



## Artigo de Revisão

# DISCURSO SOBRE A MULHER NA FORMAÇÃO MÉDICA *SPEECH ABOUT WOMEN IN MEDICAL EDUCATION*

### Resumo

Simone Andrade Teixeira<sup>1</sup>  
Sílvia Lúcia Ferreira<sup>2</sup>

O discurso médico é reconhecido como importante veículo de formação de opinião sobre a saúde, sobre os corpos e as sexualidades. Até que ponto esse discurso utiliza categorias de análise social como gênero, raça, classe, etnia/cor e orientação sexual na construção do conhecimento acerca dos diferentes processos de saúde/doença relacionados às mulheres? Como fonte de apreciação foi utilizado um módulo didático sobre a saúde da mulher fornecido a estudantes de um curso de medicina, que foi examinado por meio da Análise Crítica do Discurso (ACD), desenvolvida por Norman Fairclough. A perspectiva de gênero também foi utilizada na exploração do discurso. A utilização dessas ferramentas de análise permite afirmar que o discurso médico ainda se revela impregnado por normas culturais de gênero e centrado, quase que exclusivamente nos aspectos biológicos, voltado para uma mulher universal, branca e heterossexual.

**Palavras-chave:** saúde da mulher, gênero e saúde, educação médica.

### Abstract

The medical discourse is recognized as an important vehicle for forming an opinion on health, on the bodies and sexualities. To what extent this discourse uses categories of social analysis such as gender, race, class, ethnicity, color and sexual orientation in the construction of knowledge about the different processes of health and illness related to women? A textbook on women's health provided to students of a medical school was examined by Critical Discourse Analysis (CDA), developed by Norman Fairclough. The gender perspective was also used in the analysis of the speech. The use of these tools of analysis shows that the medical discourse is still impregnated by gender cultural norms, focused almost exclusively on biological aspects and directed to a universal woman, white and heterosexual.

**Key words:** women's health, gender and health, medical education.

<sup>1</sup> Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.  
Vitória da Conquista – Bahia – Brasil

<sup>2</sup> Universidade Federal da Bahia  
Salvador – Bahia - Brasil

E-mail  
mone.enf@hotmail.com

## Introdução

Somos herdeiros da produção de um conhecimento datado do século XVIII quando as descobertas anatômicas e fisiológicas afirmaram a diferença sexual entre homens e mulheres como um modelo que findou por substituir o modelo do sexo único ou da homologia sexual<sup>1,2</sup>.

No modelo do sexo único, cujas origens remontam aos escritos de Galeno e Aristóteles, as diferenças que realmente contavam nas relações sociais entre homens e mulheres eram as diferenças de gênero. Nesse modelo, era defendido que, no ápice da cadeia dos seres vivos, estava o homem, por sua natureza quente e seca, seguido pela mulher, hierarquicamente inferior, por ser considerada mais fria e úmida. Dessa forma, era o calor vital que diferenciava o homem da mulher e não as características sexuais do corpo.

O enfraquecimento da concepção do sexo único se iniciou com o Renascimento e se fortificou em virtude de um contexto de mudança epistemológica e política. A mudança epistemológica foi a da revolução científica e a mudança política se centrou, especialmente, nas divisões entre as esferas do público e do privado, entre mulheres e homens favoráveis ou contrários à autonomia das mulheres<sup>2</sup>.

A produção do modelo da diferença sexual se deu em um contexto de inauguração da Ciência Moderna, resultante da ruptura na forma de conceber o universo e os seres vivos. Esses passaram a ser analisados sob a égide de uma ciência que se desenvolvia por meio de uma nova forma de interpretar o mundo, centrada na matemática de Newton e no ideário mecanicista de Galileu e Descartes<sup>1,2,3</sup>. Numa tentativa de romper com o obscurantismo, o misticismo e com os dogmas religiosos da Idade Média, o interesse recaía sobre o fato, sobre o que era observável e possível de ser mensurado.

Entretanto, embora as ideias de Descartes, Newton e Galileu tenham desencadeado uma nova forma de produção do conhecimento, algumas concepções do pensamento da antiguidade continuaram presentes na recém inaugurada epistemologia científica, marcada por sua ênfase na razão, na objetividade e na neutralidade como requisitos essenciais para a produção de um conhecimento, ao qual se pudesse qualificar como “científico”, com valor de verdade.

Dentre as ideias já existentes na Idade Antiga que ainda se fazem presentes na contemporaneidade, destacam-se as concepções dualísticas: corpo/mente, emoção/razão, natureza/cultura, mulher/homem, nas quais está implícita uma ordem hierárquica, segundo a qual existe a superioridade de um pólo sobre o outro, fortemente determinada por valores culturais de gênero.

A ideia da mulher como um ser inferior e até mesmo degenerado já existia na Idade Antiga. Aristóteles considerava os homens superiores e mais divinos que as mulheres, por ele descritas como “monstros” desviados do tipo “genérico humano”, “emocionais”, prisioneiras “passivas” de suas funções corporais e, em consequência, uma espécie inferior, mais próxima dos animais que os homens<sup>1</sup>. Os significados sobre a dualidade homem/mulher estavam associados ao gênero<sup>1</sup>.

Ao longo da história, a Medicina não se conteve apenas em ratificar que homens e mulheres eram diferentes, mas em qualificar essa diferença, geralmente, enfatizando as inaptidões femininas. Filósofos e médicos, ou médicos-filósofos se intercalavam na afirmação da suposta inferioridade das mulheres, qualificadas como frágeis, emocionais e susceptíveis a influências malélicas do meio.

A manutenção da exclusão feminina da esfera pública ganhou força com o modelo da diferença sexual, uma vez que este foi utilizado para reforçar a utilidade da mulher como reprodutora da espécie, cuja função deveria ser resguardada de toda e qualquer intervenção que desviasse ou prejudicasse o desempenho desse papel. Cabia à sociedade respeitar e resguardar a divisão conferida pela natureza<sup>2</sup>.

Quando as ciências biológicas referendaram as diferenças sexuais, o útero deixou de ser visto como análogo aos testículos e passou a constituir o argumento de que a mulher não era um ser imperfeito, mas que a Natureza havia determinado às mulheres a nobre missão de gerar filhos, concepção difundida pelos seguidores de Rousseau e médicos iluministas. Os livros de Medicina do século XVIII e início do XIX construíram uma imagem sobre a mulher que podia ser sintetizada pela frase latina citada constantemente pelos médicos: *tota mulier in utero*.

Entretanto, apesar de a ciência considerar a diferença sexual como natural e imutável, havia um sentimento de que tal diferença era instável e ameaçadora e que o meio ambiente poderia perverter o biológico. Foi essa noção de instabilidade que estimulou a necessidade de monitoramento, em especial da mulher, para não desestabilizar a ordem reprodutiva, uma vez que o desenvolvimento da sociedade dependia da administração eficiente do desenvolvimento corporal e da capacidade reprodutiva das mulheres. Para o sucesso desse empreendimento, a economia corporal da mulher deveria ser governada, seu intelecto, suas atividades físicas e laborais deveriam ser poupados sob o risco de que o sangue fosse para o cérebro ou outros órgãos que não os reprodutivos, prejudicando o amadurecimento do aparelho reprodutor<sup>2</sup>.

O apelo à ciência para a legitimação de saberes e poderes no campo social foi e, ainda, é largamente utilizado, representando uma forma potencial de controle econômico, político e social. Ao analisar o poder de convencimento e persuasão da ciência moderna, Harding<sup>5</sup> nos adverte de que a racionalidade científica goza de maior credibilidade do que Deus e a tradição. E foi com essa credibilidade que a ciência moderna conformou, a partir de um discurso normatizador sobre o corpo e a sexualidade, alguns perfis de mulheres: da mulher frágil, susceptível a doenças; da mulher sacralizada; da mulher degenerada.

A Medicina associou reconhecimento, credibilidade e valor de verdade ao seu discurso ao agregar as descobertas produzidas pelas ciências biológicas do século XVIII. Assim, com o uso da linguagem como uma prática social e não apenas como uma atividade puramente individual, o discurso médico sobre o corpo e sobre a saúde se transformou num importante veículo de formação de opinião e fonte de poder, tornando-se importante instrumento de ação social<sup>2</sup>.

O reconhecimento do poder desse discurso como importante veículo de formação de opinião sobre a saúde, sobre os corpos e sobre as sexualidades nos impulsionou a analisá-lo no processo de formação de novos profissionais da medicina e perguntarmos: até que ponto o discurso médico atual, utilizado na formação dos profissionais de medicina, considera as mulheres como sujeitos autônomos? Tal discurso leva em conta categorias de análise social como gênero, raça, classe, etnia/cor e orientação sexual na construção do conhecimento acerca dos diferentes processos de saúde/doença relacionados às mulheres?

Decidimos, assim, analisar sob a perspectiva de gênero, o discurso médico contido em um módulo didático sobre a saúde da mulher fornecido a estudantes de um Curso de Medicina de uma universidade estadual baiana, que adota a metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas – ABP. Os conteúdos curriculares da ABP não são organizados em disciplinas, mas em módulos temáticos que reúnem temas derivados do conjunto de habilidades e conhecimentos previstos como necessários para a formação profissional pretendida pelo currículo. Essa metodologia tem como foco central o estudo de problemas com a finalidade de fazer com que o estudante analise e apreenda conteúdos que deverá dominar<sup>7</sup>.

## Metodologia

Trata-se de estudo exploratório e descritivo que teve como fonte de análise o módulo didático denominado “Saúde da Mulher, Sexualidade Feminina e Planejamento Familiar”. Como ferramenta analítica utilizamos a técnica da Análise Crítica do Discurso (ACD) desenvolvida pelo inglês Norman Fairclough, defensor de que o discurso implica em um modo de ação e representação, além de ser uma forma pela qual as pessoas agem e influenciam os outros. Segundo o referido autor, a construção e a análise de um discurso seguem um modelo tridimensional, reunindo três tradições analíticas indispensáveis: o texto, a prática discursiva e a prática social<sup>2</sup>.

O texto é a materialização do discurso. A prática discursiva é constituída por diferentes meios de geração, partilha e consumo de textos, sendo que fatores sociais influenciam na natureza dos diferentes tipos de discurso. É na prática social onde o discurso tem um caráter mais amplo envolvendo a ideologia e o poder, sendo este último, a hegemonia de classes. É no discurso como prática social que ocorrem as disputas de relações de poder e que pode acontecer a mudança social via mudança da prática discursiva.

Utilizamos, também, para esta análise a perspectiva de gênero, compreendido como uma rede de traços de personalidade, atitudes, sentimentos, valores, condutas e atividades, que através de um processo de construção social, diferencia os homens das mulheres<sup>2</sup>.

A construção social de gênero, em nossa sociedade, gera e reproduz desigualdades através de dois importantes mecanismos: a) os processos de socialização e b) o controle institucional. Através dos processos de socialização, são construídas expectativas que regem os padrões de masculinidade e feminilidade. Por outro lado, as instituições vigiam o

cumprimento destas expectativas mediante sanções positivas ou negativas, de facilitar ou obstruir (segundo o sexo do aspirante) o acesso a determinadas atividades ou posições e que implicam diferentes graus de recursos.

Para o alcance do objetivo proposto, analisamos o texto de introdução ao referido módulo e escolhemos três problemas que julgamos significativos acerca dos pressupostos epistemológicos que ainda norteiam a construção do conhecimento sobre a saúde da mulher.

## **Resultados e Discussão**

O módulo foi organizado pela Universidade Estadual de Londrina<sup>2</sup> e direcionado aos estudantes de Medicina daquela Instituição. O conteúdo original data de 1998 e vem sendo reproduzido na íntegra como material didático para os estudantes de Medicina de uma universidade estadual baiana no ano de 2009. O módulo didático é composto por: um texto introdutório, objetivos geral e específicos dos estudos, descrição das palestras complementares aos estudos, nove problemas e bibliografia.

No texto de introdução ao referido módulo, a linguagem utilizada é adloquial, com utilização de termos técnicos específicos das ciências médicas e biológicas. O texto foi redigido com verbos no presente do indicativo, compondo frases afirmativas, sugerindo aos leitores, certeza e atualização sobre o que é dito. É redigido na terceira pessoa do singular, denotando impessoalidade, conformado num estilo de redação que objetiva maior abrangência, objetividade e universalidade.

O contexto sociocultural da produção do referido módulo corresponde a um período de questionamento sobre a formação dos profissionais de Medicina, entre outros motivos, quanto a sua inadequação à realidade social e epidemiológica do país. Assim, a produção desse texto é parte da iniciativa de uma universidade em re-estruturar o currículo de Medicina.

Embora bem redigido, o texto introdutório é silencioso sobre discursos alternativos, em especial sobre as questões de gênero, raça, classe, etnia, geração e orientação sexual. O mesmo se repete com os problemas apresentados, que foram redigidos no presente do indicativo, agregando alguns termos populares à linguagem técnico-científica predominante. A centralidade do texto está no aspecto reprodutivo das mulheres, sendo que a gravidez está presente direta ou indiretamente nos nove problemas apresentados.

Dos 50 objetivos de estudo elencados no módulo do professor tutor, 38 deles (76%) são de caráter técnico-biológico, em contraponto aos doze objetivos que requerem reflexões ancoradas nas ciências humanas e filosóficas (24%), não menos importantes para o entendimento da complexa fluidez dos estados de saúde e seus agravos. Desses doze objetivos, quatro são sobre aspectos psicológicos, quatro sobre o exercício da sexualidade, um sobre identidade sexual, um sobre educação sexual, um sobre gravidez adolescência e um sobre aspectos socioeconômicos.

O título do módulo “Saúde da Mulher, Sexualidade Feminina e Planejamento Familiar” utiliza uma tríade bastante significativa para o discurso médico sobre o corpo feminino. Embora separados por vírgulas, dando a

impressão de temas distintos, a saúde da mulher é compreendida a partir de uma sexualidade reprodutiva, normatizada através de um conjunto de práticas e saberes que se denomina, na área de saúde, de planejamento familiar. Esse termo, que vem sendo substituído por Planejamento Reprodutivo, evoca, também, a constituição de uma família nuclear, heterossexual, que vem sendo desafiada pelas novas constituições familiares da contemporaneidade. O termo *mulher* no singular infere um modelo universal feminino (branca, de classe média a alta e heterossexual) por negar a multiplicidade étnica, de cor, de classes sociais, de geração, de orientação sexual e de identidades. A bibliografia sugerida não contempla categorias de análise como gênero, etnia/cor, geração, orientação sexual e classe social.

O texto introdutório ao módulo é iniciado pela seguinte epígrafe: “Her damos um sexo. A sociedade e a cultura nos dirão o que fazer com ele”<sup>13</sup>. Apesar de sugerir que os estudos assumirão uma perspectiva diferente do viés biologista/tecnicista, e de que a construção social do sistema sexo-gênero se dá no contexto das construções e desconstruções culturais e sociais, o desenvolvimento do texto se mostra incoerente com sua epígrafe.

Em seguida, o texto é iniciado com a seguinte frase: “A puberdade representa emergência da mulher adulta”<sup>13</sup>. A palavra puberdade é seguida por considerações e advertências acerca da adolescência, que é citada oito vezes em todo o texto, associada ao início precoce da vida sexual, gravidez, alto índice de partos e infecção por AIDS e DSTs. O texto enfatiza a necessidade de atenção a essa fase, atualizando os discursos dos médicos e filósofos dos séculos XVIII e XIX que, segundo Rohden<sup>2</sup>, apoiados nas descobertas científicas da época, recomendavam a administração e o controle dessa etapa da vida das mulheres para que a ordem social reprodutiva fosse mantida, apoiada numa hierarquia regida por concepções de gênero.

No final do primeiro parágrafo, apresenta-se a seguinte frase: “Durante a adolescência o organismo feminino passa por período de nubilidadade, período esse em que adquire a capacidade de procriação”<sup>13</sup>. Essa “nubilidadade” sugere o destino da mulher ao casamento<sup>2</sup>, associando o “ser mulher” à capacidade de procriação. Trata-se, assim, de uma atualização do discurso iluminista sobre a mulher, claramente expresso no pensamento de Rousseau, no século XVIII.

O segundo parágrafo é iniciado pela seguinte frase: *O clamor da sexualidade em amadurecimento, a necessidade de auto-afirmação, a desorientação quanto a si própria e o desconhecimento do próprio corpo levam um milhão de meninas adolescentes a engravidarem a cada ano*<sup>13</sup>.

Nessa construção discursiva, ao conjunto de ideias apresentadas de forma sequencial, levando a uma consequência, numericamente significativa, está implícita a noção de advertência quanto à incapacidade de racionalidade da mulher adolescente, “cientificamente comprovada” pelo médico iluminista francês Pierre Roussel, através de sua teoria que associava o modelo da diferença sexual ao modelo da sensibilidade<sup>2</sup>.

O uso da construção discursiva ‘clamor da sexualidade’ atualiza o pensamento aristotélico, que segundo Wilshire<sup>11</sup>, considerava as mulheres inferiores aos homens por serem menos providas de capacidade intelectual em decorrência de serem dominadas por emoções e funções corporais e não serem tão capazes de separarem a emoção da razão. Tal pensamento foi

atualizado, ao menos, em duas representações sociais sobre as mulheres produzidas com o apoio das descobertas científicas: da mulher-útero (século XVIII) e da mulher degenerada, decorrente dos estudos sobre a sexualidade feminina realizados na segunda metade do século XIX.

A apresentação da mulher adolescente como desorientada quanto a si própria, associada à construção discursiva 'clamor da sexualidade' pode conduzir os estudantes a reconhecerem nas adolescentes pessoas incapazes de autorreflexão e desprovidas da capacidade de administrar suas próprias vidas. Assim posto, atualiza um discurso do século XVIII, que representava a mulher como ambígua, motivada pela emoção, que por conta deste 'clamor' era incapaz de fazer suas escolhas de modo amadurecido. E, conseqüentemente, deveriam se submeter às normas (de vigilância) familiares ou médicas.

A gravidez na adolescência é apresentada como um fenômeno puramente biológico, conseqüência da necessidade de autoafirmação, dessa desorientação e desconhecimento do próprio corpo, além do "clamor da sexualidade". A forma como é apresentado este complexo fenômeno social não estimula os estudantes a reflexões socioantropológicas necessárias à sua compreensão. Segundo Peixoto da Mota<sup>1</sup>, a vivência da reprodução pode ser apreciada a depender do lugar de observação. A gravidez na adolescência pode ser encarada como um problema ou como a mudança de *status*, ou idealização da vivência familiar diferente do seu cotidiano, ou, ainda, como oportunidade de a adolescente fugir de diversas situações de violência intrafamiliar.

O texto introdutório destaca, também, que:[...] *a gravidez indesejada, o aborto provocado, as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS têm trazido conseqüências dramáticas à saúde da mulher, principalmente seqüelas de alta gravidade para a fertilidade, para a formação psicossocial e às vezes até a morte*<sup>13</sup>.

Seria enriquecedor se fossem acrescentadas a essa abordagem informações de que vivenciamos um processo de feminização da AIDS e de infecção por doenças sexualmente transmissíveis e que as questões de gênero são apontadas como umas das grandes causas predisponentes à transmissão dessas doenças<sup>3</sup>.

Ao se referir à mortalidade materna, o texto não explicita que esta ocorre em conseqüência quase que exclusiva de causas obstétricas, evitáveis em sua maioria e que o aborto provocado figura como uma das causas mais freqüentes de mortalidade materna no país<sup>3</sup>.

Também é omitida a informação de que a fatalidade da morte materna, assim como das complicações do abortamento provocado no Brasil são fortemente influenciados por questões de cor/etnia, de classe social e de gênero<sup>3, 4,5</sup>.

Entretanto, a morte materna e o abortamento provocado não foram contemplados sob a forma de problemas no referido módulo. Na programação das palestras, que são complementares aos estudos, há previsão para o debate sobre aspectos éticos e legais em obstetrícia e ginecologia. Caso o abortamento provocado seja discutido, a abordagem será apenas sob a ótica da desobediência civil das mulheres? Haverá espaço para que o *cuidado* com a mulher em situação de abortamento seja tratado?<sup>3</sup>

O estudo do climatério, também, é objeto de estudo previsto no texto de introdução e é apresentado do seguinte modo: *Passando pela adolescência e a menacme a mulher atinge o climatério, quando as fontes produtoras de hormônios, os ovários, estão desgastados. Outras enfermidades passam a atormentar o bem estar feminino, como a sexualidade, osteoporose, e o risco de doença coronariana. [...] A assistência à mulher no climatério certamente dará a ela uma melhor qualidade de vida, principalmente através do apoio psicológico e da terapia de reposição hormonal*<sup>13</sup>.

O termo “desgaste” é relacionado a essa fase da vida da mulher, como se fosse uma máquina cujas peças se desgastam. A utilização do termo ‘desgaste’ é a insinuação, em um discurso que se propõe atual, de imagens e fragmentos discursivos que indiciam a velhice, o desgastado, remetendo à possibilidade de ser descartado, já que esta sociedade se estrutura sobre o novo, a novidade, a plena juventude. Esse fato incita a necessidade da incorporação da categoria de análise geração/envelhecimento à construção do saber médico, que em associação à categoria gênero contribuirá para a compreensão do final do ciclo reprodutivo e do envelhecimento como um momento de maturação e de modificações que não significam, necessariamente, um desgaste para as mulheres.

Ao usar a construção discursiva de que “outras enfermidades passam a atormentar o bem estar feminino, como a sexualidade, osteoporose, e o risco de doença coronariana”<sup>13</sup> (grifo nosso), o climatério é alçado para o campo do indesejável, uma vez que seja tormentoso, e não como mais uma fase natural do ciclo de vida. A sexualidade é apresentada como algo que vai causar tormento à mulher climatérica e está associada a possibilidades de doenças.

Essas adjetivações contribuem para a construção de representações e conceitos negativos sobre o climatério, que podem induzir os estudantes à medicalização obrigatória dessa fase, por compreendê-la como imprópria e indesejável.

A terapia de reposição hormonal é introduzida no discurso como um tratamento natural para a mulher, sem que alternativas de convivência com o climatério sejam apresentadas: “A assistência à mulher no climatério certamente dará a ela uma melhor qualidade de vida, principalmente através do apoio psicológico e da terapia de reposição hormonal”<sup>13</sup>.

Embora o penúltimo parágrafo enfatize que para trabalhar com a sexualidade humana sejam necessários conteúdos referentes “às suas múltiplas abordagens – biológicas, psicológicas, antropológicas e históricas – para que o estudante possa rever preconceitos e valores adquiridos que dificultam atitudes positivas acerca do assunto”<sup>13</sup>, a bibliografia apresentada quase não contempla categorias analíticas como gênero, raça, orientação sexual e geração.

A construção dos problemas está centrada nos órgãos reprodutivos femininos, sendo coerente com o discurso contido no texto introdutório ao módulo, dificultando a abordagem da saúde da mulher de forma integral, para além de seu aspecto reprodutivo. Nesse contexto, selecionamos três problemas para análise: um sobre identidade sexual, um sobre gravidez na adolescência e um sobre o climatério.

O texto do problema nº 1 está em consonância com o discurso sobre a mulher alienada, incapaz de tomar suas próprias decisões:

*Amenorreia: Clara, 18 anos, ainda não teve a primeira menstruação e nem apresentou desenvolvimento de caracteres sexuais secundários. Apresenta nódulos solitários em ambos canais inguinais. Sua mãe Aurora está preocupada porque o médico pediu exames hormonais, cariótipo e informou que Clara apesar de ter órgãos genitais externos aparentemente normais, não tem útero, vagina e provavelmente não tenha ovários também. Sua mãe muito ansiosa quer providenciar todos os exames solicitados o mais rápido possível para retornar ao médico a fim de esclarecer como ficará o futuro sexual de Clara. Poderá Clara desenvolver seus caracteres sexuais secundários e ter o corpo bem desenvolvido no aspecto feminino?*<sup>13</sup>

O problema apresenta uma paciente de 18 anos sem atitude, sugerindo uma “desorientação quanto a si própria”, conforme citado na introdução ao módulo. Quem está preocupada é a mãe, que atribui poder ao médico/medicina para esclarecer o futuro sexual da filha. O texto induz a(o) estudante a considerar os exames hormonais e genéticos suficientes para diagnosticar a identidade sexual da mulher em questão. Clara não é considerada enquanto “sujeita” de sua história. Inexiste uma contextualização sobre sua socialização, sua percepção sobre si mesma, seu posicionamento perante o complexo sistema de sexo-gênero, sua cor/etnia, sua orientação sexual.

Dentre os quatro objetivos de estudo propostos no módulo do professor tutor, três são direcionados aos estudos anátomo-fisiológicos e hormonoterapêuticos, enquanto que apenas um é direcionado ao estudo da identidade sexual. Observa-se, portanto, que a ênfase está nos aspectos biológicos, o que prejudica a compreensão da sexualidade como uma construção cultural, processual e instável, inserida num jogo múltiplo de elementos simbólicos e discursivos.

Sterling, em seu texto “Dualismos em duelo”, discute a questão de uma atleta espanhola, Maria Patiño, principal corredora com barreiras da Espanha, que foi reprovada no exame de feminilidade por meio de um teste genético de sexo. A atleta parecia mulher, sempre viveu como mulher, se sentia mulher, mas o exame lhe negava sua identidade sexual e de gênero. Os títulos conquistados lhes foram retirados, o namorado a abandonou e ela perdeu a bolsa de estudos. Uma tragédia se estabeleceu em sua vida e após processos jurídicos perante o Comitê Olímpico Internacional obteve ganho de causa. Consideramos de grande utilidade que exemplos como esse sejam apresentados aos estudantes de Medicina, até porque, segundo Sterling<sup>22</sup>, nossas convicções sobre gênero além de definirem nosso sexo, influenciam o tipo de saber produzido pelos cientistas.

O problema número 2 envolve a possibilidade de gravidez na adolescência e é denominado “A preocupação de Lucinha”: *Lucinha, 15 anos, comenta com Lourdes, 17 anos, sua preocupação por ter mantido relações sexuais com o namorado sem utilizar um método contraceptivo. Sua menstruação está com atraso de 65 dias, mas seus ciclos menstruais nunca foram regulares. Gostaria de consultar o médico do posto, mas trata-se de médico muito amigo da família*<sup>13</sup>.

Os objetivos de estudo propostos para o citado problema são: estudar padrão menstrual na adolescência, ética médica; métodos contraceptivos, sexualidade na adolescência e educação sexual. O caso explicitado apresenta dois problemas de saúde pública condicionados por questões de gênero que não foram contemplados nos objetivos de estudo: 1 – a maior vulnerabilidade das mulheres, adolescentes ou não, à contaminação por DSTs e AIDS<sup>16</sup> e, 2 – a omissão masculina em relação à contracepção. A redação do problema não assegura que questões de gênero envolvidas na esfera do exercício da sexualidade sejam contempladas no processo de construção do conhecimento.

A gravidez na adolescência é apresentada na introdução ao módulo como um problema social. De fato, uma gravidez levada a termo durante a adolescência pode interferir no processo de aquisição de autonomia dos jovens, mulheres e homens. Mas não parece que a ameaça de aquisição de autonomia pelas mulheres seja o motivo gerador do reconhecimento da gravidez na adolescência como um problema social.

Segundo Heilborn<sup>4</sup> (2006), a gravidez na adolescência já existia antes de sua “descoberta” e a sua classificação como problema decorre: da transgressão à política de redução da fecundidade, da “ilegitimidade” caracterizada pelo aumento da proporção de gravidezes e nascimentos fora da união e das novas expectativas sociais em relação à juventude.

Embora a classificação de risco possa ser atribuída à gravidez em faixa etária de 10 a 14 anos, cuja ocorrência é muito baixa, as características sociais são mais determinantes de riscos à saúde do que a idade. Mulheres de 15 a 19 anos grávidas não correm mais riscos do que as mulheres mais velhas. Apesar de ser meia verdade, o argumento biomédico que classifica a gravidez na adolescência como gravidez de risco continua sendo reproduzido<sup>4</sup>.

Todo o texto é silencioso sobre a participação dos adolescentes homens na ocorrência da gravidez. No entanto, em decorrência de uma pressão cultural de gênero, a paternidade precoce simboliza a masculinidade/virilidade dos rapazes, em especial nas camadas populares.

A contracepção, por sua vez, também é influenciada por questões de gênero, seja pela valorização da maternidade, seja pela exigência cultural de certa “virgindade moral”<sup>24</sup>, que impõe à mulher adolescente um comportamento mais passivo e ingênuo no que se refere ao sexo, dificultando o diálogo sobre a contracepção com o parceiro. Nesse contexto, as representações socioculturais de gênero associam a masculinidade com a atividade e a feminilidade com a passividade.

De forma coerente com a concepção acerca do climatério, exibida no texto introdutório, o problema 9 é assim apresentado:

*Os calores de Dona Augusta: Augusta, 48 anos, gesta VII para VI, sente-se muito deprimida com sensação de calores súbitos de 8 a 10 vezes ao dia, principalmente à noite. João, 52 anos, seu marido, já não a procura tão freqüentemente para sexo como o fazia antigamente. As relações sexuais com o marido passaram a ser dolorosas e desconfortáveis. Tem se preocupado porque se acha “muito aberta” por ter tido sete partos normais. Atualmente, chega até a perder urina quando realiza médios esforços, além de apresentar uma ‘bola que sai pela vagina’ e suas menstruações já estão ausentes desde*

*há seis meses. Viu na TV uma entrevista com médico que afirmou que todas as mulheres no climatério devem tomar hormônios. Agora, D. Augusta quer consultar um médico para tomar hormônios e também deseja fazer o 'períneo'<sup>13</sup>.*

O cenário construído acerca dessa fase da vida, que pode ser vivenciada de forma saudável e prazerosa, induz a uma representação social sobre o climatério como algo que deve ser evitado e corrigido. O texto apresenta uma mulher deprimida, que sente rejeição sexual por parte do parceiro e que sente dor quando se relaciona sexualmente. Essa mulher identificou através da mídia que a intervenção cirúrgica e medicamentosa hormonal pode resolver seus problemas.

Os objetivos elencados no módulo do professor tutor são: reconhecer o climatério e seus períodos; identificar as distopias dos órgãos genitais femininos, roturas perineais e incontinência urinária de esforço; terapia de reposição hormonal; farmacologia dos esteróides sexuais na TRH; rever a anatomia feminina e os meios de fixação dos órgãos genitais internos e externos femininos; identificar a sexualidade na terceira idade e resposta sexual. É flagrante a centralidade do estudo do climatério através dos aspectos anátomo/fisiológicos e terapêutico/medicamentosos.

Em nossa cultura, períodos naturais como o climatério/menopausa e o envelhecimento são frequentemente medicalizados, como se esses processos naturais fossem condições que demandassem intervenções médicas. Mesmo admitindo que a atenção médica possa se fazer necessária, práticas discursivas que promovam a autonomia sobre o próprio corpo e o auto cuidado são fundamentais para a desnaturalização desses períodos como médico-dependentes. Melhor compreensão desses períodos pode ser conferida por meio da agregação das categorias de análise de geração e gênero na construção do conhecimento acerca da saúde das mulheres.

## **Considerações finais**

O módulo analisado sobre a saúde da mulher, sexualidade feminina e planejamento familiar, embora se destine à formação de médicas (os) na contemporaneidade, reflete e atualiza representações sociais sobre as mulheres dos séculos XVIII e XIX. O texto induz à existência de uma mulher universal, branca e heterossexual, uma vez que não são priorizados conteúdos reflexivos sobre a complexa dinâmica das relações entre a saúde da mulher e categorias de análise como gênero, raça/cor, classe, geração e orientação sexual.

Profissionais formados sob a influência desse discurso tenderão a reproduzi-lo e não contribuirão, como educadores e decisivos formadores de opinião, para que as mulheres usufruam de forma consciente, dos seus direitos sexuais e direitos reprodutivos, num momento em que essas esferas da vida vêm sendo alçadas ao campo do direito de cidadania<sup>4, 5</sup>.

A análise realizada possibilita afirmar que o discurso médico contido no referido módulo ainda se revela impregnado por normas culturais de gênero

e centrado, quase que exclusivamente, nos aspectos biológico, anatômico, fisiológico e medicamentoso. Entretanto, demonstra, também, o quanto a adoção de categorias de análise como gênero, raça/cor, geração e orientação sexual enriquecem a produção do conhecimento, que passa a ser obtido a partir de corpos vivos e dinâmicos que interagem num complexo e instável tecido social entrecruzado por diferentes variáveis socioantropológicas. Isso favorece a compreensão da saúde e seus agravos por parte dos profissionais da área médica e da saúde em geral, em especial na construção do saber não apenas sobre a saúde das mulheres, como também da saúde dos homens, das suas sexualidades e seus corpos.

A realização desta pesquisa possibilita reafirmar a importância da indissociabilidade entre pesquisa e ensino defendida por Paulo Freire (2005, p. 29) como um dos ingredientes indispensáveis ao processo de construção do conhecimento:

Esses que-fazer-se encontram um no corpo do outro. Enquanto ensino, continuo buscando, reprocurando. Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquisa para constatar, constatando, intervenho, intervindo educo e me educo. Pesquisa para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade.

Nesse contexto, destaca-se também o vasto potencial de aplicabilidade dos resultados obtidos, que extrapolam a valorosa indissociabilidade entre pesquisa e ensino ao evidenciar a demanda pela realização de atividades extensionistas que promovam reflexões sobre a promoção da saúde das mulheres com a adoção de categorias de análise como gênero, raça/cor, geração e orientação sexual. Neste sentido, as autoras sugerem a organização de um evento científico voltado para a avaliação dos pressupostos epistemológicos que sustentam os conteúdos curriculares das atividades de ensino acerca da saúde das mulheres.

Oportunamente, expressamos o convite para a organização do evento sugerido, não apenas aos professores e alunos das universidades baianas, como também aos leitores nacionais e internacionais desta revista científica.

## Referências

1. Laqueur T. Inventando o sexo. Corpo e gênero dos gregos a Freud. Whately V, tradutora. Rio de Janeiro: Relume Dumará Editora; 2001.
2. Rohden F. A construção da diferença sexual na medicina. Cad Saúde Pública. 2003; 19 Suppl 2: S201-12.
3. Schienbinger L. O feminismo mudou a ciência? Fiker R, tradutor. Bauru, SP: Editora EDUSC; 2001.
4. Dool Jr. Currículo: uma perspectiva pós-moderna. Veronese MA, tradutora. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1997.
5. Harding S. Ciencia y feminismo. Madrid: Ediciones Morata; 1996.
6. Wilshire D. Os usos do mito, da imagem e do corpo da mulher na re-imaginação do conhecimento. In: Jaggar A, Bordo S, organizadoras. Gênero, corpo e conhecimento. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos; 1997. p. 101-25.
7. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface. 1998; 2(2): 139-54.

8. Martins, APV. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.
9. Mitjavila M, Echevest L. Sobre a construção social do discurso médico em torno da maternidade. Piza E, tradutora. In: Galvão L, Diaz J. *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios*. São Paulo: Editora Hucitec; 1999. p. 285-300.
10. Fairclough N. *Discurso e mudança social*. Brasília: UnB; 2001. p. 101-6.
11. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*. 1995; 20(2): 71- 99.
12. Universidade Estadual de Londrina – UEL. *Módulo: saúde da mulher, sexualidade feminina e planejamento familiar*. Curso de graduação em medicina da UEL-Pr. Londrina: UEL; 1998. 37p.
13. Ferreira ABH. *Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
14. Mota MP. Gênero, sexualidade e masculinidade: reflexões para uma agenda de pesquisa com adolescentes no contexto de uma experiência. *Revista Gênero*. 2000; 1(1): 41-52.
15. Marinho LFB, Aquino EML, Almeida MCC. Práticas contraceptivas e iniciação sexual entre jovens de três capitais brasileiras. *Cad Saúde Pública*. 2009; 5 (Supl 2): S227-39.
16. Menezes G, Aquino EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25 (Supl 2): S193-S204.
17. Martins AL. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(11): 2473-9.
18. Martins AL. Diferenciais raciais nos perfis e indicadores de mortalidade materna no Brasil. In: Associação Brasileira de Estudos Populacionais. *Anais do 14º Encontro Nacional de Estudos Populacionais: pobreza, desigualdade e exclusão social*; 2004 Set 20-24; Caxambú, Brasil. [Citado 2009 Out 10]. Disponível em: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/site\\_eventos\\_abep/PDF/ABEP2004\\_424.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_424.pdf).
19. Instituto Mulheres pela Atenção Integral à Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. *A realidade do aborto inseguro na Bahia: a ilegalidade da prática e seus efeitos na saúde das mulheres em Salvador e Feira de Santana*. Dossiê. Salvador: IMAIS; 2008 Dez.. [Citado 2009 Dez 12]. Disponível em: <http://issuu.com/grupocurumim/docs/dossieabortoinsegurobahia>.
20. Gesteira SMA, Diniz NMF, Oliveira EM. Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21(3): 449-53. [Citado 2009 Dez 12]; Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt\\_11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_11.pdf).
21. Sterling AF. Dualismos em duelo. *Cad Pagu*. 2002; (17-18): 9-79
22. Heilborn, ML. A construção do problema social da gravidez na adolescência no Brasil. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond; 2006. p. 29-59.
23. Cabral CS. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19 (Supl 2): S283-92.
24. Armas H. Whose sexuality counts: poverty, participation and sexual rights. *IDS Working Paper 294* [internet]. nov. 2007. [Citado 2009 Out 13]. Disponível em: <http://www.ntd.co.uk/idsbookshop/details.asp?id=939>.
25. Ávila MB. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19 (Supl 2): S465-9.

---

**Endereço para correspondência**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
Transnordestina, s/n. Bairro: Novo Horizonte. Caixa  
postal 252 e 294.  
Feira de Santana – Bahia  
CEP: 44.036-900.

Recebido em 09/07/2010

Aprovado em 30/08/2011