-natal, sem qualquer tipo de seguimento”. “Estes dados são importantes para estimular a adesão das pacientes ao tratamento. Um grande desestímulo ao seguimento é a dificuldade de marcar consultas de retorno, reclamação constante das pacientes”. “Também referente ao seguimento, seis pacientes engravidaram logo após o procedimento, e não fizeram qualquer tipo de avaliação durante a gestação. A literatura não traz muitas informações sobre como fazer o seguimento em uma paciente que engravida após o tratamento cirúrgico, porém existe muita literatura sobre condutas em pacientes gestantes”. “O seguimento realizado pelas pacientes é muito abaixo do esperado, e merece atenção especial pelo serviço de patologia cervical. Recomendamos que seja garantido o atendimento e marcação da consulta destas pacientes”. “As pacientes grávidas devem ser estimuladas a realizar o seguimento no ambulatório de patologia cervical, e se possível, submetidas a alguma colposcopia durante a gestação na intenção de se excluir carcinoma”.</p>
2-04	<p>“Estima-se que 70% a 90% das mulheres com dor pélvica crônica</p>

	<p>são portadoras de endometriose, sendo a causa mais comum de algia pélvica e atingindo de forma drástica a qualidade de vida de suas portadoras”. “a opção medicamentosa poderia acarretar hipostrogenismo e consequentes efeitos adversos e residuais que levariam ao impacto negativo na qualidade de vida destas mulheres”. “mulheres portadoras de endometriose que estão sendo submetidas ao uso do SIU-LNg”. “Risco aumentado de DST, por exemplo, múltiplos parceiros ou parceiro que tem múltiplos parceiros”. “Recusa da paciente em continuar a participar da pesquisa”. “Desejo de gravidez”. “Quebra ou má relação entre o pesquisador e a paciente”. “As mulheres foram informadas que este endoceptivo já foi estudado [...]”. “A mesma teve a oportunidade de fazer perguntas e ser informado sobre o direito de retirada do estudo em qualquer momento, sem qualquer desvantagem e sem ter que fornecer razões para a sua decisão”. “Quanto aos eventos adversos, as pacientes foram informadas”. “Apesar de ser considerada uma condição benigna, a endometriose afeta a qualidade de vida das mulheres, tendo impacto nas suas carreiras, atividades diárias, relacionamentos sexuais e não-sexuais, e fertilidade”. “Já nos primeiros meses após a inserção, as pacientes notavam melhora da dor pélvica e por este motivo os distúrbios menstruais foram bem tolerados”. “A ocorrência dos efeitos colaterais nas pacientes incluídas no nosso estudo não fez com que elas tivessem desejo de abandonar o tratamento ou retirar o SIU-LNg”. “Estas informações também nos fizeram refletir sobre a intensidade da dor das pacientes e o quanto a endometriose interferia nas suas vidas. No início da pesquisa as pacientes apresentavam claramente sinais de embotamento afetivo, tristeza, dificuldades no relacionamento interpessoal, inclusive sexual”. “A dor era tão importante que, além de impossibilitá-las de manter suas atividades diárias, como ir ao supermercado ou mesmo exercer suas atividades laborais, estavam diretamente ligadas ao seu humor”. “Parte das pacientes (40,7%) que evitavam o ato sexual tinha um sentimento de culpa por não aproveitarem o intercuro sexual ou por não satisfazerem seus parceiros. Algumas mulheres referiam medo de serem abandonadas pelos parceiros por não satisfazê-los sexualmente”. “Durante as entrevistas de seguimento da pesquisa, notamos que o melhor conhecimento da sua doença, do seu caráter crônico e incapacitante, contribuiu para o sucesso do tratamento. As pacientes mostravam-se confiantes em relação ao método utilizado na pesquisa, apesar da ocorrência dos efeitos colaterais”.</p>
2-05	<p>“Quando o tumor localiza-se somente na pelve, a exenteração pode oferecer uma chance de cura: aproximadamente 50% de sobrevida em 5 anos”. “A maioria dos tumores pélvicos avançados condena os pacientes a um sofrimento atroz e debilitante, diminuindo</p>

	<p>significativamente a sua qualidade de vida. A exenteração pélvica promove um controle de maneira eficiente da maioria desses sintomas”. “Atualmente, 90 a 95% das pacientes submetidas a esta cirurgia sobrevivem ao procedimento e 20 a 60% delas estarão vivas em 5 anos”. “Pacientes com câncer ginecológico que foram submetidas à cirurgia de exenteração pélvica”. “Todas as pacientes foram submetidas à radioterapia antes da indicação da cirurgia. Cinco foram submetidas à quimioterapia e quatro pacientes haviam sido submetidas a procedimentos cirúrgicos anteriores para tratamento do tumor primário”. “Além disso, por levar à mutilação, muitas vezes os pacientes relutam em se submeter ao procedimento e os médicos assistentes relutam em indicar a cirurgia, perdendo o momento ideal da indicação e levando a progressão da doença e extensão para a parede lateral”. “A falta de opção terapêutica curativa nas recorrências após radioterapia e quimioterapia torna esta cirurgia a única opção de tratamento”. “Mesmo com caráter paliativo, essas [...] pacientes tiveram sobrevida de [...] meses”. “Estabilidade emocional e atitude positiva são essenciais, assim como um bom suporte familiar”.</p>
2-06	<p>“Sabe-se que para muitas mulheres, o puerpério é a única oportunidade de receber um acompanhamento médico adequado, sendo imprescindível nessa fase que elas recebam orientações a respeito de planejamento familiar e contracepção. Uma adequada contracepção no puerpério é recomendada para prevenir morbidades maternas e infantis.” “[...] sendo recomendado um seguimento médico precoce no puerpério, visando prevenir uma gravidez não planejada e reduzir morbidades neonatal e materna nesta fase da vida reprodutiva da mulher”. “Seu uso é largamente difundido no mundo, sendo o método contraceptivo reversível mais utilizado atualmente” (sobre o DIU). “A inserção no pós-parto imediato apresenta algumas vantagens, como a motivação materna para iniciar uso de método anticoncepcional, inserção com menos desconforto e dor, a certeza de que a mulher não está grávida e a conveniência de já sair do hospital com sua contracepção resolvida”. “Assim, o DIU de cobre é considerado um método seguro no puerpério, sendo consenso na literatura que seu uso adequado no pós parto, em acordo com os critérios de elegibilidade da OMS, não aumenta as taxas de sangramento, perfuração e infecção. Lembrando que sua inserção entre 48 horas e 28 dias de puerpério é proscrita devido às altas taxas de perfuração uterina”. “[...] puérperas que não aceitaram a colocação do dispositivo”. “Participaram da pesquisa as pacientes maiores de 18 anos [...] em plena capacidade de exercício de suas funções mentais, que desejassem um método anticoncepcional [...]. Deveriam ter também parceiro único [...]. Foram excluídas [...] com múltiplos parceiros”. “Foram estudadas [...] e aceitabilidade do</p>

	<p>método anticoncepcional pela paciente”. “[...] era discutido coma paciente e seu acompanhante [...] informava-se à paciente sobre a necessidade de retorno”. “Embora a chance de uma gravidez com DIU seja remota neste trabalho devido ao curto período de seguimento das pacientes, em caso de gravidez confirmada com DIU tópico, seria discutido com a paciente sobre os riscos de abortamento espontâneo em caso de retirada imediata do dispositivo, e sobre os riscos de corioamnionite e ruprema pré-termo caso se optasse pela não retirada do DIU. Assim, a decisão sobre a retirada ou não do dispositivo seria tomada conjuntamente com a paciente, dando-se preferência para a primeira opção”. “Nos casos de DIUs bem posicionados em que a paciente solicitasse a retirada precoce do dispositivo por insatisfação pessoal com o método, o médico avaliador deveria retirá-lo”. “Uma dificuldade encontrada pela autora na realização desta pesquisa foi a relutância das pacientes em comparecerem às consultas de retorno [...]”.</p>
2-07	<p>“O parto, uma experiência profunda e marcante, é um acontecimento singular na vida da mulher e seus familiares”. “A mulher deve se sentir confiante quanto à sua habilidade de parir, encontrar conforto à medida que o trabalho de parto progride e ainda tomar decisões informadas em conjunto com a equipe que atende a seu parto.” “Parto Ativo como descreve Balaskas, “é uma atitude mental. Envolve aceitação e crença na função natural e na natureza involuntária do processo do parto, tanto quanto uma atitude ou posicionamento apropriado do seu corpo”. “Por acreditar ser possível construir um imaginário saudável em torno do parto ao possibilitar às mulheres conhecerem seus corpos, a fisiologia do parto e seus direitos é que se propôs a realizar esta pesquisa”. Pressupostos: “É necessário ouvir as mulheres para que possam expressar seus desejos e percepções”. “Conhecimento gera poder”. “Mulheres com conhecimento podem auxiliar na melhoria da prática obstétrica”. “As gestantes que participaram deste estudo foram selecionadas a partir dos Centros de Saúde em Florianópolis onde acompanhavam seu pré-natal”. “A primeira entrevista procurou identificar as idéias que as gestantes tinham sobre a gestação, a origem de seus medos e inseguranças com relação ao parto, o conteúdo das consultas de pré-natal, o conhecimento que elas tinham sobre a fisiologia do parto, as intervenções hospitalares e seus direitos conforme descrito em roteiro de entrevista”. “[...]e fatores que favorecem um parto com menos dor como manter-se ativa durante o trabalho de parto e ter presente um acompanhante da sua escolha”. “Buscou-se fortalecer a auto-estima da mulher e a crença em seu próprio corpo”. “As gestantes entrevistadas apontaram a possibilidade de participar de um grupo de preparação para o parto como oportunidade para obter informações, compartilhar dúvidas com outras mulheres,</p>

	<p>tranquilizar-se e discutir questões latentes como dor e técnicas utilizadas para minimizá-las”. “As gestantes também afirmam que procuram informação na internet”. “A relação entre carência de informações associada a desamparo emocional aparece como desencadeadora do medo referido por uma das gestantes”.</p> <p>“Diferentemente do discurso que culpabiliza a “cesárea a pedido” pelos altos índices de cesariana e a despeito da preferência médica pela cesárea, que passou a ser difundida no Brasil como tipo de parto seguro, moderno e ideal esse estudo, realizado com mulheres de classe popular, encontrou em suas falas um estranhamento quando se discute a realização da cesariana por escolha”. “Acredita-se que conhecendo previamente os benefícios destas técnicas as gestantes possam utilizá-las por conta própria ou demandá-las aos provedores de cuidado durante o trabalho de parto, não ficando assim dependentes unicamente da disponibilidade e iniciativa destes”.</p> <p>“Direitos no parto - A presença do acompanhante como símbolo”.</p> <p>“A presença de acompanhante durante o parto é uma vitória recente das mulheres garantida pela lei 11.108/05 porém nem todas as mulheres conheciam este direito quando interrogadas na primeira entrevista”. “Negociação de intervenções hospitalares”. “[...] da falta de confiança em seus próprios corpos e na sua habilidade de parir por conta própria”. “Assim, presumia-se que conhecendo previamente as rotinas hospitalares as mulheres poderiam exercer papel mais ativo em seu próprio parto por poderem discutir, consentir ou não e negociar a realização de tais procedimentos”. “[...] e são diversas as estratégias empregadas pelas mulheres na tentativa de se expor menos à brutalidade e humilhação que marcam o encontro clínico no processo reprodutivo”. “Pesquisa realizada recentemente pela Fundação Perseu Abramo corrobora com a pertinência do tema já que uma em cada quatro (25%) das 2.365 mulheres ouvidas em todo o país relatou ter sofrido, na hora do parto, ao menos uma entre 10 modalidades de violência sugeridas – com destaque para exame de toque doloroso (10%), negativa para alívio da dor (10%), não explicação para procedimentos adotados (9%), gritos de profissionais ao ser atendida (9%), negativa de atendimento (8%) e xingamentos ou humilhações (7%)”. “Parece haver um condicionamento cultural passado de geração em geração que reforça esses sentimentos levando as mulheres a questionar sua habilidade em parir”. “Ressalte-se as técnicas aprendidas para conforto, uma melhor compreensão do seu corpo, da fisiologia do parto e das intervenções e rotinas hospitalares. Acredita-se que esses pontos tenham contribuído para que a história do parto dessas mulheres tenha sido vivida com mais consciência e portanto, autonomia”.</p>
2-08	“[...] auxiliando o mastologista/oncologista no manejo de sua

	<p>paciente”. Manejar, segundo dicionário de Houaiss é “governar, ter autoridade sobre; controlar, manipular”. “Foram investigadas as seguintes variáveis: idade no momento em que a paciente foi submetida ao tratamento cirúrgico, cirurgia proposta, detalhes da patologia do tumor (tipo histológico, grau e tamanho), comprometimento linfonodal e tratamento adjuvante proposto”. “Foi assegurado a dignidade e o bem estar do paciente, respeitando seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos”.</p>
2-09	<p>“Pode-se oferecer a histerectomia como abordagem inicial para pacientes com mais de 40 anos para as quais o risco de doença invasora é maior, porém, vale lembrar que apesar de resolver o problema da invasão local a cirurgia não elimina o risco de metástases”. “Nestes casos, a paciente pode necessitar de tratamento sistêmico (quimioterapia) ou cirúrgico (histerectomia)”.</p>
2-10	<p>“Nossas pacientes apresentam uma baixa aderência ao tratamento e seguimento, levando até sete meses (ou mesmo mais tempo) para conseguir submeter-se ao cone”.</p>

APÊNDICE M: CORPO DAS MULHERES NOS TCRS DE RESIDENTES EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO HU-UFSC E MCD

Número	Corpo feminino / Corpo imagem
1-01	<p>“Indução do trabalho de parto é um procedimento realizado com a intenção de provocar a expulsão do feto e término da gravidez através da preparação do colo e de contrações uterinas induzidas artificialmente”. “[...] cada vez mais recursos diagnósticos determinam a necessidade da interrupção da gestação antes do trabalho de parto espontâneo, visando dessa forma um melhor prognóstico materno e fetal”. “O parto é determinado por complexos mecanismos, envolvendo o eixo hipotálamo-hipofisário-supra-renal do feto e o apagamento da porção fibro-muscular do útero e maturação natural do colo”. “Colo favorável”. Utilização de “score de Bishop” para determinar “estado de maturidade do colo”, baseado em “cinco parâmetros”. [...] resta ainda para a parturiente todos os percalços do trabalho de parto”. “cansaço materno”. “Obtenção ou não de trabalho de parto efetivo”. “Gestantes com colo favorável”. “Pacientes com cesariana prévia, com colo desfavorável”. “Parto vaginal”.</p>
1-02	<p>“Dor pélvica crônica (DPC) é definida como dor com duração de pelo menos seis meses, que ocorre no andar abdominal inferior, suficientemente intensa para interferir em atividades habituais e que necessita de tratamento clínico ou cirúrgico”. “Esta queixa pode significar tanto uma patologia orgânica, quanto a somatização de distúrbios psíquicos”. “[...] causas ginecológicas destacam-se a doença inflamatória pélvica (DIP) crônica, a endometriose, a dor ovariana, as neoplasias de órgãos genitais, os pólipos e miomas, a adenomiose e as aderências pélvicas”. Inclui o sintoma de “dispareunia” na avaliação médica. “Potenciais vantagens da VL sobre laparotomia incluem tempo operatório mais curto (para alguns, mas não todos, procedimentos), menor cicatriz, recuperação mais rápida, diminuição da formação de aderências e diminuição de custos”. Avaliação multidisciplinar dentro da própria medicina: “Psiquiatras freqüentemente incidem sobre somatização, uma história de abuso sexual ou físico, e depressão; gastroenterologistas tendem a avaliar a síndrome do intestino irritável, urologistas focam para síndrome dolorosa da bexiga e transtornos uretrais”. “Parâmetros avaliados: cor, idade, paridade [...]”. “[...] a endometriose foi o resultado mais frequente [...] em associação com aderências, hidrossalpinge e miomatose uterina”. “Outros achados mais frequentes foram aderências pélvicas”. “diagnóstico videolaparoscópico”. “[...] outros procedimentos foram realizados durante o exame [...] a cauterização de focos de endometriose associado à biópsia para confirmação anatomopatológica”. “o diagnóstico foi confirmado pelo anatomopatológico”. “complicações cirúrgicas [...] sangramento ativo e hipotensão, [...] lesão vesical [...] hematoma de parede”. “[...] evidência visual e 50% histológica de endometriose”. “A</p>

	laparoscopia revelando pelve normal exerce efeito tranquilizador para algumas pacientes, podendo provocar uma melhora significativa de queixas de origem psicossomáticas”. Conclusão: “a abordagem cirúrgica videolaparoscopia é uma ferramenta útil, e deve ser considerada, nas pacientes com DPC que permanecem sem um diagnóstico após um exame clínico completo e cuidadoso”.
1-03	“[...] causas maternas são: hipertensão arterial crônica e/ou doença hipertensiva específica da gestação, diabetes mellitus mal controlada, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência renal, cardiopatias e neoplasias malignas que exijam interrupção da gestação”. “[...] condições da cérvix uterina pela escala de Bishop”. “características do colo uterino (dilatação, apagamento, consistências e posição)”. “amadurecimento cervical”. “contrações uterinas efetivas”. “colo desfavorável”. “cérvix desfavorável”. “atividade uterina excessiva”. “efeitos colaterais não controláveis (náuseas, vômitos, hipotensão, taquicardia)”. “após o desencadeamento do trabalho de parto”. “Dados demográficos: idade materna, índice de massa corporal (IMC), IG, número de consultas pré-natal, etnia e IB inicial”. “parto vaginal e cesariana”. “análise de atividade uterina excessiva”. “taquissistolia”. Conclusão: “inexistência de diferenças relativas a alterações do BCF e da atividade uterina [...]”.
1-04	“A função ou pressão muscular perineal [...] pode ser avaliada por meio de perineômetro de Kegel [...] ou por um instrumento de retroalimentação digital com sensor vaginal [...]”. “Nas gestantes, a fraqueza dos músculos do assoalho pélvico”. “Como consequência, podem-se esperar déficits na atividade vesical, intestinal e sexual por estarem esses músculos relacionados à sustentação desses aparelhos e ao auxílio da função esfínteriana”. “Exame ginecológico para avaliar a função perineal”. “Neste exame foi mensurada a pressão exercida pela musculatura do assoalho pélvico por meio de perineometria (avaliação objetiva) e AFA – avaliação funcional do assoalho pélvico (avaliação subjetiva) [...] onde a paciente em posição ginecológica, foi orientada a contrair os músculos perineais e depois repetir a contração com os dedos médio e indicador introduzidos no introito vaginal”. “Dentre as variáveis sócio-demográficas, forma exploradas: idade, cor, estado civil, escolaridade, (IMC)”. “... a mulher melhoraria com os anos a sua consciência corporal, sem ter sofrido ainda os efeitos deletérios relacionados ao envelhecimento e alterações hormonais”. “Prolapso de órgãos pélvicos”.
1-05	“Em revisão de prontuários da mãe e do recém-nascido, foram coletadas as seguintes informações: grupo étnico (branca e não-branca) [...]”. “[...] variação significativa entre os grupos em relação à idade gestacional, via de parto, características do líquido amniótico, peso ao nascer, escore de Apgar de 1º e 5º minuto”. Parto vaginal e parto cesáreo.
1-06	“[...] o diagnóstico definitivo é ultra-sonográfico, o qual pode distinguir o número de placentas e de sacos gestacionais”. “Aparentemente, os protocolos usados para o preparo cervical e indução do parto em gestações únicas são apropriadas à gemelaridade”

2-01	<p>“Segundo o artigo da OMS, as adolescentes têm maior risco de obstrução no trajeto do parto, trabalho de parto prolongado e lacerações graves entre a vagina, o reto e a bexiga”. “lesões graves”. Cesariana. Parto normal com episiotomia. Parto normal com laceração de 1º. Parto normal com laceração de 2º grau. Parto normal com laceração de 3º grau. Parto normal sem laceração. Desproporção céfalo-pélvica. Distócia cervical. “O tipo de parto mais prevalente em todas as idades maternas foi o parto vaginal com episiotomia”. “A episiotomia não parece melhorar os valores de APGAR no parto normal”.</p>
2-02	<p>“Durante o parto normal, a maioria das mulheres sofre algum tipo de lesão perineal, em razão de lacerações espontâneas ou como consequência da incisão cirúrgica – episiotomia”. “As lacerações espontâneas são classificadas como de primeiro grau quando afetam pele e mucosa; de segundo grau quando se estendem até os músculos perineais; de terceiro grau quando atingem o músculo esfíncter do ânus; e quarto grau quando a lesão do períneo envolve o conjunto do esfíncter anal e exposição do epitélio anal. No caso da episiotomia, além da pele e da mucosa, são habitualmente seccionados os músculos transversos superficial do períneo e bulbocavernoso o que já configura uma lesão de segundo grau”.</p>
2-03	<p>“As neoplasias podem se originar de tecido escamoso (que são a maioria) ou em tecido glandular”. “Sabe-se hoje que para o surgimento do câncer do colo do útero em de origem escamosa faz-se condição necessária em cerca de 90% dos casos a presença de infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV)”. “Diversos subtipos do HPV foram identificados”. “A via de transmissão mais comum é sexual sendo que assim o número de parceiros e idade do início da vida sexual aumentam o risco para a doença”. “podem ser percebidas citologicamente e histologicamente, podendo ser graduadas dependendo do grau de acometimento do epitélio”. “Para se chegar a este diagnóstico de lesão pré-neoplásica realiza-se a colpocitologia oncótica (CO), popularmente chamada de “preventivo”. “Neste exame é coletado um esfregaço de células do colo do útero que é encaminhado ao patologista para uma avaliação citológica que pode sugerir lesão. Porém, para o diagnóstico mais preciso de uma lesão cervical, deve ser realizada uma análise histopatológica de um fragmento do colo, obtido através de uma biópsia da lesão, que geralmente é identificada por colposcopia”. “Esta é uma avaliação do colo com o colposcópio, que permite a visualização do colo com maior precisão e permite a identificação de alterações epiteliais”. “A cirurgia de alta frequência é considerada menos agressiva, pois neste procedimento uma alça é utilizada para a retirada de um fragmento do colo, englobando toda a lesão”. “As lesões de alto grau representaram 95,5% das pacientes submetidas a tratamento”. “paciente com diagnóstico de cervicite apresentava massa no colo do útero ao exame ultrassonográfico, alteração em CO e mucorréia”. “Em 7,2% dos procedimentos ocorreu diagnóstico de câncer invasivo”. “[...] o principal dado que indica o tratamento cirúrgico é a histologia com lesão de alto grau, o fato de</p>

	95,5% das pacientes terem este diagnóstico é esperado”.
2-04	<p>“[...] dor pélvica cíclica (dismenorréia) e não cíclica (dispareunia e algia pélvica crônica) e a infertilidade; as irregularidades menstruais, as queixas urinárias e intestinais”. “Para o diagnóstico, são utilizados, além do exame físico minucioso, exames laboratoriais – dosagem do CA-125, 6kD polipeptídeo, pesquisa de anticorpo anti-endométrio (mais utilizados na monitoração do tratamento e diagnóstico de recorrência), ultrassonografia, ressonância magnética, videolaparoscopia e a própria laparotomia. A ultrassonografia transvaginal com preparo de cólon é uma nova modalidade diagnóstica, que vem contribuindo para avaliar a extensão da doença no septo reto-vaginal e intestinos”. “vários marcadores e exames estão disponíveis para auxiliar no diagnóstico de endometriose, porém, o diagnóstico definitivo se dá apenas com resultados histológicos positivos, obtidos a partir de biópsia dos focos suspeitos”. “[...] efeito antiproliferativo com supressão uniforme do crescimento endometrial, atrofia glandular e decidualização do estroma”. “os distúrbios menstruais. “Foram ainda orientadas sobre outros possíveis eventos (além dos distúrbios menstruais): cefaléia, dor em abdome inferior, dor nas costas, afecções cutâneas, secreção vaginal aumentada, mastalgia e outras condições benignas das mamas, inflamação vaginal, depressão e outras alterações do humor, náusea e edema. Possibilidades mais raras: aumento de peso, queda de cabelo ou aumento da oleosidade e crescimento anormal de pelos”. As variáveis analisadas foram: “[...] irritabilidade, depressão, incapacidade social, dor na relação sexual, [...] sintomas colaterais como: <i>spotting</i>, sangramento, acne, mastalgia, secreção vaginal aumentada, cefaléia, aumento de peso, edema, dismenorréia e sintomas relacionados com o humor como: incapacidade para o trabalho, estudo e eventos sociais; irritabilidade; perda de apetite; insônia”. “a videolaparoscopia tem como finalidade reduzir os focos de endometriose pélvica e restaurar a anatomia da pelve, melhorando a dor”.</p>
2-05	<p>“É indicada para tratamento de tumores malignos localmente avançados, resistentes à radioterapia ou com recidiva após a mesma na ausência de metástases à distância [...] para tumores primários ou recorrentes de colo uterino, reto, vagina, corpo uterino, vulva, próstata, bexiga e sarcoma pélvico”. “Exenteração pélvica total é a ressecção do útero, tubas, ovários, paramétrios, bexiga, reto, vagina, uretra”. “Uma importante complicação das exenterações relaciona-se com a presença de paredes e assoalho pélvico desnudados, favorecendo a infecção ou a oclusão intestinal e fistulização por fortes aderências que se formam. Outras complicações a longo prazo importantes são: infecções urinárias recorrentes, pielonefrites e hérnias perineais”. Descrição das técnicas: “O tipo de reconstrução do trato urinário realizado nas exenterações anteriores foi ureteroileostomia cutânea (Bricker). Nos casos em que foi realizada exenteração total, em dois a derivação urinária foi ureterosigmoidostomia cutânea associada a colostomia e em dois foi realizada a derivação urinária à Bricker associada à colostomia”. “Entre</p>

	<p>as [...] pacientes que estavam vivas sem evidência de doença, [...] o sítio primário era colo uterino em [...] era em vagina”. “Todas as paciente com comprometimento neoplásico em margens cirúrgicas ou com margem exígua (menores que 2 mm) apresentaram recidiva da doença”. “pois a informação nos laudos de anátomo-patológico não estava clara, provavelmente devido a todas terem sido submetidas previamente à radioterapia”.</p>
2-06	<p>Puerpério completa-se em seis semanas, “quando o retorno à normalidade da maioria das modificações gravídicas já ocorreu”. “Diversos fatores estão relacionados ao reinício da ovulação, como o padrão da amamentação, variáveis biológicas maternas, fatores nutricionais, culturais e sócio-econômicos”. “De modo geral, as pacientes atendidas na maternidade são pacientes de nível sócio econômico baixo, com início precoce da vida obstétrica, muitas vezes ainda na adolescência, constituindo uma população de risco para intervalo intergestacional curto. Poderiam assim ser beneficiadas com a disponibilidade desse método anticoncepcional no Centro Obstétrico. Por outro lado, seu uso se justificaria pelo seu baixo custo, por não interferir na lactação, pela presença de profissionais aptos e capacitados para a inserção do dispositivo, pela baixa taxa de expulsão encontrada na literatura quando inserido nos primeiros 10 minutos pós-dequitação e pela facilidade de seguimento das pacientes via ambulatorial e por ultrassonografia”. “Em xx pacientes (10,5%), a expulsão foi diagnosticada durante o exame físico pela visualização do dispositivo no canal endocervical, e em xx (89,5%) foi necessária a realização de US para o diagnóstico de expulsão”. “O serviço que oferecer este método anticoncepcional às puérperas deve dispor facilmente de aparelho de ultrassonografia para controle do posicionamento do DIU, considerando que 89,5% das expulsões não teriam sido diagnosticadas pelo exame clínico”.</p>
2-07	<p>“[...] os depoimentos de inúmeras mulheres, tanto de classe popular quanto de classe média, mostram que o parto constitui uma situação de desconhecimento, medo, sofrimento físico e emocional”. “[...] fisiologia da parturição”. “[...] as reações de uma mulher à dor podem ser modificadas pelo ambiente no qual ela dá à luz e pelo suporte que recebe dos profissionais e acompanhantes”. “Em sociedade alguma é tratado somente sob o ponto de vista fisiológico, pois é um evento biopsicosocial, cercado de valores culturais, sociais, emocionais e afetivos” (sobre o parto). “Evidenciou-se ali a preponderância de ideias negativas relativas ao parto. Discutiu-se a origem do medo relacionado ao parto que submergiu como: medo de que algo ruim aconteça com o bebê e com elas próprias e medo de não conseguir suportar a dor do parto. Apesar disso foi unânime a preferência pelo parto normal sendo apontada a recuperação mais rápida e riscos de uma cesariana (“estourar os pontos, infecção, medo da anestesia”) os principais motivos”. “A relação entre parto e dor apareceu como uma herança da memória coletiva das mulheres com quem essas gestantes têm/tiveram contato”.</p>

	<p>“No que se refere às expectativas das mulheres com relação ao atendimento na maternidade é a preocupação de que sejam bem atendidas pela equipe de saúde”. “Apesar de ser comum a noção de que os riscos são maiores em uma cirurgia cesariana, quando questionadas sobre que riscos seriam esses as mulheres não sabem responder”. “Corpo, um desconhecido”. “[...] as gestantes apontam com frequência suas dúvidas sobre a capacidade do próprio corpo em parir”. “A afirmação explícita que não confiar em seu próprio corpo parece ser um ponto fundamental para a compreensão da atual situação de medo e insegurança em torno do parto. Em outros tempos atendido por mulheres e parte de uma sabedoria ancestral passada de geração em geração, o parto institucionalizado tornou-se saber médico. Pode ser que nesse caminho as mulheres tenham perdido juntamente com sua autonomia a confiança sobre sua habilidade de parir. Uma das mulheres faz em sua fala um resgate dessa transformação adicionando elementos relativos à mudança de papel social da mulher na atualidade”. “Contribui ainda para esse cenário o fato de ser o corpo e sua fisiologia um desconhecido”. “Com o intuito de promover o conhecimento do corpo feminino e a fisiologia da parturição uma das atividades do grupo de gestantes utilizou a técnica da escultura [...] ressalta que o “aprendizado” só foi possível após a vivência”. “Outra questão mencionada por uma das gestantes foi o medo da exposição e consequente constrangimento a que as mulheres são submetidas durante o trabalho de parto e que pode ser entendido também como ato violento”. “Em outra fala percebe-se a confirmação da ocorrência de múltiplos toques vaginais por diferentes profissionais gerando desconforto para a paciente”.</p>
2-08	<p>“O câncer de mama é considerado um grave problema [...] também pelo investimento financeiro que é solicitado para equacionar as questões de diagnóstico e tratamento. O câncer de mama é a neoplasia maligna mais comum em mulheres em todo o mundo, compreendendo 16% de todos os cânceres femininos”. “Alguns fatores prognósticos estão relacionados diretamente com a sobrevivência das mulheres com câncer de mama, dentre eles: idade, tamanho do tumor, tipo e grau histológico, condição dos linfonodos axilares e o <i>status</i> do receptor hormonal”. “Relativamente raro antes dos 35 anos, somente 2 a 5% dos casos incidem em mulheres muito jovens (idade \leq 35 anos) [...] pacientes jovens não se beneficiam da mamografia de rastreamento, devido a dificuldade da visualização de áreas anormais”. “O exame físico realizado por um profissional treinado, pode detectar, além de outras características clínicas, nódulos acima de 1 centímetro de diâmetro”. “O grau histológico reflete o potencial de malignidade do tumor indicando a sua maior ou menor capacidade de metastatização”. “A terapia para o câncer de mama se fundamenta em tratamento locorregional, caracterizado pela cirurgia (radical ou conservadora) e pela radioterapia e tratamento sistêmico, no qual a quimioterapia e a hormonioterapia são as opções. Nas últimas décadas, a realização de cirurgias radicais (mastectomias) vem sendo reduzida gradativamente em favor das cirurgias conservadoras (segmentectomias),</p>

	<p>tendo-se como fator determinante na indicação deste tratamento o tamanho do tumor no momento do diagnóstico”. “O diagnóstico de câncer de mama em mulheres jovens representa um grande impacto, tanto para a paciente e sua família, quanto para a equipe que a trata”. “Ao final de 5 anos após a cirurgia, XX pacientes (63,2%) encontravam-se vivas sem doença, XX (12,3%) vivas com doença e XX (25,5%) tinham ido a óbito”. “Do total das pacientes estudadas, XX (20,8%) tinham até 29 anos e XX (79,2%) tinham de 30 a 35 anos”. “A prevalência de carcinoma ductal infiltrante foi de XX casos (80,2%) [...]”. “[...] evidencia-se que quanto maior o tamanho tumoral, maior a prevalência do óbito após 5 anos e ocorrência de recidiva”. “No total de XX cirurgias radicais, a mastectomia radical modificada foi realizada em XX (60,4%) ocasiões [...]. Entre as cirurgias conservadoras, XX (16%) foram quadrantectomia com linfadenectomia axilar, XX (19,9%) setorectomia com linfadenectomia axilar, x (0,9%) quadrantectomia com biópsia do linfonodo sentinela”. “[...] permite a aplicação de diferentes modalidades terapêuticas com intensidade e efetividades adequadas e individualizadas”. “A valorização de uma história clínica e um exame clínico completo e metódico neste período de vida são indispensáveis. As mamas de mulheres jovens são do ponto de vista fisiológico, mais ativas do que aquelas de mulheres mais idosas, tornando o autoexame e o exame físico mais difícil de ser executado”. “Apesar da indicação precisa do tratamento, uma percentagem significativa de pacientes submetidas a quimioterapia irão recidivar e ir à óbito”. “Com o objetivo principal de diminuir taxas de recidiva local, a radioterapia mostrou este efeito no presente estudo [...]”.</p>
2-09	<p>“O diagnóstico diferencial entre as causas do sangramento inclui além da anamnese e exame físico, a dosagem sérica quantitativa da fração beta da gonadotrofina coriônica humana (βhCG) e o exame ultrassonográfico”. “[...] diagnosticadas apenas pela análise histopatológica dos tecidos obtidos pelo esvaziamento uterino”. “DTG é o termo utilizado para designar um grupo de tumores originários da placenta que inclui a MHC, a MHP, a mola invasora, o coriocarcinoma e o tumor do sítio placentário”. “As formas malignas (mola invasora, coriocarcinoma e tumor do sítio placentário) são denominadas neoplasias trofoblásticas gestacionais (NTG) e caracterizam-se pela persistência do tecido trofoblástico ativo na parede uterina ou em outros órgãos e tecidos (metástases)”. “A apresentação clínica da mola hidatiforme (MH) mudou drasticamente nas últimas décadas devido ao início precoce do pré-natal e ao uso rotineiro da ultrassonografia”. “A US com doppler é útil tanto no diagnóstico da gestação molar quanto na detecção da sua forma invasiva ou recorrente e na avaliação da resposta à quimioterapia”. “Vários fatores influenciam o diagnóstico imagiológico, principalmente a idade gestacional e a experiência do examinador”. “Apesar de existirem critérios diagnósticos histológicos bem estabelecidos para a gestação molar, a variação interobservador é alta”. “Trata-se de uma das neoplasias com maior potencial de cura”. “Diagnósticos tardios podem</p>

	<p>permitir que a doença evolua para sua forma persistente ou maligna e até mesmo para complicações potencialmente ameaçadoras à vida como insuficiência respiratória após esvaziamento uterino, pré-eclâmpsia e hipertireoidismo com crise tireotóxica”. “Avaliar a associação entre mola hidatiforme e os seguintes fatores: faixa etária, raça/cor, antecedentes obstétricos (paridade e abortos prévios) e níveis séricos da fração beta da gonadotrofina coriônica humana. Avaliar se o quadro clínico e os achados ultrassonográficos são fidedignos para o diagnóstico de mola hidatiforme. Verificar se justifica-se o envio rotineiro de todo material obtido por curetagem uterina para análise histopatológica”. “[...] histologia continua como exame padrão-ouro para o diagnóstico da DTG”. “Raça/cor: conforme os critérios do IBGE (característica declarada pelas pessoas de acordo com as seguintes opções: branca, preta, amarela, parda ou indígena)”. “Como no exame anatomopatológico deste estudo não foi feito diagnóstico diferencial entre MHP e MHC, seria necessária avaliação genética do material para esta distinção, inviável para realização em todas as pacientes submetidas à curetagem uterina”.</p>
2-10	<p>“O câncer de colo de útero, também chamado de cervical, é uma das principais causas de óbito no país. É o segundo tumor mais frequente na população feminina, atrás apenas do câncer de mama e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil”. “[...] faz-se condição necessária em cerca de 90% dos casos a presença de infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV)”. “A via de transmissão mais comum é a sexual. O número de parceiros e a idade do início da vida sexual aumentam o risco para a doença”. “A colposcopia e a biópsia dirigida são etapas fundamentais na propedêutica do carcinoma invasor inicial do colo uterino, tendo a primeira a finalidade de delimitar a extensão da doença no colo e na vagina e a segunda, a confirmação do diagnóstico”. “Na conização a frio ocorre a retirada de um cone do colo uterino com um bisturi e eletrocautério”. “A cirurgia de alta frequência é considerada menos agressiva, pois nesse procedimento uma alça é utilizada para a retirada de um fragmento do colo, englobando toda a lesão”.</p>

APÊNDICE N: CONDUTAS PRECONIZADAS – CONSENSOS E PARADOXOS MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS NOS TCRS DE RESIDENTES EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO HU-UFSC E MCD

Número	Medicina baseada em Evidências
1-01	“Não há consenso na literatura sobre o que seria falha de indução sendo esse assunto ainda um ponto de muita discussão”.
1-02	“A relação entre DPC e a presença de aderências não está bem definida. Existem algumas evidências de que densas aderências que limitam a mobilidade órgão podem causar dor visceral”. “A definição de DPC é algo que varia de autor para autor, tanto no que diz respeito ao tipo de dor quanto sua real localização”.
1-03	“Apesar disto, não há consenso entre os obstetras sobre o momento certo para iniciar a indução do parto”.
1-04	“Embora a literatura seja controversa onde alguns estudos considerem a gestação em si como grande responsável pelo comprometimento do assoalho pélvico, outros apontam que a cesariana eletiva antes do início do trabalho de parto poupam de lesão muscular do assoalho pélvico”.
1-05	Cita editorial de 2006, do Comitê de Prática Obstétrica do Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia para justificar a coleta de gasometria de sangue umbilical.
1-06	“A segurança da prova de trabalho de parto após uma cesariana ainda não foi adequadamente estudada, porém as evidências atuais não contra indicam o parto normal”.
2-01	Cita publicação da OMS sobre o tema e o contexto mundial. Cita os dados do MS sobre número de nascimentos de “mães menores de 20 anos”. Além de dados de SC. Cita o conceito de adolescência de “organismos internacionais”, sem citar qual (OMS?) – “a adolescência compreende um período não apenas de transformações e amadurecimento do corpo, mas sobretudo da personalidade, estendendo-se, assim, até por volta dos 19 anos”. Cita diretrizes do Ministério da Saúde no que tange à assistência pré-natal. Refere-se à estratégia realizada nos EUA, associando “acompanhamento educacional e visitas domiciliares”. “Segundo os autores, apenas aumentar o acesso a contracepção é inefetivo se a paciente não pensa em prevenir a gestação. Sem alternativas de vida, como uma carreira, os benefícios de ficar grávida podem para a adolescente, superar o peso de estar gestante. Adolescentes desmotivadas mostram-se ambivalentes. Mesmo declarando não desejar outra gestação, muitas vezes elas assumem realizar práticas sexuais não seguras e contrapõe-se e discordam da análise que as coloca como alto risco para uma nova gestação”.
2-02	“esta intervenção (episiotomia) passou a ser recomendada sistematicamente por dois eminentes ginecologistas, De Lee e Pomeroy, na primeira metade do século passado, período que coincidiu com o início da prática da hospitalização para a assistência ao parto”. “Apesar

	<p>dos questionamentos sobre a validade da episiotomia rotineira na prática obstétrica, a prevalência deste procedimento é elevada e bastante variada conforme a região do mundo estudada, e o seu uso permanece altamente controverso. Estima-se que seja empregada em 62,5% do total de partos nos Estados Unidos e em cerca de 30% na Europa, enquanto que na América Latina e no Brasil, ainda vem sendo utilizada em 94,2% como intervenção de rotina em toda primípara e em parturientes com episiotomia prévia”. “O Ministério da Saúde do Brasil, apesar de recomendar o seu uso seletivo, não determina a taxa ideal a ser atingida. Estima-se, por alguns autores, que uma frequência ótima deveria situar-se entre 10% e 30 % do total de partos vaginais”. “Segundo a evidência científica, as lacerações perineais de 1º e 2º graus apresentam melhores resultados que a episiotomia em termos de perda sanguínea, dor, dispareunia, cicatrização e retomada da função muscular, acarretando menos prejuízo para a mãe”. “Assim, na maioria dos partos hospitalares, a episiotomia é praticada como profilaxia das lacerações perineais severas, apesar das escassas evidências científicas de seus benefícios”. “Além de não haver evidências confiáveis de melhores resultados maternos ou perinatais com emprego rotineiro da episiotomia, existem evidências claras de que seu uso comporta riscos”. “Porém, ainda há controvérsias dentre os obstetras do corpo clínico em relação aos critérios de utilização da episiotomia, para que o seu emprego atinja o objetivo maior que é beneficiar a futura mãe, para que o parto seja uma experiência prazerosa, causando os menores danos possíveis”. “Novas tendências na prática obstétrica ao longo do tempo têm influenciado na decisão de realizar uma episiotomia [...] e a decisão de realizá-la parece ser influenciada pelo tipo de assistência obstétrica prestada”. Cita a Biblioteca Cochrane como fonte de publicações que referendam condutas médicas. “Há uma falta de evidência de alta qualidade para servir de base para recomendações de rotina da episiotomia versus sem episiotomia, ou formular recomendações favorecendo uma abordagem sobre a outra”. “O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas, assim como o Ministério da Saúde brasileiro apóiam a posição de limitar o uso da episiotomia ao invés do seu uso rotineiro, opinião também comprovada através de revisões sistemáticas sobre o uso de rotina versus uso restrito que têm consistentemente demonstrado que não há nenhum benefício para o uso rotineiro”. “Apesar da experiência de muitos obstetras, o que lhes permite defender suas condutas e práticas na assistência ao parto, e imputarem a elas um caráter de “verdade absoluta”, a obstetrícia atual vem procurando cada vez mais ditar suas normas com base em evidências científicas. Infelizmente, os resultados de estudos controlados e aleatorizados ainda não conseguiram responder todas as questões relacionadas à prática da assistência ao parto”.</p>
2-03	<p>Cita o Instituto Nacional do Câncer como referência para dados sobre o câncer de colo de útero. Cita classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde do Brasil. Cita dados da Suíça, da Itália, do Reino Unido. “[...] descreve em seu artigo que a colposcopia</p>

	deve ser realizada para excluir câncer invasivo”. “[...] afirma que acompanhamento colposcópico é seguro e biópsias devem ser realizadas apenas na suspeita de invasão”.
2-04	“[...] nenhuma das teorias, isoladamente, conseguiu explicar a presença de endometriose em todos os casos. Atualmente, acredita-se que vários mecanismos contribuam para o surgimento da doença, inclusive fatores genéticos e imunológicos”. Cita estudos na Finlândia e liberação do SIU-Lng pelo <i>Food and Drug Administration</i> (FDA) – EUA, além de América Latina, inclusive Brasil. Cita Manual da FEBRASGO. “O exato mecanismo de ação do SIU-Lng no controle da dor em mulheres portadoras de endometriose ainda é incerto, citando-se várias ações locais e sistêmicas do levonorgestrel sobre o tecido endometrial tóxico e ectópico”. Cita revisão da OMS sobre o SIU-Lng. “[...] mas são poucos os estudos que se dedicaram a investigar as queixas relacionadas à sexualidade das mulheres com endometriose”.
2-05	“As variáveis estudadas foram: idade ao diagnóstico, sítio do tumor primário, estadiamento clínico (segundo a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia – FIGO)”. “A cirurgia de exenteração pélvica, mesmo em centros especializados, envolve um treinamento intenso e exaustivo da equipe cirúrgica. O conhecimento [...] têm sido peças fundamentais para o seu êxito”. “Embora seja um procedimento radical e tecnicamente complexo, sua morbidade e mortalidade têm diminuído devido a avanços na técnica cirúrgica, cuidados pré e pós-operatórios, melhor seleção das pacientes, advento de novos antibióticos de largo espectro e unidades de tratamento intensivo”. “A ressecção do tumor com margens livres é um dos principais fatores modificadores da sobrevida na literatura estudada”.
2-06	Cita publicação da OMS acerca dos critérios de elegibilidade médica para métodos anticoncepcionais. “Entretanto, não há estudos na literatura que comprovem esses riscos potenciais” (para se referir ao uso de anticoncepcionais combinados para mulheres que amamentam). “Diversos estudos já foram realizados para determinar as taxas de expulsão e complicações do DIU inserido no pós-parto e avaliar a viabilidade desse método. A ideia de fornecer um método anticoncepcional eficaz, de longa duração e baixo custo, em uma época de alta motivação materna para iniciar contracepção e facilidade de acesso pela mulher aos serviços de saúde, tornou-se atraente para muitos pesquisadores, principalmente nos países subdesenvolvidos, com atendimento no serviço público caracterizado pela precariedade decorrente da insuficiência de recursos destinados pelo Estado. Assim, garantiria-se a prevenção de gestações subsequentes e seus efeitos negativos para saúde materno-infantil, por um longo período de tempo, desde o princípio do puerpério”. Este trecho evidencia uma ação de controle sobre os corpos das mulheres, nas mais pobres e de países subdesenvolvidos. “Ainda não há um consenso na literatura acerca da utilização do DIU inserido no pós parto em relação à segurança e eficácia do método. Uma recente revisão sistemática da <i>Cochrane</i> chama

	<p>a atenção para a falta de estudos randomizados controlados na literatura, comparando as inserções imediatas e tardias do DIU pós parto e enfatiza a necessidade de ensaios clínicos sobre DIU na contracepção pós parto e, inclusive, pós aborto”. “Os dados em relação à taxa de expulsão do DIU inserido pós dequitação imediata são controversos na literatura [...]”.</p> <p>“Em uma análise multicêntrica em nove locais no mundo (Austrália, Bangladesh, Brasil, Costa Rica, Panamá, Taiwan, Turquia e Egito), a taxa de expulsão encontrada foi de 9,5% para os DIUs inseridos pós dequitação imediata”. “Os motivos para essas diferenças em relação às taxas de expulsão do DIU e seu momento de inserção no pós parto, ainda não são bem descritos na literatura”. “Acredita-se que a habilidade e experiência do profissional em posicionar o dispositivo no fundo uterino sejam imprescindíveis, mas não suficientes para um bom resultado”. “No presente trabalho, os DIUs foram todos inseridos por médicos residentes do segundo ano, que ainda estão em processo de treinamento e aprendizado, o que pode ter contribuído para a alta incidência de expulsão espontânea encontrada quando comparada à literatura”. “A indicação da ultrassonografia de rotina para o controle do posicionamento do DIU ainda é controversa na literatura, devido ao custo-benefício desse exame [...] em se tratando do DIU inserido no pós-parto, o exame físico não é suficiente para controle.”</p>
2-07	<p>“Contribuí para este novo cenário a revisão de práticas obstétricas proposta pela medicina baseada em evidência, que tem apontado na direção da abolição de rotinas que são consideradas ineficazes e que provocam dor e sofrimento como: restrição de alimentos durante o trabalho de parto, Manobra de kristeller e episiotomia rotineira. E também demonstrado como práticas tradicionais – puxo fisiológico, livre movimentação, e posições verticais - são seguras e devem ser encorajadas.” “Apesar de limitadas, existem evidências na literatura que corroboram para o benefício de programas de preparação para gestantes. “Ainda, estudos sobre auto-confiança materna durante o parto trazem evidência que corrobora com a hipótese de que ela pode reduzir a percepção da dor durante o parto”. “Em estudo realizado na Dinamarca, 1193 mulheres foram randomizadas para receber nove horas de <i>antenatal classes</i> ou pré-natal regular. Encontrou-se que o primeiro grupo tinha mais chance de ser admitida no hospital em trabalho ativo de parto e receber menos intervenções como analgesia de parto. Outro estudo randomizado mostrou que mulheres que receberam informações sobre mitos, problemas e benefícios da amamentação tinham mais chance de amamentar seus bebês. Ainda, estudos sobre auto-confiança materna durante o parto trazem evidência que corrobora com a hipótese de que ela pode reduzir a percepção da dor durante o parto”. “Os benefícios do Yoga sugeridos pela literatura médica envolvem melhora de dor lombar, depressão, ansiedade e insônia. Estudo realizado com gestantes em Taiwan demonstrou diminuir os desconfortos da gestação”. “A assistência obstétrica pode se beneficiar da revisão de suas rotinas e práticas”. “O método qualitativo é o mais recomendado para estudar</p>

qualidades que não podem ser quantificadas, buscando conhecer, compreender e interpretar a realidade através do universo de significados dos seres humanos em suas ações e interações sociais. Ainda conforme Minayo, compreender é o verbo da pesquisa qualitativa. Compreender relações, valores, atitudes, crenças, hábitos e representações e a partir desse conjunto de fenômenos humanos gerados socialmente, compreender e interpretar a realidade”. “Exibição do filme “Um dia de vida” - filme produzido pelo Ministério da Saúde de 15 minutos de duração - objetivou discutir os conceitos de Humanização do Parto”. “, percebe-se nas enunciações das gestantes que o espaço de assistência pré-natal deixa a desejar no que se refere à preparação para o parto e amparo ao seu estado emocional, acabando muitas vezes por se restringir a um roteiro de rotinas laboratoriais e exames físicos”. “O efeito nocebo é um efeito negativo no estado emocional da mulher grávida e indiretamente em suas famílias. Ele ocorre sempre que um profissional de saúde faz mais mal do que bem ao interferir na imaginação, fantasias e crenças de um paciente ou mulher grávida”. “[...]atentar para o fato de que as rotinas devam ser pautadas pela melhor evidência científica disponível, associada ao amparo emocional que fortaleça a mulher enquanto sujeito”. “[...]o registro de que o atendimento em equipe no pré-natal por médicos(as) e enfermeiros(as) possibilita ampliar o espaço para discussões que fogem ao escopo restrito do atendimento pré-natal padronizado”. Cita a antropóloga Margaret Mead e Robbie Davis Floyd para apresentar como o parto é representa uma construção cultural. “Robbie Davis Floyd para caracterizar o paradigma de assistência ao parto organizado de maneira hierárquica, cujos valores apóiam-se na supervalorização da ciência e da tecnologia, na compreensão do corpo como uma máquina, na separação entre mente e corpo e na busca incansável pelo lucro”. Cita pesquisas que trazem a “fala das mulheres entrevistadas”. Aborda a “influência da mídia e sua perversa exploração do drama humano também aparece na construção do imaginário dessas mulheres”. “Rápida admissão, garantia de acesso a vaga hospitalar, ser bem tratada, e ter seu conjunto de crenças respeitados constituem-se expectativas importantes com relação ao parto nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. Já fatores como sentir-se no controle, envolver-se na tomada de decisões e não acreditar necessárias algumas intervenções são mais citadas em estudos realizados em países desenvolvidos”. “Revisão sistemática da base de dados Cochrane demonstrou recentemente que mulheres que recebem suporte contínuo durante o trabalho de parto correm menos risco de cesariana ou parto operatório, usam menos medicação para alívio da dor, ficam mais satisfeitas e têm trabalho de parto mais curto”. “Para além dos benefícios comprovados pela evidência científica a presença de um acompanhante a ser escolhido pela mulher parece essencial para garantia de seu bem estar emocional”. “O desconhecimento dos riscos de tais intervenções aliado à crença irrestrita no saber médico parece colocar as mulheres em situação de vulnerabilidade como demonstra estudo [...]”. Novamente, cita

	<p>Robbie Davis Floyd “[...] à noção que a tecnologia é essencial para um parto exitoso”. “Deve-se esclarecer que não se pretendeu aqui colocar a mulher em situação de enfrentamento com a equipe de saúde mas sim empoderá-la para uma tomada conjunta de decisões. É claro que para que isso aconteça deve haver abertura para o diálogo por parte dos profissionais que atendem ao parto, para que a mulher que questiona seja respeitada em sua autonomia. Parece claro o papel que mulheres informadas possam exercer sobre a mudança de paradigma necessária no que se refere à assistência obstétrica, processo que deve ocorrer concomitante à revisão de rotinas dentro da instituição hospitalar. Mudanças simples como posição de parto conveniente para a mulher pode ser fundamental e representar a tomada de protagonismo, confiança e satisfação por encontrar em si própria força para superar dificuldade”. “Violência no parto [...]As queixas de mulheres sobre desrespeito por parte dos profissionais durante o parto e parto são frequentes conforme demonstra trabalho [...]”. “A queixa por toques repetidos e dolorosos e exposição a número excessivo de profissionais de saúde também aparece na fala de mulheres entrevistadas por pesquisa realizada em Maternidade Escola no Rio Grande do Sul ³⁶. Sendo a maternidade em que este estudo foi realizado um hospital de ensino, cabe o questionamento de como adequar a necessária exposição do estudante a cenário de prática com o conforto e respeito pela privacidade e dignidade das pacientes. Ressalta-se ainda a importância de que temas como comunicação médico-paciente façam parte da formação dos médicos residentes”. “Acredita-se que a melhoria da assistência obstétrica depende de um tripé – adequações institucionais, prática baseada em evidência e empoderamento das mulheres”. “Outra questão importante diz respeito à formação médica. Sugere-se que o aprendizado e discussão de aspectos emocionais da parturição e desenvolvimento de habilidades de comunicação sejam essenciais para uma prática humanística e boa relação entre médico e paciente”.</p>
2-08	<p>Cita estudos que diferenciam as taxas de sobrevivência em países como Estados Unidos, Japão e Brasil, associando as taxas de mortalidade maiores em países subdesenvolvidos, a problemas no rastreio e diagnóstico. “Atualmente, pesquisas clínicas buscam fatores adicionais, e não menos relevantes, como auxiliares a fim de proporcionarem a melhor escolha do melhor tratamento a ser oferecido, como a imunohistoquímica, biologia celular e muitos outros”.</p>
2-09	<p>“A descoberta da MH inicial continua sendo um desafio para ginecologistas e patologistas e as apresentações clínicas atípicas geralmente ocorrem após um abortamento molar sem diagnóstico histológico”. “A epidemiologia desta doença varia conforme o local de estudo e os dados são de difícil comparação devido à divergência de denominadores”. Cita estudos realizados na Turquia, Tunísia, Austrália, Londres, no Brasil. “Talvez a pouca frequência da doença possa explicar a falta de experiência do examinador e contribua para a baixa taxa de acertos da US de rotina no primeiro trimestre”. “Por outro lado, os que</p>

	<p>indicam a análise rotineira defendem a idéia da proteção legal do obstetra”. “Conforme a literatura, na suspeita de mola o tratamento inicial é o esvaziamento da cavidade uterina, preferencialmente por vácuo-aspiração uma vez que a curetagem tem alto risco de perfuração uterina”. “Neste estudo utilizou-se a curetagem pela indisponibilidade de material para realização da vácuo-aspiração”. “A apresentação clínica da MH é pobre e a US pode não ser conclusiva. Embora o número de gestações molares seja baixo, pela evolução imprevisível e possibilidade de doença persistente/maligna e risco de complicações potencialmente graves, o diagnóstico precoce se faz necessário”.</p>
2-10	<p>“Dados do NCI (<i>National Cancer Institute</i>) divulgados em 2007 mostraram que a probabilidade de uma mulher desenvolver câncer de colo do útero do nascimento aos 39 anos era de 0,16% e dos 40 aos 59 anos de 0,29%”. “Conclui-se que não houve evolução da lesão de alto grau do colo do útero para carcinoma invasor no decorrer do tempo entre o diagnóstico da mesma e seu tratamento cirúrgico, sendo igualmente seguro operar a paciente em qualquer período do primeiro ao sétimo mês pós-diagnóstico”.</p>