

Os editoriais das revistas científicas das entidades médicas – febrasgo e abem - uma análise feminista

Silvana Maria Pereira^(*)
Joana Maria Pedro^(**)

Resumo

Este artigo analisa os editoriais da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e da Revista Brasileira de Educação Médica. Busca conhecer como expressam suas concepções sobre as mulheres e se há apropriações das discussões do campo feminista. É uma pesquisa histórica, em fontes documentais, numa perspectiva feminista e interdisciplinar.

Palavras-chave: Medicina. Feminismo. Gênero e Saúde. Saúde das Mulheres.

The editorials of scientific magazines of medical entities - febrasgo and abem - a feminist analysis

Abstract

This article analyses the editorials of the Brazilian Journal of Gynaecology and Obstetrics and the Brazilian Journal of Medical Education, in order to know how they express ideas about women and whether they appropriate concepts from Feminist discourse. It is a historical study that uses document sources from a feminist and interdisciplinary perspective.

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

Há muito tempo a história das mulheres, a abordagem de gênero e as reflexões oriundas do feminismo tem questionado sobre o processo de formação profissional de uma especialidade médica, a Ginecologia e a Obstetrícia - GO, cujo campo de ação relaciona-se diretamente com a saúde as mulheres e seus corpos. A partir de nosso lugar de estudos: a enfermagem e a história, pretendemos fazer uma reflexão sobre os corpos das mulheres, alvos do estudo e da ação da medicina.

^(*) Doutora em Ciências Humanas pelo Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas – PPGICH – área de concentração Estudos de Gênero, da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Brasil. Possui título de Estudos Avançados em Direitos Humanos pela Universidade Pablo de Olavide, Sevilha, Espanha(2006). E-mail: sil.pereira@gmail.com.

^(**) Professora titular da Universidade Federal de Santa Catarina. É professora do Programa de pós-Graduação em História e do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da UFSC. É também pesquisadora do IEG – Instituto de Estudos de Gênero. www.ieg.ufsc.br. E-mail: joana.maria.pedro@ufsc.br.

O que nos propomos discutir é a maneira como os textos médicos expressam uma concepção de corpo das mulheres, como as percebem e se existe alguma apropriação dos estudos feministas contemporâneos nas publicações médicas.

Diante da abrangência de tais questões, este artigo aborda a trajetória de parcela do pensamento científico da Medicina que se inter-relacionam com este tema – a Ginecologia e Obstetrícia e a Educação Médica. Para tal, selecionamos duas revistas que expressam a produção científica nas áreas escolhidas - a Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – RBGO e a Revista Brasileira de Educação Médica – RBEM.

Elegemos como fontes documentais, os editoriais da RBGO e da RBEM, que foram analisados para buscar compreender os significados presentes nesses importantes veículos de comunicação da categoria médica. Essas duas revistas científicas são os 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.

Consideramos importante conhecer como a própria Medicina, representada aqui por essas entidades selecionadas, percebe-se a si própria, como ciência e campo de conhecimento.

Nesse sentido, buscamos conhecer como os textos médicos das revistas selecionadas expressam suas concepções sobre as mulheres e as possíveis apropriações das discussões do campo feminista, sugerindo assim, possibilidades de diálogos teóricos entre as ciências médicas e os estudos feministas.

Para dar conta do problema de pesquisa, utilizamo-nos da pesquisa histórica, em fontes documentais, numa perspectiva feminista e interdisciplinar.

A escolha do tempo presente para esta pesquisa coaduna com o que nos escreve Marieta Ferreira (2000) acerca das discussões e transformações no campo da pesquisa histórica e da relação entre passado e presente. Para essa 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, a autora 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” (FERREIRA, 2000, p. 121).

Fizemos a opção pela análise documental, utilizando argumento de Michel Foucault (2007, p. 7-8) para justificá-la. Escreve o autor que o documento não representa algo inerte

onde 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. 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 três coerções do discurso: a limitação de seus poderes; o domínio sobre sua aparição; e a seleção dos sujeitos que falam (FOUCAULT, 2007, p. 37). Isso será útil para analisar os textos da Medicina e identificar quem são as pessoas “autorizadas” a falar e identificar os deslocamentos de “vastas unidades” ou de manifestações homogêneas para os “fenômenos de ruptura”.

Pretendemos utilizar-nos destas reflexões para buscar, no discurso médico recente da GO e da educação médica, possíveis rupturas e perturbações de continuidade na concepção hegemônica sobre o corpo das mulheres, tema já tão discutido pelos estudos feministas.

A “crítica do documento”, conforme nos propõe Michel Foucault (2007) e Le Goff (1990), dever da historiadora, inicialmente foi 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, 1990, p. 472). Le Goff também refere que o documento “não é inócuo”. E assim, as escolhas da historiadora, por que escolhe uns documentos e não outros se relacionam com sua posição na sociedade, portanto não é neutra.

Uma breve história da ABEM e da FEBRASGO e suas revistas científicas

A ABEM foi criada em 1962, sucedendo a 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, como escolas, faculdades e instituições relacionadas ao ensino médico, como sócios individuais, honorários e beneméritos. E apresenta como sua 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”. E como sua missão “desenvolver a educação médica visando a formação de um profissional capaz de atender às necessidades de saúde da população, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária”¹.

¹ Disponível em: www.abem-educmed.org.br/sobre_abem.php Acesso em: 01 de março de 2017.

Dentre seus associados, constam escolas de Medicina públicas e privadas; instituições médicas; Sociedades de Especialistas; sócios honorários, que são entidades nacionais representativas do campo do ensino, profissional, sindical e estudantil.

A ABEM realiza reuniões anuais, desde 1963, com caráter científico e técnico. Em 2016, realizou seu 54º Congresso Brasileiro de Educação Médica. A entidade mantém publicações, e destacamos a Revista Brasileira de Educação Médica, a qual está indexada em sete bases de dados. Este breve cenário dá conta da importância e representatividade desta entidade.

A FEBRASGO é a entidade representativa da(o)s médica(o)s ginecologistas e obstetras no Brasil. Foi fundada em 1959 e dentre suas finalidades, destacamos: a promoção do aperfeiçoamento técnico-científico e dos aspectos éticos do exercício profissional; a outorga do título de especialista (TEGO); e a representação oficial junto às autoridades federais².

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 de profissionais de saúde de áreas afins. Está indexada no SciELO³ desde 2001 e 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, e a partir de 2005 foram publicados doze números anuais. Outra publicação, a Femina, é uma revista destinada a publicação de revisões. Além das duas revistas, a FEBRASGO possui diversos manuais sobre temas específicos da especialidade.

A pesquisadora Patrícia de Freitas (2005) analisou as publicações da Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia, entre 1907 a 1978, que pode ser considerada precursora da RBGO. Segundo a autora (FREITAS, 2005, p. 88),

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.

A entidade organiza três tipos de eventos científicos - Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia; Congressos regionais; e Congressos Internacionais, com patrocínio de entidades internacionais.

A escolha da RBGO, como uma das fontes de pesquisa para este artigo, deveu-se a dois motivos. O primeiro deles, pelo fato de ser a publicação oficial que divulga os trabalhos

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

³ A Scientific Electronic Library Online - SciELO é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros.

científicos resultantes de pesquisa⁴ da sociedade científica que representa a especialidade nos assuntos pertinentes aos consensos científicos da profissão. O segundo motivo é 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 Neonatal⁵, dentre outras instâncias importantes.

Os editoriais como expressão dos discursos médicos

Conforme nos apresenta 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”⁶. Vários autores já se utilizaram de editoriais em suas pesquisas, um deles, Luiz Rosalvo Costa (2010, p. 821) fez uma 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 Duarte⁷, o editorial representa um gênero textual que expressa a opinião de um jornal ou revista, e por isso, tem uma finalidade “persuasiva”. Aborda temas polêmicos relacionados à atualidade. Como se trata de uma opinião coletiva, não é assinado⁸.

A decisão pela opção metodológica em utilizar os editoriais publicados nas duas revistas selecionadas, como fontes documentais, está diretamente relacionada ao significado do editorial apresentado acima, ou seja, utilizá-los para conhecer as trajetórias dos discursos presentes nestes importantes veículos de comunicação da categoria médica, compreendendo-os como espaço de poder. Portanto, assumimos que nosso objetivo é conhecer o “intuito discursivo” da FEBRASGO e da ABEM.

O período para seleção destas fontes é decorrente de sua disponibilização *on-line*, pela facilidade de acesso.

⁴ 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.

⁵ Consultar página eletrônica do Ministério da Saúde - <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>

⁶ Em suma, conforme sua etimologia é um artigo que apresenta as opiniões dos editores. Dicionário eletrônico. HOUAISS eletrônico. Versão monusuário 3.0. Editora Objetiva. 2009.

⁷ Disponível em: <http://www.portugues.com.br/redacao/o-editorial-uma-modalidade-que-circunda-no-cotidiano-jornalistico-.html> Acesso em 23 ago de 2012.

⁸ Observamos esta característica inicialmente, até 2004, quando os editoriais da RBGO não eram assinados, ou eram assinados pela diretoria da FEBRASGO

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 nominalmente, mas apresentavam a expressão 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 disponível eletronicamente, em 2000, seus editoriais são assinados. Em relação à escolha de autores para os editoriais, a RBEM explicita no site da revista, a sua política para a RBEM: “o editorial é de responsabilidade do Editor da Revista, podendo ser redigido a convite”.

Os editoriais da RBGO – 1998 a 2012

Durante alguns anos, os editoriais contemplaram temas relacionados às questões político-profissionais. Com o decorrer do tempo e visando adequar o perfil da Revista às normas para reconhecimento científico, o conteúdo destes editoriais foi mudando. A responsabilidade pela definição das linhas editoriais de suas revistas, incluindo a RBGO, é de responsabilidade da diretoria científica da FEBRASGO, conforme inciso II do artigo 23 do seu estatuto social e dos incisos I, II e III do artigo 79 do seu regimento interno. Outra responsabilidade é a indicação do Conselho Editorial de cada publicação. Portanto, há uma definição política que vincula as linhas editoriais à direção da entidade.

Com a indexação da revista⁹, a partir do final de 2001, inicia-se um processo de mudança no caráter dos editoriais, com a introdução de temas de saúde que tem relevância no quadro epidemiológico e diz respeito à situação de morbi-mortalidade das mulheres no Brasil. Ainda se mesclam editoriais sobre temas de saúde com opiniões acerca da profissão, sendo que esse processo de transição 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: 1998 a 2004; e 2005 a 2012.

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%).

⁹ A saber : *Isi - Web of Science - Web of Knowledge (Emerging)* ; *Scopus - Sci Verse* ; *SciELO - Scientific Electronic Library on-line* ; *Lilacs - Literatura Latina-Americana em Ciências da Saúde*; *SCImago - SCImago Journal & Country Rank*. Disponível em: <http://www.scielo.br/revistas/rbgo/paboutj.htm#2> – acesso em 22 abr. 2017.

Categorias que se destacam nos editoriais da RBGO: da visão de mulher ao papel do médico¹⁰

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 da área de saúde e da FEBRASGO como expressão da autoridade em Ginecologia e Obstetrícia. Conforme escreve Pierre Bourdieu (1983, p.122-123), a constituição do campo científico constitui um espaço de luta pelo poder acerca 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”.

Nesse sentido, elencamos quatro categorias organizadas a partir dos temas que apareceram nos textos analisados:

1- Visão da Medicina como profissão: preconizam que a determinação de condutas é função da AMB (Associação Médica Brasileira) e sociedades especialistas, e que cabe à FEBRASGO “recomendar a melhor maneira de atender a mulher brasileira” (nº 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, fazer a ponte entre a mulher e demais áreas da Medicina (nº9/2002). 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 o mais relevante que “qualquer outro em qualquer ponto do Universo”, por conta da dedicação, atualização e pelo fato de lidar com a vida (nº1/2003). “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). A concepção expressa reiteradamente da profissão médica é: “misto de carreira técnica, arte e atividade científica”. Medicina, “mescla de ciência e arte” (nº10/2004). “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, por que “só eles são aptos, tecnicamente capacitados e legalmente habilitados” para atuarem (nº3/2004). Questiona os desníveis salariais de médicos e professores-médicos com outras carreiras de Estado, que não

¹⁰ Utilizamos o substantivo masculino, repetindo a forma gramatical utilizada nas publicações analisadas, para mostrar a forma de escrita dominante.

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).

2- Papel da FEBRASGO e relação político-profissional: a entidade congrega a “elite” da GO (nº 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 para colocar “cabresto” no ato médico, considera “cerceamento” da prática profissional (nº 5/2001). Defende o TEGO (a prova para obtenção do título de especialista) como valor científico “incontestável” e também valor social (nº2/2003). 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 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” (nº 9/2004).

3 - Formação médica: Preocupação com a qualidade da formação na graduação e residência médica no âmbito do MERCOSUL (nº 3/1999). Apóia a pesquisa e qualificação dos especialistas, através dos cursos de pós-graduação, para fortalecer o “verdadeiro” conhecimento médico (nº1/2001). Quanto à residência médica, refere que 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” (nº 8/2001).

4- Saúde da Mulher, direitos e política assistencial: A entidade assume o indicador de mortalidade como responsabilidade da política assistencial: “Os elevados índices de mortalidade materna que ainda entristecem nossa sociedade e maculam nossa atuação” (nº 2/2000). Divulga a realização do Congresso Mundial para estudo da hipertensão na gravidez, a maior causa de morte materna no país, em 2004, no Brasil. Estimula este período para realização de estudos e pesquisas. Assumem 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”) (nº7/2002). 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 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”. Percebe “o despertar de nova sociedade com igualdade e direitos e deveres para todos” (nº8/2003). 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 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 acólita¹¹” 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 semelhantes¹² para todos” (nº 4/2004).

A “Medicina da Mulher” que se expressa nos editoriais da RBGO – análise das categorias

Os temas que aparecem nos editoriais do período entre 2005 a 2012, coadunam com o que evidencia o painel de indicadores de saúde do SUS (BRASIL, 2006) para o período. Num país onde 97% dos partos são hospitalares, as taxas de mortalidade materna mantêm-se muito altas e apresentam também variações regionais e por raça/cor. Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p.347), em 20 anos (1990-2010) houve uma redução significativa da razão de mortalidade materna (RMM), em quase pela metade. Mas os índices ainda são altos (de 141 óbitos para 68 óbitos por 100.000 nascidos vivos). Dentre as principais causas diretas estão a hipertensão e a hemorragia, seguido de infecção puerperal e aborto (BRASIL, 2012, p. 351). O documento ainda ressalta que a maior parte desses óbitos é de mulheres de cor-raça negra (Brasil, 2012, p. 354) e que “a OMS considera o aborto inseguro uma das causas de mortalidade materna mais facilmente evitáveis (Brasil, 2012, p. 356). Já destacamos anteriormente, o fato de que, em alguns editoriais a diretoria chama a responsabilidade da categoria médica acerca desta questão, pois estas mortes podem ser preveníveis com a qualificação da assistência de

¹¹ Conforme Houaiss, o termo em seu uso pejorativo significa “o que acompanha ou auxilia alguém; ajudante, assistente”.

¹² 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.”.

planejamento reprodutivo, pré-natal, no parto e pós-parto; entretanto, não fazem menção ao pós-aborto, realidade vivida por um número significativo de mulheres brasileiras. Dados recentes apresentados (DINIZ, Debora et al, 2017) continuam demonstrando que o aborto é um fenômeno que persiste na vida de mulheres brasileiras de todos os grupos sociais. O comprimido (Misoprostol) continua como método predominante (48%), mas ainda assim um número significativo de mulheres necessitaram ser internadas para finalizar o aborto (48%). Esse dado indicam que essas mulheres vão ser assistidas por profissionais de saúde, em especial ginecologistas e obstetras, nos serviços de saúde do país.

Entre as neoplasias, o Ministério da Saúde ressalta a “alta incidência e a mortalidade elevada” relacionadas ao câncer de mama e o câncer de colo de útero (Brasil, 2013, p 17). Portanto, as ações de detecção precoce são valorizadas. As metas nacionais propõem aumentar a cobertura de mamografia em mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos, assim como ampliar a cobertura do exame citopatológico em mulheres entre 25 e 64 anos (Brasil, 2013, p. 24).

Portanto, estes editoriais respondem à necessidade da Ginecologia e Obstetrícia brasileira comprometerem-se 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). E os temas discutidos pela revista estão entre aqueles que se destacam como problemas de saúde das mulheres brasileiras.

Entretanto, apesar de ter se referido a políticas globais como a iniciativa Maternidade Segura, da Organização Mundial de Saúde - OMS, ou de prêmios nacionais como Galba de Araújo (entregue a maternidades que se destacam com atenção humanizada), em nenhum momento fazem menção das 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 foram iniciativas importantes para propor um modelo assistencial ampliado.

O “Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM): bases de ação programática” fez a crítica de que a atenção à mulher reduz-se quase que exclusivamente ao período de gravidez e de puerpério e com consequências danosas para a vida das mulheres (BRASIL, 1985). Autoras como Ana Maria Costa e Estela Aquino (COSTA et al, 2000) identificaram a criação do PAISM como um marco na história das políticas públicas para as mulheres e destacam que a luta pela sua implementação foi assumida por movimentos de mulheres, tanto no âmbito sindical como do feminismo. Em 2004, o programa transformou-se em Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o qual foi elaborado em parceria

com diversos setores da sociedade, incorporando o enfoque de gênero e a integralidade e promoção da saúde como aspectos importantes. Apesar de a FEBRASGO fazer parte desta parceria (BRASIL, 2004, p. 79), 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 mulheres grávidas. Algumas autoras têm escrito a este respeito. É o caso de Ana Paula Vosne Martins (2004, 2005), 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, em muitas frases dos editoriais observamos essa prerrogativa assumida por médicos ginecologistas e obstetras, de serem os “verdadeiros médicos da mulher”, de ser o “confidente” para apoio e orientação, além de “recomendar a melhor maneira de atender a mulher brasileira”. Ou seja, pressupõe que cabe 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 Freire (2008, p. 160) também apontou o papel histórico dos médicos na consolidação do modelo de maternidade moderna a ser difundido para as mulheres, ou seja, era papel dos médicos prepararem as mulheres para o exercício da maternidade com base na racionalidade científica.

Podemos identificar também, a partir dos títulos dos editoriais, que o que mais aparece fortemente 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.

Georges Canguilhem (2011) escreveu acerca do “normal” e do “patológico”, e indagou sobre o que significa um sintoma ou uma complicação sem contexto ou separados do que eles alteram. Segundo ele, ao analisarmos um sintoma ou uma função alterada de forma isolada, estaremos esquecendo justamente do que pode torná-los patológicos, que é a sua 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” (CANGUILHEM, 2011, p. 51). Por mais que possa se 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” (Op. Cit. p. 167).

Outro aspecto observado diz respeito à autoria destes editoriais, sendo 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 Bourdieu (1983, p. 128) no campo da luta científica, são considerados dominantes aqueles 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”. Nesse sentido, percebe-se a dominação de professores médicos de universidades do sudeste – eixo São Paulo/ Rio de Janeiro na publicação dos editoriais, determinando a linha reflexiva político-profissional da referida especialidade médica.

Após conhecer o pensamento da especialidade, através dos textos das autoridades outorgadas pela FEBRASGO e publicadas no seu principal veículo científico, o próximo passo foi adentrar no campo da educação médica.

Os editoriais da RBEM – as premissas para a educação médica

Foram analisados quarenta e cinco editoriais¹³, publicados no período entre 2000 e 2012. Quanto aos autores destes editoriais, em sua maioria são professores de universidades públicas¹⁴ (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 Brasília¹⁵, Universidade Federal de Roraima¹⁶, Universidade Grande Rio – Duque de Caxias, Faculdade Evangélica do Paraná), além de três editoriais assinados por representante 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%).

¹³ Foram publicados quarenta e seis números da revista, mas o número 3/2000 não publicou editorial e o número 2/2002 não está disponível.

¹⁴ E uma autora é doutoranda em Saúde Pública – USP.

¹⁵ Neste caso, uma autora não médica, no caso antropóloga, que escreve sobre gênero e educação médica.

¹⁶ Neste caso, o autor ocupa o cargo de vice-presidente da ABEM.

Aqui novamente é possível identificar quem são os “dominantes”, segundo Pierre Bourdieu, 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, que é voltada para a educação e formação médica. Somam-se a isso algumas reflexões que consideramos importante e que vamos destacar pontualmente. Dos quarenta e cinco editoriais publicados, quatorze deles (31,1%) fazem referência ao SUS como espaço de aprendizagem¹⁷; quatorze¹⁸ fazem referência às Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina¹⁹; sete tratam da qualificação da revista e da autoria²⁰; oito apresentam os desafios para ABEM²¹; dois abordam o tema da bioética e das comissões de ética em pesquisa²²; dois referem-se à residência médica²³; um aborda o papel do educador e a relação educação/cidadania²⁴; um refere-se à formação médica e trabalho em equipe de saúde²⁵; um trata do tema de que a escola médica não é local para propaganda de medicamentos²⁶. Além disso, há referências a outras políticas importantes como a Declaração de Alma-Ata²⁷, de 1978²⁸; o Código de Nuremberg e a Declaração de Helsinque²⁹ relacionados à pesquisa com seres humanos; o Plano Mundial de Educação em Direitos Humanos³⁰; e outras como a Lei de Diretrizes e Base da Educação Brasileira – LDB, a Estratégia de Saúde da Família – ESF e citação de outros documentos da Organização das Nações Unidas –ONU e da Organização Pan-americana da Saúde – OPAS.

¹⁷ Nº 2 de 2004; nº 3 de 2006; nº 1, 2 e 3 de 2007; nº 2 e 4 de 2008; nº 3, 4 e supl 1 de 2009; nº1 de 2010; nº 1 e 2 de 2011; supl 1 de 2012.

¹⁸ Nº 3 de 2001; nº 1 de 2003; nº 1 de 2005; nº 2 de 2007; nº 1 e 4 de 2008; nº 2, 3 e supl 1 de 2009; nº 1 de 2010; nº 1, 2 e 4 de 2011; supl 1 de 2012.

¹⁹ Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001.

²⁰ Nº 3 de 2002; nº 2 de 2006; nº 1 e 3 de 2008; nº 2 de 2010; nº 4 de 2011; nº 1 de 2012.

²¹ Nº 2 de 2008; nº 1 e 4 de 2010; nº 3 de 2011.

²² Nº 1 de 2000; nº 2 de 2001.

²³ Nº 1 e nº 3 de 2001; nº 1 de 2002; nº 2 de 2003; nº 3 de 2004; nº 3 de 2005; nº2 de 2007; nº 3 de 2010.

²⁴ Nº 2 de 2000.

²⁵ Nº 2 de 2005.

²⁶ Nº 1 de 2004.

²⁷ Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, Cazaquistão, de 06 a 12 de setembro de 1978.

²⁸ Nº 1 de 2008; nº 3 de 2009.

²⁹ Nº 2 de 2001.

³⁰ Nº 4 de 2010.

Fazemos algumas considerações acerca de dois temas que se relacionam diretamente com os objetivos deste artigo – corpo e gênero. Em apenas um dos editoriais aparece a palavra “corpo”³¹, ao abordar a questão das pessoas com deficiência – PCD. 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 corresponde às publicações da Organização da Saúde, em 2006, e do Ministério da Saúde em 2010³².

Quanto à categoria do “gênero”, aparece em apenas dois editoriais³³. O primeiro deles, de 2003, foi escrito por Débora Diniz, professora da Universidade de Brasília, que possui inúmeras publicações no campo dos estudos feministas. É antropóloga, portanto é uma autora não médica. Outro, mais recente, trata da função da Universidade. Ao realizar a análise cultural das universidades e identificar a complexidade das interações que a regem, cita entre elas, “o papel sociocultural do gênero”, sem explicitar o que significa essa categoria para quem assina o editorial. Percebe-se que estas apropriações são muito recentes e ainda não se “popularizaram” no debate acerca da educação médica, quem dirá nas discussões da especialidade da Ginecologia e Obstetrícia.

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

1- O SUS como espaço de aprendizado: Apresenta uma reflexão de que o SUS e a saúde coletiva tem pouco prestígio nos currículos da Medicina (nº 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 reconhece 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!” (nº 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 (nº 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 para “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

³¹ Nº 3 de 2011.

³² Para acessar as distintas publicações sobre direitos e atenção à saúde das pessoas com deficiência: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35667&janela=1

³³ Nº 3 de 2003 e nº 2 de 2011.

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) (nº 4 de 2009). A educação médica no Brasil deve levar em conta as transições demográfica, epidemiológica, alimentar e tecnológica. O centro do cuidado é o trabalho do médico e da equipe de saúde, sendo que a tecnologia não pode estar no centro. Destaca a iniciativa da UNASUS (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. (nº 3 de 2010).

2- Diretrizes Curriculares Nacionais da Medicina e a 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 que são valorizados para ingresso nestes programas. A formação de especialistas deve ser inseparável da qualidade das condições de trabalho e da clínica nas instituições responsáveis (nº 2 de 2007). Outra afirmação diz respeito ao perfil dos profissionais que vem sendo formados: “repete formas inadequadas de relações com os usuários e pouca capacidade de cuidar de pessoas e coletivos” (nº 3 de 2007). Historicamente associa a prática médica a práticas solidárias, mas que com a mudança no mercado, adquire uma característica liberal, marcada pelo profissionalismo e 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 deve se refletir em um “comportamento eticamente engajado”. Destacamos a frase que aponta como desafio da Medicina “**voltar a descobrir a complexidade, a delicadeza e a sensibilidade do mundo**” (grifo nosso para destacar que esta mesma frase fora citada anteriormente no editorial nº 3 de 2006) (nº 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” (nº 1 de 2008). Além das questões pedagógicas, para haver mudanças na formação médica e desenvolver as competências para atender as 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” (nº 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 às dimensões ética e 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” (nº 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 para o tema da Educação Médica (nº 2 de 2006). Trata o tema do conflito de interesses para além do financiamento de pesquisas ou participação em congressos de acordo com interesses de patrocinadores. Cita publicação da Revista *Nature* para identificar condutas de cientistas que podem comprometer a ciência, como a falsificação de resultados, o uso de idéias de outro sem autorização, o uso de informações confidenciais sem autorização. Nesse sentido, a identificação de situações de conflito de interesses e seu controle são fundamentais para credibilidade da produção científica (nº 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. Nesse sentido, problematiza o conceito de autoria, citando o *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), que define alguns critérios, que se não forem cumpridos, caracterizam fraude acadêmica. Faz crítica à 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 para a publicação científica (nº 2 de 2010). Para a qualificação da revista é necessário ampliar o número de pesquisas sobre a formação médica e traz “implícita a necessidade de os médicos se familiarizarem com métodos de pesquisa das ciências humanas e sociais”. (nº 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 atentar com esta questão também nas escolas médicas (nº 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. A escola dever ser orientada para o ser humano, formando “um profissional qualificado e crítico do ponto de vista técnico-científico, humano e ético, atuante e comprometido socialmente com a luta pela saúde do seu povo”. Para pensar essas mudanças, há necessidade de “um alargamento teórico-conceitual”, que reconhece 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!” (nº 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 compreende 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” (nº 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 uma disciplina à parte, mas integrar as especificidades de acordo com tema abordado. As PCD devem ser percebidas como parte da “diversidade humana”. A ABEM deve ter uma posição de vanguarda, aliando-se com entidades sociais para promover a defesa das PCD e defesa dos direitos humanos e, assim exercer sua liderança política (nº 3 de 2011).

A educação médica sob um olhar crítico – os editoriais da RBEM - análise das categorias

Os discursos expressos nos editoriais assumem uma reflexão crítica acerca da formação médica, sem melindres para assumir fragilidades e propor novos modelos. De acordo com Laura Feuerwerker (1998), 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 docente-assistencial e a forma como foram introduzidas disciplinas como a Sociologia no currículo médico. Segundo ela, não se

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

Nesse sentido, consideramos fundamental 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. Percebemos que o discurso destes editoriais é consonante com este pensamento que assume o compromisso ético-político com a saúde brasileira e com o SUS.

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 democracia. Portanto, 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 nº 4 de 2010) deve ser valorizado.

Joaquín Herrera Flores (2005) 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. Se assim é compreendido, 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 percebemos também a construção do conceito de saúde em diversas épocas e contextos históricos.

Defender o direito à saúde, defender os Direitos Humanos e os Direitos Sexuais e Reprodutivos, em especial das mulheres, significa construí-los a partir das distintas realidades, desses “espaços de luta”. Como construir estes espaços de luta? Joaquín Herrera Flores fundamentalmente propõe 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 uma atividade compartilhada e criadora, “a dignidade do político não reside na gestão,

senão na criação de condições para o desenvolvimento das potencialidades humanas” (FLORES, 2000, p. 29). Utilizar o referencial da teoria crítica dos Direitos Humanos reforça a ousadia de adentrar no privado para avançar na equidade e igualdade e adotar a perspectiva de gênero.

A perspectiva de gênero vem sendo apropriada pelo discurso médico – como e quando?

Em alguns documentos oficiais³⁴, percebemos um avanço na apropriação da análise de gênero nos indicadores sociais, econômicos e sanitários no Brasil, por parte dos organismos públicos responsáveis. Houve um avanço significativo de 1985 para 2007, com a incorporação da concepção de gênero para analisar políticas públicas de saúde e indicadores sociais. Assim como, há uma desconstrução da “mulher” universal como foco da política de saúde para reconhecer as múltiplas “mulheres” e suas necessidades específicas.

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

Ana Paula Vosne Martins (2005, p. 664) revelou que a Ginecologia e a Obstetrícia teve uma escritura masculina, conformando uma visão hegemônica da ciência médica, na qual as próprias mulheres não puderam “auto-representar-se”, necessitando que os homens da ciência a estudassem e definissem qual era a verdade sobre elas. Esta escritura masculina continua presente, de certa forma, nestes editoriais, 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 mulher (Op. Cit., p. 662). A partir do século XIX legitimou-se o papel do médico como protetor da mulher, que além de conhecer seu corpo, conhecia sua alma. Isto também apareceu na concepção do “tocoginecologista, o verdadeiro

³⁴ 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.

médico da mulher” e no médico como “confidente” da mulher, pois “é frequente a demanda de apoio, de orientação para as intempéries do espírito”³⁵.

Num dos editoriais (nº 3/2002) há citação à Declaração de Barcelona³⁶, 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. Os temas como pobreza, educação, poder, violência sexual e violência de gênero, saúde, igualdade e equidade entre de gênero, entre outros, estiveram na pauta internacional e não são citados, isto para se referir às 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 a mulher” (nº 5/2001) é questionável, já que não consideravam 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, resalto 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 elite 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 constituíram-se enquanto campo de saber como um “estado de dominação” na concepção foucaultiana, onde as decisões acerca dos processos eram restritas aos médicos e não havia espaço de liberdade para as mulheres decidirem acerca de seus corpos e de fatos da 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 (2006) tem uma contribuição fundamental para compreensão e análise da constituição do sistema médico, seus saberes e relações de poder instituídas no campo da saúde. O autor apresentou 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 se referir que agora os médicos não são mais “donos dos

³⁵ Editorial nº 9, de 2002.

³⁶ “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.

pacientes” e que a abertura da Medicina para o respeito aos direitos dos pacientes ocorreu por conta de que estes agora “são mais vigiados”³⁷.

As críticas à Medicina e sua institucionalização não se restringem ao seu mercantilismo, mas ao seu saber frágil e o poder sem limites que exerce sobre a vida e os corpos dos seres humanos. Destacamos também o que Foucault escreveu acerca do que ele denominou “estado de dominação” (Op. Cit., p. 266), caracterizado por relações de poder cristalizadas e que podem ser exercidas em distintos espaços da vida privada ou pública. Essas relações de poder são evidenciadas no discurso médico, quando assumem que são eles que determinam o que é melhor para a saúde das mulheres.

Se pensarmos que a Medicina, enquanto ciência instituída e como nos sugere Pierre Bourdieu (1983, p. 122-123), 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)”. Este campo científico, representado aqui pelas revistas científicas, (que inclusive são classificadas hierarquicamente), sugere a identificação que Bourdieu faz, que a própria circulação da informação científica inclui orientações políticas e econômicas, 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 encontram inseridas.

Considerações finais

Como constatamos neste estudo, a Medicina vive um movimento dúbio. Majoritariamente, prevalece uma concepção de “mulher” com um caráter essencializado e universal, descontextualizada e com foco prevalente no corpo biológico. Os “tocoginecologistas” que se intitulavam como “o verdadeiro médico da mulher” perde força diante de um discurso que propõe uma formação “humanística” para a educação médica, baseada na ética dos direitos humanos, no reconhecimento da diferença das pessoas com deficiência e que assume a educação médica também como uma “questão de gênero”.

“A intenção é grande, mas o gesto ainda é pequeno”. A compreensão da magnitude e complexidade das questões de saúde sexual e reprodutiva para além de aspectos técnicos é essencial. A ampliação dessa visão traz no seu cerne algumas bases feministas, ao reconhecer

³⁷ Editorial RBGO nº 8 de 2001.

a necessidade de vislumbrar a interação de aspectos políticos, econômicos, culturais e sociais que permeiam o tema da saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

Construir argumentos para potencializar um diálogo interdisciplinar entre os estudos feministas e as ciências médicas é importante, não para criar uma ciência especial, mas encorajar, promover, incentivar, instigar a apropriação de uma consciência crítica de gênero na formação de jovens médicas ginecologistas e obstetras é um desafio. As histórias de vida, os desejos, os medos, as emoções e os sentimentos devem ser considerados, e não somente como estatísticas para fazer prognósticos.

Essas questões são importantes, mas não são únicas, nem podem ser analisadas isoladamente. 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, assim como 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 pelas relações de gênero da nossa sociedade. Logo, 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 essa complexidade?

Os movimentos e os estudos feministas tem 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.

Enfim, a possibilidade da medicina apropriar-se dos estudos feministas, certamente não ocorrerá por “livre e espontânea vontade”, pelo desenvolvimento da ciência, da tecnologia, de novas conquistas e de novos conhecimentos. A possibilidade desse sucesso depende da inter-relação de múltiplos fatores, como uma ação combinada entre uma ampla divulgação dos estudos e pesquisas feministas, articulada com ações políticas dos movimentos feministas que assumam e façam valer suas pautas para a saúde. Essas relações de poder, em distintos contextos, podem possibilitar que se pautem essas questões no cotidiano das universidades e na formação de novas médicas e médicos, aberta(o)s ao diálogo interdisciplinar interinstitucional,

onde as vozes das mulheres sejam ouvidas, não apenas para relatar seus “sintomas”, mas para expressar seus desejos, mesmo que cercados de dúvidas e medos.

As relações de cada pessoa, de cada mulher com seu próprio corpo e interagindo com o saber médico é transpassada por relações de poder. Podemos citar como exemplos, algumas questões relativas à saúde reprodutiva, como as práticas contraceptivas, a disseminação de hospitais que realizam o aborto legal, os protocolos para situações de violência doméstica e sexual, a realização de episiotomia de forma eletiva e não rotineira, o direito à acompanhante no parto, e mais recentemente o direito de escolha do local onde as mulheres vão ter seus partos.

Pelo impacto que o exercício da medicina exerce nos corpos e na vida das mulheres, é de fundamental importância que os estudos feministas tornem-se cada vez mais “visíveis” e busquem uma interlocução interdisciplinar com parcelas contra-hegemônicas do campo dos estudos médicos.

As decisões médicas que podem ser 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 Carmen Tornquist já apontou, é necessário que as mulheres assumam essa agência.

A possibilidade da Medicina se tornar um “sucesso para o feminismo”, como nos afirmou Londa Schiebinger tem a ver com a perspectiva de, ao invés de impor ou determinar condutas, oferecer possibilidades. A decisão cabe às mulheres. Afinal, nosso CORPO NOS PERTENCE!

Referências

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.

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.

_____. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e vigilância da saúde da mulher*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 444 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Controle dos cânceres do colo de útero e da mama*. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. 207 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, Luiz Rosalvo. Dialogismo e responsividade no discurso da SBPC: análise de editoriais da revista *Ciência Hoje*. *Estudos Linguísticos*, São Paulo, 39 (3): p. 818-831, mai.-ago. 2010.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, fev. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200653&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 abr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>.

FERREIRA, Marieta de Moraes. História do tempo presente: desafios. *Cultura Vozes*, Petrópolis, v. 94, n. 3, p. 111-124, maio/jun. 2000.

FEUERWERKER, Laura. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 2, n. 3, p.51-71, 1998.

FOUCAULT, Michel. *Ética, sexualidade, política*. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. 321 p.

_____. 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. 236 p.

FREIRE, Maria Martha de Luna. “Ser mãe é uma ciência’: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. *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)*. Florianópolis, SC, 2005. xi, 395 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em História. Disponível em : <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PHST0241.pdf>>. Acesso em : 30 setembro de 2013.

FLORES, Joaquín Herrera. *El vuelo de Anteo – derechos humanos y crítica de la razón liberal*. Bilbao: Desclée de Broker, 2000. 307 p.

_____. *Los derechos humanos como productos culturales – crítica del humanismo abstracto*. Catarata: Madri, 2005. 296 p.

HOUAISS. *Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa (Versão 1.0.10) [CD-ROM]* Rio de Janeiro: Objetiva. 2006. 307 p.

IBGE. *Síntese de indicadores sociais – uma análise das condições de vida da população brasileira – 2009*. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. 252 p.

LE GOFF, Jaques. Documento/Monumento. In: LE GOFF, Jaques. *História e memória*. Campinas: Editora da UNICAMP, 1990, p. 462-475.

MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 288 p.

_____. “A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX”. *Rev. Estud. Fem.*, v. 13, n. 3, p. 645-665, set./dez. 2005.

Texto recebido em: 27/04/2017. Texto aprovado em 10/05/2017.