

# Perspectivas para a educação médica e a saúde das mulheres: revisão sistemática

*Perspectives for medical education and women's health: systematic review*



Revista Brasileira de Bioética

## Francisco José Passos Soares

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil  
francisco\_passos01@hotmail.com

## Patricia Soares de Lima

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil  
pslima02@gmail.com

## Viviane Maria Cavalcante Tavares

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil  
vivianemct97@gmail.com

## Mariana Cunha Melo

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil  
mari\_cmelo@hotmail.com

## Aline Wanderley Barros

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil  
wb\_aline@hotmail.com

**Resumo:** O artigo aborda a necessidade da reformulação do currículo médico, nacional, para a inclusão do gênero, como perspectiva estratégica para o enfrentamento à violência simbólica, predominante nas relações institucionais, entre discentes, docentes, e os efeitos sobre a saúde das mulheres. Os autores apresentam o problema, contextualizando historicamente a conquista de direitos políticos e os marcos legais relacionados, a ascensão numérica da presença feminina nos cursos médicos, e as dificuldades e os desafios para o enfrentamento à desigualdade ainda vivenciada pelas mulheres nos campos da pesquisa, e das especialidades. Os autores apoiam-se na teoria feminista, crítica, pós-estruturalista, para propor um novo currículo médico, desvelado e distanciado do patriarcalismo, e orientado pela democracia, tendo como suporte ético-teórico-epistemológico, a bioética, em especial a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO. Com essa perspectiva pretende-se interferir na humanização do trabalho em saúde, para além dos muros da universidade.

**Palavras-chave:** gênero, feminismo, violência contra a mulher, educação médica, história da medicina, bioética.

**Abstract:** The article discusses the need to reformulate the national medical curriculum for the inclusion of gender as a strategic perspective for confronting symbolic violence, predominant in institutional relations among students, teachers, and the effects on women's health. The authors present the problem, historically contextualizing the conquest of political rights and related legal landmarks, the numerical rise of female presence in medical courses, and the difficulties and challenges still faced by women in the field of research, and of specialties. The authors rely on the feminist, critical, poststructuralist theory to propose a new medical curriculum, unveiling and distanced from patriarchalism, oriented towards democracy, having as ethical-theoretical-epistemological support, the bioethics, in particular the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights of UNESCO. With this perspective, it is intended to interfere in the humanization of health work, beyond the walls of the university.

**Keywords:** gender, feminism, violence against women, medical education, history of medicine, bioethics.

## Introdução

**A** violência se apresenta em diferentes formas em nossa vida individual, e nas comunidades, inclusive onde menos se espera, nos ambientes educacionais de nível superior, nos quais geralmente se manifesta em formas sutis, denominadas simbólicas.

Define-se como violência simbólica aquela invisível às suas vítimas, que se impõe através das vias do conhecimento, reconhecimento, desconhecimento e do sentimento (Bourdieu, 1999). Como exemplo fidedigno, pode-se citar a violência de gênero. Esta se estrutura na relação de dominador e dominado, na qual o homem é o dominador e, através de práticas culturais, exerce seu poder sobre a mulher, que por sua vez assume o papel de dominada. As masculinidades são múltiplas, todavia as masculinidades subordinadas sustentam a masculinidade hegemônica, que é a que molda os padrões culturais que exercem a dominação sobre as mulheres (Connell e Messerschmidt, 2013).

Para a saúde humana, ao longo da história, o homem foi considerado a referência universal, em algumas culturas, a ser seguida (Bourdieu, 1999). Assim, a biologia feminina foi menosprezada. A noção dos dois sexos surgiu apenas no século XVIII, no ocidente, por meio da definição linguística e caracterização das diferenças exclusivas do homem e da mulher, sendo esta traçada como vulnerável, frágil (Aquino, 2006) (Laqueur, 2001).

Em torno da diferença entre o corpo masculino e o feminino, foi construído todo um arcabouço social, principalmente na divisão do trabalho. A vagina era vista como maléfica, vazia e inversa ao falo, e este como objeto de glória (Bourdieu, 1999). Portanto, desde as civilizações mais antigas como a dos berberes da Cabília, os papéis sociais que se perpetuam até hoje foram construídos a partir da noção do sexo biológico e as simbologias estruturadas por meio desse pressuposto (Bourdieu, 1999).

Só tardiamente, na década de 80 do século vinte, o termo sexo tornou-se obsoleto, ganhando uma conotação mais ligada ao comportamento sexual humano (Haing, 2004). O termo gênero é assumido para superar o determinismo biológico da diferença sexual, favorecendo a reflexão sobre a estrutura social do feminino e do masculino (Heilbons, 1999; Escavone, 2008).

Ao analisar os homens em nossa sociedade, torna-se óbvio que há distintas “masculinidades”. Entretanto, aquelas subordinadas consolidam a masculinidade hegemônica, exercida por uma minoria que oprime homens e mulheres. O padrão de homem para a masculinidade hegemônica muda conforme as transformações da sociedade,

e é a partir desta possibilidade de mudança que resiste ainda a esperança de uma forma de ser homem mais humana para alcançar a democracia de gênero (Connell e Messerschmidt, 2013).

No entanto, a mulher também é “ensinada” a ser dominada. Ela aprende seu papel de inferioridade a partir dos padrões de feminilidade, de ser-sensível e ser-frágil, e, que por isso, necessita ser guiada por alguém mais forte (Connell e Messerschmidt, 2013). Aos dominados são aplicadas categorias construídas do ponto de vista do dominador, fazendo assim parecer naturais as relações de dominação (Bourdieu, 1999).

Portanto, para manter essa relação de dominação, o homem necessita reafirmar constantemente diversas formas de violência. Isto ocorre porque este processo de dominação é histórico e necessita de um esforço considerável e do policiamento das masculinidades subordinadas para ser mantido (Connell e Messerschmidt, 2013). Esta relação de dominação não se restringe a um simples modo de agir que está na mente de todos, mas sim a estruturas que estão firmemente modeladas nas coisas e nos corpos (Bourdieu, 1999).

No campo profissional as mulheres, muitas das vezes, adotam traços da masculinidade hegemônica usando o capital simbólico como meio de melhor se posicionar no campo da atividade laboral (Bourdieu, 1999) (Connell e Messerschmidt, 2013) (Sarti, 2004).

Na universidade, as mulheres estão conquistando espaços em todas as áreas do conhecimento, não apenas no ensino, mas também em posições de gestão e administrativas. No Ensino Superior as matrículas, majoritariamente, demonstram a presença feminina entre 2001 e 2010 (Scheffer, 2015). Isto constitui um elemento estruturante da evolução da profissão, com perspectiva de instituir consequências favoráveis às práticas médicas, à qualidade da assistência e à organização dos serviços de saúde (Scheffer, 2015).

Nesse contexto, as mulheres têm protagonizado, no cenário acadêmico, a conquista e a construção de espaços e papéis historicamente determinados pelo masculino. Todavia, ainda há a necessidade de superar a reprodução de hierarquias de gênero nesse cenário (Aquino, 2006) (Ovseiko, 2016).

Mesmo com o aumento do ingresso das mulheres nas faculdades de medicina, ainda são muito presentes atos e discursos patriarcais. Alunas e professoras são vítimas cotidianamente de violência simbólica, naturalizada, pouco percebida ou criticada, muitas vezes reproduzida, imposta pelos valores da masculinidade hegemônica. Às pacientes, o elo mais frágil e vulnerado dessa cadeia de imposições hierárquicas

e simbólicas, resta o sofrimento agregado ao paternalismo profissional, exercido por homens e mulheres, que lhes destitui de decisões sobre seu próprio corpo, apesar desse cenário ter se alterado decorrente dos crescentes debates bioéticos acerca do princípio do respeito à autonomia.

Em decorrência do reconhecimento da fragilidade da garantia dos direitos das mulheres, inclusive no acesso à educação em todos os níveis, e no acesso à saúde, a Câmara de Educação do Ministério da Educação (MEC) sugere, nas Diretrizes Curriculares para o Curso de Medicina, publicadas em 2014, que estudos que contribuam para a equidade de gênero sejam obrigatórios, de modo transversal, nas matrizes curriculares (Brasil, 2014). Todavia, entende-se que as assimetrias se estendem às mulheres em geral, inclusive na universidade, onde, embora seja a maioria discente, ainda são pouco representadas e valorizadas nas instâncias políticas universitárias e na pesquisa, mantendo-se, em geral, em papéis naturalizados como femininos, nas próprias salas de aulas. Mais grave, e pouco refletido e considerado na formação médica, são os efeitos de currículos orientados pelo patriarcalismo sobre a saúde das mulheres.

## Metodologia

Este estudo resulta das reflexões de um grupo de estudos sobre gênero na educação médica, com protagonismo discente. O grupo foi criado para atender às orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Medicina (Brasil, 2014), introduzindo a reflexão sobre distintos aspectos relacionados a gênero na formação médica, com ênfase nos direitos da mulher. O estudo seguiu os estágios preconizados para uma revisão sistemática da literatura sobre gênero e educação médica.

Na fase de planejamento foi identificada a necessidade da revisão da literatura sobre a importância do tema no momento para a educação médica. A área de pesquisa foi considerada madura, com estudos publicados com qualidade suficiente para induzir novas reflexões.

As questões de pesquisa definidas foram: quais aspectos históricos, ético-legais e políticos norteiam a discussão atual sobre gênero e educação médica? As DCN para o curso de medicina orientam novas concepções curriculares com inclusão dos aspectos relativos a gênero? A exclusão do gênero na formação médica pode ser caracterizada como violência simbólica?



Essas questões foram usadas para definir as palavras-chave orientadoras da busca dos artigos nas bases bibliográficas. As palavras-chave utilizadas foram: gênero, feminismo, violência contra a mulher, educação médica, história da medicina, bioética.

Foi criado então o protocolo da pesquisa, o qual incluiu as palavras-chave e os critérios de inclusão (artigos, teses, e livros publicados nos últimos cinco anos, fontes confiáveis como sites de entidades internacionais reconhecidas, ex., OMS) e exclusão (artigos de opinião, cartas ao editor, artigos da mídia).

Na etapa de condução da revisão, a busca, manual e automática, dos estudos primários, foi realizada em distintas plataformas, no período entre janeiro e junho de 2017: Periódicos CAPES, Scholar Google, SciELO, e PUBMED. Inicialmente, foram obtidos 1135 artigos, livros e teses, que após aplicados os filtros dos critérios de inclusão e exclusão, foram considerados para análise para a reflexão pertinente 37 fontes, enumeradas nas referências bibliográficas desse artigo.

A fase de relato, corresponde à apresentação do artigo em voga.

## **Marcos legais relativos aos direitos das mulheres**

As assimetrias são recorrentes ao longo da humanidade, configurando privilégios e direitos a determinados grupos em detrimento de outros. Assim, durante o processo civilizatório, em distintos contextos histórico-sociais, negros, estrangeiros, crianças, mulheres, idosos, grupos étnicos e religiosos, pessoas com orientação afetiva diversa da heteronormatividade, deficientes físicos, entre outros, sofreram ataques recorrentes, ou mesmo permanentes, à sua dignidade.

As mulheres por muito tempo tiveram muitos de seus direitos mais fundamentais negados. Vindo esse cenário a ser alterado em meados do século XX, por meio da luta das mulheres, alterando o cenário político (Fonseca-Silva, 2012). O mundo ocidental, majoritariamente democrático, ainda guarda desequilíbrios importantes entre os papéis sociais masculino e feminino, na família, no trabalho, nos esportes, na política, na religião e na gestão de seus próprios corpos, em decorrência deste atraso no reconhecimento e na garantia dos direitos das mulheres.

Imediatamente após a segunda guerra mundial, as grandes potências perceberam a necessidade de promover um órgão de proteção à espécie humana, resultando na criação da Organização das Nações Unidas (ONU) (ONU, 1945). Este órgão, dentre outras frentes de luta, desempenha, desde sua gênese, um significativo pa-

pel na busca pela garantia dos direitos femininos. Em um cenário no qual se via a discriminação contra as mulheres predominante em todo o mundo, os esforços das Nações Unidas estiveram voltados para a questão da equidade de gênero, iniciando com a assinatura da Carta das Nações Unidas, em 26 de junho de 1945, e a criação da Commission on the Status of Women (CSW) em 1946 (Guarnieri, 2010).

Durante sua elaboração, a CSW teve importante protagonismo feminino e preocupou-se em incluir uma linguagem condizente com seus princípios, como o combate a elementos indicativos da chamada “gender-insensitive language” (Guarnieri, 2010).

Desde então foram realizadas conferências internacionais organizadas pela ONU para discutir os direitos da mulher e suas garantias, com o subtítulo de “Igualdade, Desenvolvimento e Paz” (United Nations Department of Public Informations, 2000). No entanto, as cartas divulgadas pela ONU não obrigam os Estados a cumpri-las, cada país devendo ratificá-las e produzir leis nacionais que garantam o seu cumprimento. A consolidação dessas leis tem exigido lutas intensas em diversos países, inclusive no Brasil.

No século XX, o movimento feminista ganhou força na luta contra a dominação masculina. O feminismo nasce na década de 1960 nos Estados Unidos e se espalha pelos países ocidentais ao longo da década seguinte. A primeira onda foi mais conservadora e teve como protagonista no Brasil a figura da cientista Bertha Lutz, fundadora da Federação Brasileira pelo Progresso Feminino, com atuação hoje reconhecida na inclusão da pauta de gênero na Carta da ONU de 1945 (ONU, 1945). Já na segunda onda, estavam à frente intelectuais, operárias e anarquistas, com um caráter mais de esquerda, questionando a dominação masculina (Alves, 2013).

Uma marca dessa luta foi a conquista de inúmeros marcos legais. Dentre eles, em 1979, a ONU aprova a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (Pimentel, 1979), estabelecendo um padrão mínimo de promoção dos direitos humanos das mulheres e a repressão às suas violações, tanto nas esferas públicas quanto nas privadas, exigindo, portanto, ações estatais para a supressão da discriminação contra a mulher por meio de medidas legais, políticas e programáticas.

No Brasil, em 1985, ocorreu a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), ligado ao Ministério da Justiça e Cidadania, que protagonizou valorosas conquistas na nova Constituição Federal. Isto ocorreu, sobretudo, através da promoção de políticas de combate à discriminação contra a mulher e do asseguramento à igualdade de direitos e deveres entre homens e mulheres, inclusive no estímulo e apoio à produção científica sobre relações de gênero (CNDM, 1985).

Simultaneamente ao processo de redemocratização do Brasil, a luta pelas causas femininas se intensificou. Em resposta a esta intensificação, a constituição republicana de 1988 foi o primeiro e mais importante marco de garantia e proteção aos direitos das mulheres, a exemplo do artigo 5º. Este é o maior símbolo desta conquista, pois postula que todos são iguais perante as leis sem nenhuma forma de distinção, como a de gênero. Ademais, o Artigo 226, em seu 5º parágrafo, postula que os direitos e deveres referentes ao casamento cabem tanto ao homem quanto à mulher (Brasil, 1988).

Além desses, outros artigos também buscam proteger o direito feminino. Como exemplo, pode-se citar o dever do Estado em coibir a violência familiar, a garantia da não discriminação no mercado de trabalho por motivo de sexo ou estado civil, e a licença maternidade (Brasil, 1988).

Antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, surgiu em 1985 em São Paulo a primeira Delegacia de Atendimento Especializado à Mulher (DAEM). As DAEM representaram um marco do reconhecimento como crime da violência contra mulheres, e alertaram para o papel do Estado como responsável pela criação e efetivação de políticas que visem ao combate destes casos (Souza e Cortez, 2014).

Na década de 1990, no Brasil, há um grande foco sobre a violência doméstica, autora de diversas vítimas fatais, exigindo a criação de leis específicas. No entanto, a resposta governamental foi a criação da lei 9.099, de 1995 (Brasil, 1995) que determinava responsabilidade por crimes de pequeno potencial ofensivo aos juizados especiais criminais os quais passaram a julgar os crimes contra a mulher como inúmeros outros casos, sem nenhuma especificidade, resultando na banalização da violência doméstica.

Como quase todos os casos tinham como penalidade o pagamento de cestas básicas, ou ainda a prestação de serviço comunitário, e as vítimas não possuíam uma assistência diferenciada, esta situação induzia ao risco aumentado de retaliação por parte dos cônjuges e ameaça potencial à vida das vítimas que ousavam denunciar seus parceiros (Alves, 2013).

Sob pressão do movimento feminista, em 2003, a lei 10.788 afirma que qualquer ação ou conduta que cause dano físico ou psicológico, público ou privado, às mulheres, se constitui como violência contra a mulher. Outro importante ganho na luta feminina foi a obrigação dos profissionais de saúde em relatar casos de violência, de forma sigilosa - a chamada "notificação compulsória", favorecendo as investigações criminais (Alves, 2013).

Em 2006, com a Lei Maria da Penha, a problemática escondida dentro da unidade doméstica é enfrentada. Os agressores passaram a ser presos em flagrante ou a ter prisão preventiva decretada, deixando de ser apenas punidos com penas pecuniárias (Alves, 2013).



Quanto à garantia da não discriminação no mercado de trabalho, a Constituição de 1988 ressalta, no artigo 7º, inciso XXX, a irregularidade em se instituir diferenças de atividades exercidas, de remuneração, e em existir pré-requisito para admissão em virtude de idade, cor, sexo ou estado civil (Brasil, 1988) (Costa, 2010).

Entretanto, as muitas conquistas alcançadas por meio do movimento feminista ainda não abrangiam as questões étnicas, de modo que o feminismo negro foi fundamental na luta contra as discriminações e violência racista, garantindo visibilidade política sobre as desigualdades sociais (Brasil, 1995).

Esse movimento foi protagonista na luta contra a violência de diversas espécies, salientando-se os aspectos sexuais e reprodutivos, com ênfase à esterilização em massa das mulheres negras. Além disto, buscou-se combater o racismo e o sexismo no cotidiano das trabalhadoras domésticas, assim como o assédio sexual e moral na vida das mulheres negras (Costa, 2010).

## Educação e gênero

A escola, em qualquer nível, em sua essência sempre teve como objetivo separar, organizar e hierarquizar (Louro, 1997). A disparidade no acesso à educação entre homens e mulheres pode ser definida como hiato de gênero. No decorrer do século XX até os tempos atuais essa diferença no acesso à educação entre homens e mulheres tem sido modificada, pois conforme as mudanças na sociedade foram ocorrendo, a escola também acompanhou esse movimento (Beltrão e Alves, 2004). Conferências protagonizadas pela ONU foram importantes nesse processo, como a IV Conferência da Mulher (1995), do Fórum Mundial de Educação (2000) e da Metas do Milênio (2000), que possuíam como ponto em comum a redução desse hiato.

Bernard Charlot, sociólogo francês, debate essa nova conjuntura dentro da educação: o paradoxo, em que as meninas vítimas da discriminação vêm comprovadamente apresentando progressivamente melhores resultados, além de ser maioria dentro do ambiente escolar em todos os níveis. Esse fato induziu um movimento tradicionalista em países anglófonos o qual culpa a luta feminina pelo fracasso dos homens. Galinkin e Bertoni (2014) reforçam o que Charlot afirma, que apesar desse sucesso dentro dos muros escolares ele não acompanha o mercado de trabalho, pois as desigualdades permanecem devido ao controle do poder centrado no masculino.

Outros autores como, Judith Butler, filósofa norte-americana, e Joan Scott, historiadora norte-americana, colocam em pauta a dicotomia entre sexo e gênero. Judi-



th Butler (2015) critica a noção de uma concepção genericamente compartilhada das “mulheres”, na medida em que estas se diferenciam por meio de classe, etnia e sexualidade, universalizando o termo em paralelo ao termo patriarcado, e apagando assim as particularidades da opressão em tempos e lugares distintos. Mas, sua ideia, não seria se desvincular da política de representatividade, e sim formular uma crítica à categorização de identidade e de gênero que as estruturas contemporâneas engendram, naturalizam e imobilizam.

Scott (1995) coloca que segundo alguns historiadores/as o termo gênero é utilizado fazendo referência as mulheres, sem, no entanto, fazer referência a forma pela qual as relações entre os sexos são construídas ou como operam, não permitindo a transformação dos paradigmas construídos historicamente. Em sua definição, gênero seria baseado nas diferenças sexuais perceptíveis e como uma forma de atribuir sentido as relações de poder.

Dessa forma, da Silva (2015) analisa que a perspectiva feminista promove uma reviravolta epistemológica, ao denunciar que o currículo é um artefato de gênero, portanto reflete uma cosmovisão masculina, e por isso deve ser questionado.

No âmbito nacional Louro (2003), doutora em educação, afirma que as relações desiguais entre homens e mulheres não decorrem de características sexuais mas da maneira como essas características são interpretadas, a visão social em determinada sociedade e tempo histórico é que vai promover a construção do que é feminino ou masculino. A partir disso, fundamenta-se a ideia de gênero como forma de direcionar o debate para o campo social, pois é nesse campo que se constroem as desigualdades sexuais, dessa forma. Por fim, traz o conceito de identidade como uma construção social e caracteristicamente mutável, relacionando-se tanto à identidade sexual, quanto de gênero.

## **Educação médica e gênero**

A preocupação inicial com a educação das mulheres é antiga, entretanto, voltada à formação doméstica, de cuidadoras de casa, filhos e marido, sem impulso a estudos mais avançados. O direito ao ensino universitário passa a ser visado após o advento da Revolução Industrial quando as mulheres começam a trabalhar nas fábricas e a emancipar-se.

As mulheres das classes sociais mais abastadas tinham acesso às informações dos grandes centros da Europa e Estados Unidos. Desta forma, começaram a almejar

novas posições na sociedade, antes impossíveis para o sexo feminino. No século XIX, os papéis femininos começaram a sofrer uma revolução (Moraes, 2012) (Rago, 2000).

Maria Augusta Generosa Estrela foi a primeira médica brasileira, formada nos Estados Unidos, em 1881. Foi graças a ela, através de seus debates com os intelectuais da época, que Dom Pedro II realizou a Reforma Leôncio de Carvalho, decreto n.º 7247, permitindo o acesso ao ensino superior às mulheres do Brasil, em 19 de abril de 1879 (Rago, 2000).

De maneira irônica, o conhecimento da medicina daquela época, século XIX, justificava a teoria da diferença natural entre o sexo masculino e feminino, sendo o feminino inferior e desprovido de inteligência. Devido a isto, vários intelectuais, inclusive médicos, defendiam que as mulheres não deveriam estudar, fazendo da academia espaço exclusivo dos homens (Rago, 2000).

No Brasil, a entrada das mulheres no ensino universitário seria permitida a partir de 1879. Uma reforma dos ensinos primário, secundário e superior do Império, estabeleceu a possibilidade de matrícula às mulheres no curso médico. A gaúcha Rita Lobato foi a primeira mulher a se formar na Escola de Medicina da Bahia, em 1887, sendo também a segunda mulher na América Latina (Moraes, 2012) (Rago, 2000).

Médicas brasileiras pioneiras, como Josefa Águeda Felisbela Mercedes de Oliveira, romperam com a ordem vigente e travaram um embate com o universo masculino. Mas não era somente no Brasil que as estudantes de medicina sofriam preconceitos. Na Argentina as estudantes eram recebidas com zombaria, e nos Estados Unidos elas eram vaiadas e tinham pontas de cigarros ou bolinhas de papéis arremessadas em seus rostos (Rago, 2000).

Até a década de 1960 a medicina no Brasil era exercida majoritariamente por homens. Foi somente a partir da década de 1970 que as faculdades de medicina passaram a ser um espaço de maior circulação das mulheres, aumentando gradativamente ao longo das décadas de 1980 e 1990, e mais notadamente na primeira década do século XXI (Avila, 2014).

Atualmente, nas Faculdades de Medicina no Brasil, é observado um aumento significativo no número de mulheres na sala de aula suplantando o número de homens, em algumas escolas. Esse notável avanço quantitativo não impossibilitou a persistência da discriminação e da desigualdade de gênero nas especialidades médicas (Avila, 2014).

As médicas pioneiras se valiam de sua extrema competência para exercer a profissão, defendendo o lugar tradicional para cuidar das mulheres e crianças, devido ao pudor dos corpos (Rago, 2000).

Ainda hoje se observa uma escassez de mulheres em algumas especialidades médicas, a mão de obra feminina sendo mantida concentrada em especialidades como Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia, em detrimento de outras áreas, como as cirúrgicas (Avila, 2014).

A identidade social, hoje, tanto da mulher como do homem, é considerada ser construída pela sociedade, sendo delimitados com exatidão os campos em que cada sexo pode operar (Saffioti, 1987).

Essa relação de poder tem se perpetuado para além da unidade doméstica, indo também para outros contextos da vida humana, como a escola, adquirindo formas naturalizadas, sutis, de expressão, capazes de mascarar o real (Bourdieu, 1999) (Saffioti, 1987).

A medicina, desde a academia ao exercício da profissão, foi instituída para o masculino, de intervenção tecnológica crescente sobre um corpo assujeitado, considerado biológico apenas, sendo o cuidado, campo da enfermagem, essencialmente feminino. A entrada da mulher na medicina até hoje está associada a lutas constantes para o reconhecimento do seu real potencial de contribuição.

## **Educação médica, gênero, e a DUBDH**

Embora a DUBDH tenha sido publicada há mais de dez anos, (ONU, 2005), e os estudos sobre gênero e educação datem de anos anteriores a esse fato, com abrangência temática ampla e diversificada, encontramos apenas um artigo científico relacionando esses três descritores (Vidal, 2016). No entanto, torna-se fácil admitir essa relação, em decorrência da convergência temática, e da provável influência da DUBDH sobre a agenda educacional em saúde, hoje vinculada diretamente ao reconhecimento e garantia dos direitos humanos. Em razão dessa vinculação, e da ainda pouco estudada e propagada DUBDH nas ciências da saúde, essa agenda educacional em saúde tem sido mais relacionada à Declaração Universal dos Direitos Humanos, e outras declarações específicas (ONU, 2048). Com isso, a visão normativa e legal dos fatos, amparada nas leis, tem limitado a reflexão sobre temas, ora não profundamente estudados, ora nem incluído ainda nas agendas curriculares dos cursos da saúde.

A agenda educacional em saúde, palco de conflitos sempre atualizados, em regiões e países com desigualdades sociais importantes e duradouras, com determinações e repercussões sobre o gênero, encontra na relação entre a bioética, a educação, e os direitos humanos um campo fértil para reflexões que possibilitam transformações profundas sociais, e nas práticas profissionais. Quando consideramos os avanços científicos e tecnológicos, e a possibilidade de alocação de recursos



escassos para a aplicação democrática, equitativa dos mesmos, percebe-se um reiterativo campo de conflitos que tem evidenciada a vulnerabilidade feminina, em todos os pontos, da participação em editais para a pesquisa, da seleção da participação feminina como sujeitos dos estudos, da alocação reduzida de recursos, e acesso difícil aos resultados, da não consideração dos efeitos colaterais de medicamentos sobre a saúde feminina, da manutenção de práticas abusivas de controle do corpo feminino no campo reprodutivo, etc.

A partir do conceito de dignidade humana, considerada como valor ontológico, a DUBDH (ONU, 2005) oferta ampla margem de valores, e princípios universais, como solidariedade e cooperação, respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual, igualdade, justiça e equidade, não discriminação e não estigmatização, responsabilidade social e saúde, compartilhamento de benefícios, proteção das gerações futuras e do meio ambiente, além de procedimentos para aplicação dos princípios, o que confere possibilidades de reflexões interdisciplinares, humanizadoras, quando problematizadoras do real dos cenários de práticas de ensino e de trabalho (Vidal, 2016). Tudo isso implica na necessidade de reformulação crítica da formação médica para a humanização dos conteúdos e práticas pedagógicas, e dos ambientes de aprendizagem, para um futuro exercício profissional que garanta o autocuidado responsável e a segurança dos usuários e das comunidades vulneráveis e vulneradas.

O ensino e a pesquisada bioética orientados pela DUBDH, com aproximação à amplidão teórica ético-epistemológica das bioéticas latino-americanas, nos cursos nacionais em saúde, oferece o recurso da pluralidade de idéias, para a consideração de aspectos da feminização da medicina, com impacto futuro sobre as relações docente-discente, interprofissional, médico-paciente, e dos profissionais com a sociedade.

## **Educação médica e a saúde da mulher**

Com a crescente conscientização de que a pesquisa com homens brancos pode não se aplicar às mulheres ou outros grupos étnicos tem sido recomendado que pesquisadores incluam mulheres e minorias na investigação clínica. Embora alguns estudos agora incluam mulheres, as diferenças nos resultados não são consistentemente avaliadas ou descritas por sexo, tornando difícil saber se as recomendações relacionadas podem ou devem ser aplicadas a qualquer sexo (Sex and Gender Medical Education Summit, 2016).

O investimento global na investigação biomédica aumentou significativamente nas últimas décadas. No entanto, reconhece-se o preconceito de gênero na pesquisa em saúde envolvendo diferenças biológicas e socioculturais na forma como as mulheres e os homens se comportam e são tratados. Um grupo de clínicos estu-



diosos da América, África, Ásia e Europa - defende que a avaliação do impacto da investigação inclusiva de gênero pode vir a ser uma força benéfica capaz de mover a política científica para a equidade de gênero. Há evidências de que o preconceito de gênero na investigação em saúde pode ocorrer em todas as fases do processo de investigação, em quatro domínios: as mulheres tendem a ser significativamente subrepresentadas na pesquisa tanto como pesquisadoras quanto como participantes da pesquisa; pesquisadoras tendem a receber menos financiamento do que os seus homólogos, em termos absolutos e relativos; as mulheres tendem a aparecer menos freqüentemente do que os homens como vencedoras de prêmios científicos de prestígio e como autoras de publicações científicas; mulheres podem ser prejudicadas como beneficiárias da investigação em termos de impactos socioeconômicos e sobre sua saúde (Ovseiko, 2016).

Estas disparidades resultam em lacunas na compreensão de diferenças biológicas na etiologia e apresentação da doença, diferenças na farmacocinética, levando à ineficácia do tratamento ou toxicidade do fármaco, ou consciente ou inconsciente viés de gênero na interação médico-paciente (Sex and Gender Medical Education Summit, 2016).

Estas lacunas demonstram a necessidade de inclusão integrada, e complexa, de conceitos médicos baseados em sexo e gênero em todos os níveis de currículos profissionais de saúde. A maioria das escolas médicas não aborda a relação sobre sexo e gênero ou o faz de modo formal. Portanto, uma mudança curricular, conforme proposto pela Organização Mundial da Saúde, em 2006, será um fator chave na mudança deste paradigma (WHO, 2006). Os tópicos incluídos sob a rubrica de “saúde das mulheres” ou “a saúde dos homens” já não podem ser limitados apenas às condições reprodutivas ou que podem ser observadas em apenas um sexo como o câncer de próstata. Em vez disso, a educação médica deve incluir uma discussão de similaridades e diferenças entre sexos e gêneros na etiologia, fatores de risco, prevenção, apresentação e resposta ao tratamento para todas as condições de saúde (Ovseiko, 2016) (Sex and Gender Medical Education Summit, 2016).

Para Bleakley a dominância do patriarcado na formação médica, tem origem na andragogia, teoria embasadora da aprendizagem do adulto, e se espalha em todos os aspectos e momentos alcançando um ápice na cultura cirúrgica. No entanto, pode ser notada na inexistência de manequins femininos para o treinamento de habilidades clínicas, e na aplicação de princípios abstratos generalizantes para a discussão ética (Bleakley, 2013).

O patriarcado é referido a uma forma cultural dominante baseado em uma lógica que inclui heroísmo, racionalismo, certeza, o intelecto, distanciamento, objetificação,

e explicação antes da apreciação, características do “Protesto Masculino”, uma defesa egóica diante da vivência contínua com o sofrimento alheio (Bleakley, 2013).

Bleakley descreve o feminismo pós-estruturalista a partir de três contribuições de autores distintos: o desafio de mudar a lógica potencial opressiva do pensamento binário opositivo (saúde-doença, masculino-feminino, cura-cuidado) redutora da vida aos aspectos biológicos; celebrar as diferenças, contrabalançando as hierarquias em direção ao interprofissionalismo e ao trabalho colaborativo, em equipe, e em rede; e o pensamento líquido, intuitivo, com o uso de metáforas como forma de aproximação compreensiva à experiência narrativa do paciente (Bleakley, 2013).

Como essa perspectiva teórica pode ajudar a repensar a educação médica, na atualidade, para reelaborar o pensamento do currículo como um texto orientado pelo patriarcalismo para outro orientado pela democracia?

Da Silva esclarece que a análise feminista ao considerar o conceito gênero, desvela a ciência como eminentemente masculina ao expressar uma forma de conhecer que supõe uma separação rígida entre sujeito e objeto, ter origem no impulso de dominação e controle sobre a natureza e seres humanos, ao cindir corpo e mente, cognição e desejo, racionalidade e afeto. Ao refletir a epistemologia dominante, o currículo expressa a cosmovisão masculina (Da Silva, 2015).

Há interesse crescente na educação médica em considerar as habilidades médicas de comunicação com o paciente, em especial os aspectos de empatia, relacionados à inteligência emocional, e ao mundo feminino (Dielisen, Nottema, Vedonk e Lagro, 2011) (Johnson, 2015).

A proposição do trabalho em equipe colaborativo centrado nas demandas do paciente torna-se o meio através dos quais a segurança e o cuidado do paciente podem ser melhorados (Dielisen, Nottema, Vedonk e Lagro, 2011) (Johnson, 2015). Uma educação médica futura para ser melhor qualificada deve abandonar as convenções de um modelo patriarcal, para incorporar uma outra familiarizada com os estudos contemporâneos sobre bioética, gênero e feminismo.

## Considerações finais

A violência simbólica permanece e continua a fazer vítimas crescentes. Os professores que desqualificam o corpo feminino durante as aulas de anatomia e fazem piadas sobre a virgindade, ou aqueles que menosprezam a inteligência das mulheres nas aulas, podem ser citados como exemplos dos assédios rotineiros vividos pelas

alunas. Entender esse fenômeno e esclarecer para as mulheres que isso não é natural, que não há lugar específico para o corpo ou especialidade específica para o feminino, é essencial para a igualdade de gênero. Além disso, é preciso deixar claro que, para exercer a medicina, a mulher não necessita se livrar de todo o sentimental e compaixão, pois como o atual mercado necessitou inserir as mulheres em novas posições devido a essas características femininas que proporcionam um melhor trabalho em equipe e o encorajamento dos trabalhos dos outros, a medicina humanizada também carece desses requisitos (Connell, 2016).

A inclusão da reflexão sobre gênero é essencial nas matrizes curriculares no ensino superior, sendo fundamental nos cursos da área da saúde, pois os profissionais tendem a reproduzir suas concepções de gênero na relação com os pacientes, com fundamentação predominantemente biológica. Neste contexto, as mulheres, e as especificidades relacionadas à classe, religião, orientação afetiva e outras necessidades, poderão ser vítimas dos padrões de masculinidades hegemônicas, muitas vezes paternalistas e desumanizantes.

Em 2005 a UNESCO adotou a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos como um corpo de princípios para servir como baliza ética para reflexão sobre os desafios sociais mais amplos, e estabeleceu um core curriculum para o ensino universitário em todo o mundo. Reconhecendo a deficiência mundial no ensino da bioética, a UNESCO propõe com esse currículo abordar dentre outras questões, a vulnerabilidade, a diversidade, a solidariedade, a equidade, a responsabilidade social, a preocupação com o meio ambiente e as gerações futuras etc. Em verdade, todos os princípios são complementares podendo servir como baliza ética para ajudar nas reflexões e conferir justiça e igualdade nas relações de gênero (ONU, 2005).

Portanto, a reflexão sobre gênero e educação nos cursos de medicina, considerando a teoria feminista pós-estruturalista e a DUBDH é relevante, podendo repercutir na humanização do trabalho em saúde, para além dos muros da universidade. A intenção de desvelar a violência simbólica contra o feminino na educação superior em saúde, a qual contribui para a legitimação e manutenção de papéis subalternos às alunas, docentes, ou opressão das usuárias dos serviços de saúde, impõe repensar o papel da mulher na sociedade atual, os limites impostos de atuação profissional e a necessidade de formação de lideranças para lutar pela igualdade de gênero.

É preciso encontrar formas de envolver as mulheres, estimulando a reflexão sobre sua relação com a sociedade. As instâncias colegiadas dos cursos de medicina, inclusive os núcleos docentes estruturantes, devem promover o desenvolvimento de lideranças para a gestão, e intervenções para inclusão da reflexão sobre gênero na matriz curricular, e nos projetos de pesquisa e extensão.



Os cursos de medicina devem, de maneira contextualizada, crítica e solidária, adequar-se às Diretrizes Curriculares Nacionais do Ministério da Educação, no que concerne à ampliação dos estudos sobre gênero, e disponibilizar recursos e apoiar soluções criativas para o enfrentamento da violência simbólica presente no meio acadêmico. Dentro deste contexto, as oportunidades para o desenvolvimento político, científico, e de gestão, pessoal e coletivo da maioria presente de mulheres, devem ser criadas e incentivadas, nos cursos médicos, e quando necessário corrigir os impedimentos e falhas nesse processo.

FS colaborou com a ideia original, orientação do grupo para a revisão bibliográfica, elaboração e revisão final do texto. PL, JL, MM, AB e VT participaram na busca bibliográfica e elaboração do texto.

Agradecimentos ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Gênero e Educação Médica, composto por discentes da FAMED-UFAL (Georgianna Silva Wanderley, Tawana Stephanie da Silva, Laís Rosa Farias Magalhães, Mayara Mônica B. de Melo, Aline Wanderley Barros, Viviane Maria C. Tavares, Patricia Soares de Lima, Mariana Cunha Melo, Jéssyca Andrade Leite), pelas reflexões, união de propósitos, e atitudes positivas, visando o desenvolvimento pessoal, do currículo local, e o benefício a todas as mulheres e à humanidade.

## **Referências**

- 1 Aquino E. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. Rev Saúde Pública 2006; 40:121-32.
- 2 Alves ACF , Alves KS. As trajetórias e lutas do movimento feminista no Brasil e o protagonismo social das mulheres. Fortaleza; 2013.
- 3 Avila RC. Formação das mulheres nas escolas de medicina. Revista brasileira de educação médica, Rio de Janeiro 2014;38(1):142-149.
- 4 Beltrão KI, Alves JED. A reversão do hiato de gênero na educação brasileira no século XX. 2004
- 5 Bleakley A. Gender matters in medical education. Medical Education 2013; 47: 59–70.
- 6 Bourdieu PA. Dominação Masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1999.
- 7 Butler JP. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. 8 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015. 238 p.



- 8 Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Resolução CNE/CES 3/2014. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – DF, p. 1-14
- 9 Brasil. Constituição Federal, 1988. Acessível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm).
- 10 Brasil. Lei dos Juizados Especiais. 1995. Acessível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9099.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9099.htm).
- 11 CNDM. Conselho Nacional de Defesa das Mulheres, 1985. Acessível em <http://www.spm.gov.br/assuntos/conselho>.
- 12 Connell RW, Messerschmidt, JW. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. Estudos Feministas, Florianópolis 2013; 21(1): 424.
- 13 Connell RW. Gênero em termos reais. Tradução Marília Moschkovich. São Paulo: nVersus, 2016.
- 14 Costa MO. Princípio da não discriminação nas relações de trabalho. Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 15 2 out 2010;2649.
- 15 Da Silva TT. Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo. São Paulo: Grupo Autêntica; 2015.
- 16 Dielissen P, Bottema B, Verdonk P, Lagro-Jansen T. Attention to gender in communication skills assessment instruments in medical education: a review. Medical Education 2011;45: 239–248.
- 17 Escavone L. Estudos de gênero: uma sociologia feminista?. Estudos Feministas, Florianópolis 2008; 16(1):173-186.
- 18 Fonseca-Silva MC. Memória, mulher e política: do governo das capitanias à presidência da república, rompendo barreiras. Maringá: Eduem; 2012.
- 19 Foucault M. O sujeito e o poder. In P. RABINOW e H. DREYFUS, Michel Foucault: uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica). Rio de Janeiro: Forense Universitária 2005; 231-249.
- 20 Galinkin, AL e Bertoni LM. Gênero e educação: um caminho para igualdade. Em Aberto, 2014; 27(92): 21-42.n
- 21 Guarnieri TH. Os direitos das mulheres no contexto internacional da criação da ONU (1945) à conferência de Beijin (1995). Revista Eletrônica da Faculdade Metodista Granbery 2010;8. Acessível em <http://re.granbery.edu.br>.

- 22 Haig D. The inexorable rise of gender and the decline of sex: social change in academic titles. *Arch Sexual Behavior* 2004; 33:87-96.
- 23 Heilborn ML, Sorj B. Estudos de gênero no Brasil, In: Miceli S. O que ler na ciência social brasileira (1970-1995). São Paulo: Editora Sumaré, p. 183-221, 1999.
- 24 Johnson DR. Emotional intelligence as a crucial component to medical education. *International Journal of Medical Education* 2015;6:179-183.
- 25 Laqueur T. Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2001.
- 26 Louro GL. Gênero, sexualidade e Educação: uma perspectiva pós-estruturalista. 6 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. 184 p.
- 27 Moraes PA. Conflitos e enfrentamentos: as primeiras mulheres na faculdade de medicina no Império. São Paulo, Anais do 13º Seminário Nacional da Ciência e da Tecnologia, set, 2012. Acessível em [www.sbhc.org.br](http://www.sbhc.org.br).
- 28 Ovseiko PV, Greenhalgh T, Adam P, Grant J et al. A global call for action to include gender in research impact assessment. *Health Research Policy and Systems* 2016; 14(50):2-12.
- 29 ONU. Carta das nações unidas. 1945. Acessível em <https://nacoesunidas.org/carta/>.
- 30 ONU. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Paris: Unesco; 2005. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf> (acesso em 20/Jan/2017).
- 31 Pimentel S. (2008). Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, 1–92. CEDAW, 1979.
- 32 Rago EJ. A ruptura do mundo masculino da medicina: médicas no século XIX. *Caderno Pagu* 2000; 15:199-225.
- 33 Saffioti HIB. O poder do macho. São Paulo: Moderna;1987.
- 34 Sarti CO. Feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. *Estudos Feministas*, Florianópolis 2004; 12(2):35-50.
- 35 Scheffer MC (Org.). Demografia médica no Brasil 2015. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina; 2015.

- 36 Scott JW. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995.
- 37 Sex and Gender Medical Education Summit: a roadmap for curricular innovation. Chin EI, Hoggatt M, McGregor AJ, et al. Biology of Sex Differences. 2016; 7(Suppl 1):52.
- 38 Souza L, Cortez MB. A delegacia da mulher perante as normas e leis para o enfrentamento da violência contra a mulher: um estudo de caso. Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro Jun 2014;48(3):621-639.
- 39 United Nations Department of Public Information. The Four Global Women's' Conferences 1975-1995: Historical Perspective, 2000. Acessível em <http://www.un.org/womenwatch/daw/followup/session/presskit/hist.htm>.
- 40 ONU Brasil. Declaração Universal dos Direitos Humanos 1948. Acessível em <https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/>
- 41 Vidal SM. Lifelong learning in bioethics and human rights: 10 years of the bioethics lifelong education programme in LAC. Int. J. Ethics Educ. 2016;1:111-125.
- 42 WHO. Integrating gender intro curricula for health professionals. Geneva: World Health Organization 2006.

Recebido em: 11/05/2017. Aprovado em: 27/11/2017.