



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
LINHAS DE PESQUISA: SOCIEDADE E CONHECIMENTO, SOCIEDADE PARTICIPAÇÃO SOCIAL E
POLÍTICAS PÚBLICAS**

REGINA BEATRIZ DE ANDRADE VARGAS

**A SAÚDE INTEGRAL DAS MULHERES E A EDUCAÇÃO MÉDICA:
UMA PONTE POR CONSTRUIR**

**Porto Alegre
Agosto, 2012**

REGINA BEATRIZ DE ANDRADE VARGAS

**A SAÚDE INTEGRAL DAS MULHERES E A EDUCAÇÃO MÉDICA:
UMA PONTE POR CONSTRUIR**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Linhas de Pesquisa Sociedade e Conhecimento; Sociedade, Participação Social e Políticas Públicas, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Orientadora: Prof^a Maíra Baumgarten Corrêa

Porto Alegre

Agosto, 2012

CIP - Catalogação na Publicação

Vargas, Regina Beatriz de Andrade

A saúde integral das mulheres e a educação médica:
uma ponte por construir / Regina Beatriz de Andrade
Vargas. -- 2012.
284 f.

Orientadora: Maíra Baumgarten Corrêa.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências
Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia,
Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. Saúde da mulher. 2. Políticas de saúde. 3.
Teoria feminista. 4. Educação médica. 5. Estudos de
gênero. I. Corrêa, Maíra Baumgarten, orient. II.
Título.

REGINA BEATRIZ DE ANDRADE VARGAS

**A SAÚDE INTEGRAL DAS MULHERES E A EDUCAÇÃO MÉDICA:
UMA PONTE POR CONSTRUIR**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Aprovado em 16 de agosto de 2012.

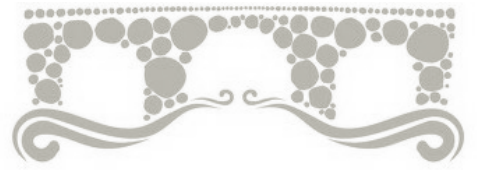
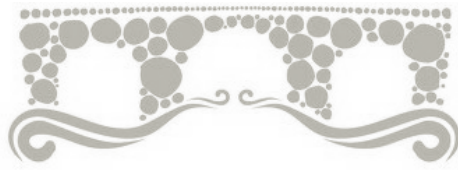
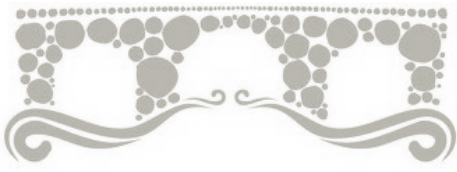
Banca Examinadora:

Prof^a Maíra Baumgarten Corrêa
(Orientadora)

Prof^a Madel Therezinha Luz
(Membro)

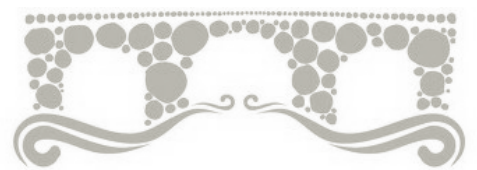
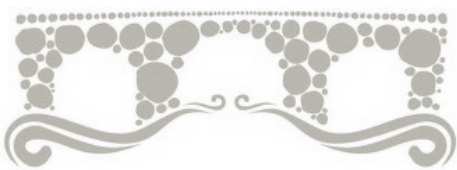
Prof^a Jussara Reis Prá
(Membro)

Prof. Ricardo Burg Ceccim
(Membro)



*Para Iríca,
de quem aprendi que se pode
ser forte sem perder a doçura.*

Para Carolina, Pedro e Líana.



AGRADECIMENTOS

A reflexão é muitas vezes um processo solitário. Mas seus insumos..., esses dependem de muitas e muitas pessoas. A reflexão que produz conhecimento bebe do conhecimento construído, acumulado, reformulado e renovado, comunicado por muitas vias, às vezes olvidado por muito tempo, depois resgatado. O tempo para refletir, por sua vez, supõe uma retaguarda indispensável. O processo de escrever e de dar sentido ao que se escreve exige a crítica construtiva de distintos olhares. A produção que logrei finalizar e entregar aqui, então, é produto de muitas mentes, muitas mãos e muitos corações, e não há como identificar todas, e menos ainda espaço para registrá-las. Mas, algumas/alguns tiveram papel determinante e é justo deixar expressa minha gratidão:

Em primeiro lugar, a Máira Baumgarten, minha orientadora, competente e generosa, que bem depressa se tornou amiga. Por me apontar caminhos e abrir portões para novos horizontes, meu agradecimento especial. É muito bom trabalhar contigo!

À CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, sem cujo apoio, possivelmente, este produto teria sido impraticável.

Aos professores do PPG em Sociologia, especialmente, àqueles com quem tive o privilégio de conviver e aprender, Clarissa Eckert Neves, Jalcione Almeida, Luciano Fedozzi, Madel Luz, Máira Baumgarten, Renato Oliveira, Sonia Guimarães, Soraya Vargas Côrtes, assim como aos coordenadores Marcelo Kunrath Silva e Marília Ramos.

Às professoras Jussara Prá e Lorena Holzmann pelas valiosas contribuições na etapa de qualificação, que induziram um repensar o projeto.

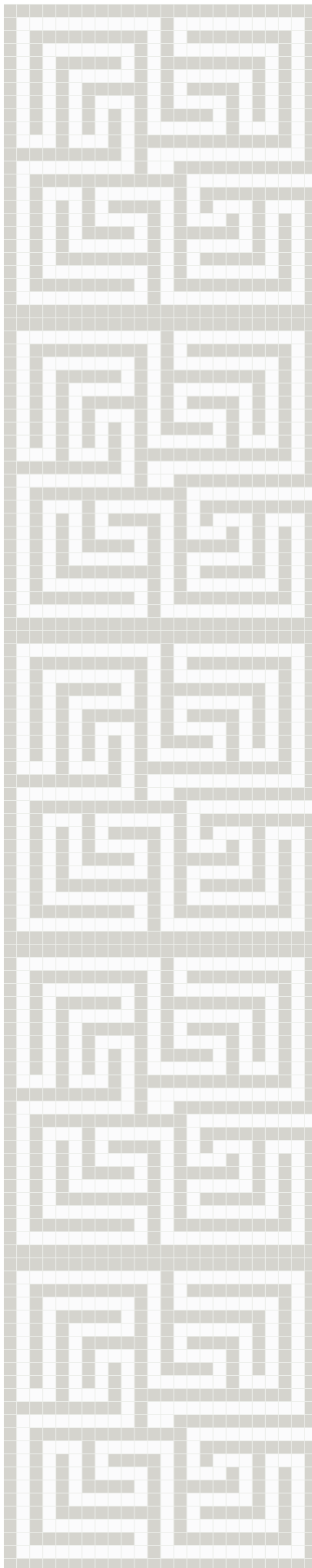
A Regiane Accorsi e Fabiana Pinheiro, nosso apoio fundamental e solícito na Secretaria do PPGS.

Aos colegas de curso, que não ousou nomear para não cometer injustiça, pelas contribuições, trocas inspiradoras e pela parceria.

Aos editores da revista Sociologias, que acolheram e introduziram ao processo editorial uma administradora, quase química, sedenta de entender mais e mais as ciências sociais e que encontrou em Sociologias um caminho para isso. E aos colegas com quem compartilhei atividades na secretaria da Revista, em especial, Leonardo Santos de Lima, parceiro de muitas jornadas e longas conversas, jovem cientista social e agora colega de mestrado, pelos *insights* sobre Bourdieu.

Aos amigos, que perto e longe me apoiaram de diferentes formas e em distintos momentos. Em especial, a Galeno Almeida, amigo querido cuja parceria me proporcionou um apoio fundamental neste período de dedicação aos estudos. A Rosinha Carrion, pelos conselhos e por me “puxar” para momentos de “relax”. A Cristina Câmara, pelas contribuições, pelo carinho e paciência com uma amiga ausente e relapsa na comunicação. A Telião Negrão, Maria Luísa de Oliveira e Vera Daisy Barcelos: me aguardem! Estou voltando, cheia de ideias novas!

Finalmente, à família, suporte fundamental no decorrer deste processo. A Carolina, Pedro, Liana e Cláudia – filhas, filho e nora querid@s – incentivadores dessa jornada. A Irica, minha mãezinha zelosa e sempre presente, a meus irmãos e irmã, Adel, Marco Antônio e Rosely, e cunhadas Marize e Marina, pela compreensão e paciência com minhas ausências.



Com o vento cruzei
palavras.
Vieram folhas em branco
na vertical
vagas estrelas da Ursa
na horizontal
a roca sem fuso ou uso
no vendaval
e um poema esfacelado
na marginal.

Maria Thereza Noronha
(Poesia em três tempos)

RESUMO

O estudo toma por base a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher lançada, em 1984, como uma política nacional que rompia com um modelo tradicional de assistência à saúde das mulheres, materno-infantil e impositivo, e discute, a partir de evidências, a não conformidade das práticas hoje vigentes de atenção à saúde da população feminina com os princípios que orientam a política. A partir de um resgate histórico da construção dos marcos conceituais e normativos da saúde da mulher e da integralidade em saúde, discute-se a formação de um saber médico fundado em uma racionalidade cartesiana – analítica e mecanicista – como inadequado a uma prática profissional consistente com esses princípios. Sob o facho teórico da epistemologia feminista advogada por Sandra Harding e Helen Longino e caracterizada por um método científico feminista, o qual rechaça a pseudo “neutralidade” da ciência em favor de um fazer científico posicionado a partir da perspectiva e das necessidades das mulheres, a pesquisa levanta a hipótese de que a formação médica constitui um dos obstáculos à implementação efetiva da PNAISM e propõe-se a investigar em que medida os princípios e valores da equidade de gênero e da integralidade em saúde são transmitidos aos estudantes de medicina nas escolas médicas do RS. O estudo revelou esforços por parte de muitas das escolas no sentido de adaptar seus currículos de modo a favorecer uma visão integral da saúde, mas que é preciso aprofundar as mudanças para lograr este objetivo. No que concerne à equidade de gênero e aos princípios que norteiam a saúde integral das mulheres, a pesquisa apontou o despreparo das escolas para uma formação consistente com tais princípios e a prevalência de representações e percepções da mulher que perpetuam o foco materno-infantil na assistência à saúde.

Palavras chave: Saúde da Mulher. Políticas de Saúde. Teoria Feminista. Educação Médica. Estudos de Gênero.

ABSTRACT

The study is based on the National Policy of Comprehensive Healthcare for Women (PNAISM) launched, in 1984, as an innovative countrywide policy which was to break with the old standard of women's healthcare focused exclusively on mother-baby care, and discusses, upon evidence, the non-conformity of current healthcare practices aimed at women to the principles that guide that policy. Starting from a historical recovery of the building process of both women's health and comprehensive health conceptual and normative framework, we discuss the constitution of a medical knowledge founded on a Cartesian rationality – analytical and technician – as one improper for a medical practice that is to be coherent with those principles. Under the theoretical light of the feminist epistemology advocated by Sandra Harding and Helen Longino and characterized by a feminist scientific method that rejects the pseudo “value free” character of the scientific knowledge on behalf of a situated scientific method that produces knowledge from women's perspective and needs, we suggest that the existing model of medical education is a major hindrance to the effective implementation of PNAISM and propose to investigate whether and to what extent the principles and values of gender equity and comprehensive healthcare are communicated to medical students in the medical schools of the state of Rio Grande do Sul. The research showed some efforts on the part of many medical schools aimed at adjusting their curricula so that to favor a comprehensive view of health and healthcare, although much deeper changes are needed in order to reach this goal. In what respects to gender equity and to the principles that guide the proposal of comprehensive healthcare aimed at women, the research unveiled the current incapability of medical schools for an education process that is consistent with such principles and the prevalence of representations and perceptions of woman that tend to perpetuate the mother-baby emphasis in women's healthcare.

Keywords: Woman's health. Health Policies. Feminist theory. Medical education. Public policies.

RESUMEN

El estudio parte de la Política Nacional de Atención Integral en Salud de la Mujer, puesta en marcha en 1984 como una política nacional que rompió con el modelo tradicional – materno infantil y autoritario – de atención a la salud de las mujeres, y examina, a partir de evidencias, la disconformidad de las prácticas vigentes de atención a la salud frente a los principios que rigen la política. Partiendo del rescate histórico del proceso de construcción de los marcos conceptuales y normativos de la salud de la mujer y de la salud integral, este estudio discute la inadecuación de una formación del saber médico fundada en la racionalidad cartesiana – analítica y mecanicista – para una práctica profesional coherente con estos principios. Basada en la epistemología feminista conforme expresada por Sandra Harding y Helen Longino, la cual se caracteriza por un método científico feminista y rechaza la pseudo "neutralidad" de la ciencia en favor de una toma de posición científica desde la perspectiva y necesidades de las mujeres, la investigación plantea la hipótesis de que la educación médica es uno de los obstáculos para la aplicación efectiva de PNAISM y se propone investigar en qué medida los principios y valores de la equidad de género y la integridad en salud son transmitidos a los estudiantes en las facultades de medicina del estado de Rio Grande do Sul (Brasil). El estudio ha mostrado que existen esfuerzos por parte de muchas escuelas para adaptar sus planes de estudio con el fin de promover una visión integral de la salud, pero que todavía es necesario profundizar los cambios para lograr este objetivo. En lo que respecta a la igualdad de género y los principios que guían la política de salud integral de las mujeres, el estudio apuntó la inadecuación de las estructuras y contenidos de los currículos de medicina para una formación acorde con estos principios, además del predominio de percepciones y representaciones de la mujer que perpetúan el énfasis en la atención materno-infantil en salud.

Palabras clave: Salud de la mujer. Políticas de salud. Teoría feminista. Educación médica. Políticas públicas.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Integralidade como imagem-objetivo	72
Figura 2 – Dimensões do conceito de racionalidade médica	73
Figura 3 - Repercussões na Saúde Associadas à Violência contra as Mulheres.....	123
Figura 4 – Campanha contra novos cursos de medicina	140

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número de escolas médicas criadas por período.....	135
Gráfico 2 – Número de escolas médicas reconhecida por período	135
Gráfico 3 – Evolução % comparativa – cursos de graduação - geral e medicina – Brasil, 1984-2009.....	139
Gráfico 4 – Distribuição das escolas médicas por UF -2011.....	143
Gráfico 5 – Distribuição das escolas médicas por região do Brasil - 2011	143
Gráfico 6 – Distribuição das escolas médicas por vinculação administrativa – Brasil 2011	143
Gráfico 7 – Evolução do número de candidatos e ingressantes nos cursos de medicina por gênero - Brasil, 1998-2004	144
Gráfico 8 – Evolução do número de concluintes dos cursos de medicina por gênero e por dependência administrativa – Brasil, 1999 - 2008	145
Gráfico 9 – Evolução da entrada de médicos, 1910 a 2010, segundo sexo	146

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Matriz das categorias de análise	37
Quadro 2 – Conceitos associados à categoria ‘gênero’.....	45
Quadro 3 – Comparação entre racionalidades médicas distintas segundo dimensões	74
Quadro 4 – Princípios norteadores do SUS	98
Quadro 5 – Avaliação dos representantes da UFRGS sobre a implementação do Pró-Saúde II	162
Quadro 6 – Avaliação dos representantes da UFSM sobre a implementação do Pró-Saúde II	165
Quadro 7 – Avaliação dos representantes da UFPel sobre a implementação do Pró-Saúde II	168
Quadro 8 – Avaliação dos representantes da UCPel sobre a implementação do Pró-Saúde II	174
Quadro 9 – Avaliação dos representantes da UPF sobre a implementação do Pró-Saúde II	179
Quadro 10 – Avaliação dos representantes da PUC-RS sobre a implementação do Pró-Saúde II	182
Quadro 11 – Avaliação dos representantes da UNISC sobre a implementação do Pró-Saúde II.....	186
Quadro 12 – Análise das categorias e indicadores.....	191

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Escolas Médicas do Rio Grande do Sul - 2011	154
Tabela 2 - Classificação das escolas médicas gaúchas no ENADE	155
Tabela 3 – Total de médicos com registro ativo no RS, 2012*	156
Tabela 4 – Total de mulheres médicas com registro ativo no RS.....	156
Tabela 5 – Médicos ocupados no Rio Grande do Sul, SUS e não SUS – algumas categorias	156
Tabela 6 – Cursos de Medicina do Rio Grande do Sul, segundo estrutura e conteúdos específicos	187

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CDSS	Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CEDAW	Convenção pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
CES	Câmara de Educação Superior
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIDH	Corte Interamericana de Direitos Humanos
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas
CIPD	Conferência Internacional de População e Desenvolvimento
CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CREMESP	Conselho Regional de Medicina de São Paulo
DASS	Departamento de Análise da Situação em Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCT	Departamento de Ciência e Tecnologia
ECOSOC	Conselho Econômico e Social da ONU
ENADE	Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAMED-UFRGS	Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
FURG	Universidade Federal de Rio Grande
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IDA	Integração Docente-Assistencial
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MEC	Ministério da Educação
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social

MS	Ministério da Saúde
MS/GM	Ministério da Saúde/ Gabinete do Ministro
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OEA	Organização dos Estados Americanos
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres
PROMED	Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RMM	Razão de Mortes Maternas
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
SSMA	Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UCS	Universidade de Caxias do Sul
UCPel	Universidade Católica de Pelotas
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
ULBRA	Universidade Luterana do Brasil
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul
UPF	Universidade de Passo Fundo
USAID	United States Agency for International Development

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
1. SOBRE LABIRINTOS E PONTES	20
1.1. TRAJETÓRIA: DO PROBLEMA SOCIAL À QUESTÃO DE PESQUISA	20
1.2. A SAÚDE COMO UM DIREITO E A NEGAÇÃO DO ACESSO	22
1.3. OBJETIVOS DO ESTUDO	26
1.4. DA RELEVÂNCIA DO ENFOQUE DE GÊNERO NA ATENÇÃO À SAÚDE	27
1.5. HIPÓTESES NORTEADORAS	32
1.6. ESCOLHAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS	33
2 OS ÂNGULOS DO OLHAR: MARCO TEÓRICO	39
2.1 O FEMINISMO E OS ESTUDOS SOCIAIS DA CIÊNCIA	42
2.1.1 Gênero como categoria de análise nas ciências	44
2.1.2 O sistema sexo/gênero e sua reprodução na ciência	46
2.1.3 A dominação masculina e sua reprodução	53
2.2 UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA DOS CONCEITOS DE SAÚDE E SAÚDE DA MULHER	57
2.2.1 Evolução do conceito de saúde	57
2.2.2 Saúde da mulher, saúde reprodutiva e saúde sexual	60
2.2.3 Direitos sexuais e direitos reprodutivos	62
2.3 INTEGRALIDADE	64
2.4 RACIONALIDADES MÉDICAS	72
3 ENTRE OS CÂNONES E A PRÁXIS: UMA PONTE A CONSTRUIR	76
3.1 DIRETRIZES POLÍTICAS DA SAÚDE DAS MULHERES	78
3.1.1 Marco internacional	78
3.1.2 Marco nacional	83
3.2 DIRETRIZES DO SUS: A INTEGRALIDADE COMO IMAGEM OBJETIVO	93
3.3 A PRÁTICA EM SAÚDE DA MULHER E SEUS DESFECHOS NO BRASIL	99
4 A EDUCAÇÃO MÉDICA E O SUS: MARCO SITUACIONAL	109
4.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS: A CONSTRUÇÃO DO SABER MÉDICO COMO UM CAMPO DE PODER	110
4.2 CRÍTICAS AO MODELO BIOMÉDICO E QUESTÕES RELEVANTES PARA A INTEGRALIDADE	118
4.3 POLÍTICAS E PROJETOS PARA A EDUCAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE	124
4.3.1 Políticas e programas recentes para a reforma do ensino médico	129
4.3.2 Da retórica da mudança às barreiras estruturais/ ideológicas	132
4.4 ESCOLAS MÉDICAS NO BRASIL: EVOLUÇÃO E PANORAMA ATUAL	134
5 A EDUCAÇÃO MÉDICA E A PNAISM: O CASO DO RIO GRANDE DO SUL	148
5.1 A DÉCADA DE 1980 E O CONTEXTO DA REFORMA SANITÁRIA NO RIO GRANDE DO SUL	148

5.2	A EDUCAÇÃO MÉDICA NO RIO GRANDE DO SUL	154
5.2.1	Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul	158
5.2.2	Curso de Medicina – Universidade Federal de Santa Maria	162
5.2.3	Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Pelotas	166
5.2.4	Medicina – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	169
5.2.5	Medicina – Universidade Católica de Pelotas	172
5.2.6	Medicina – Universidade de Caxias do Sul – UCS	174
5.2.7	Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Rio Grande	176
5.2.8	Faculdade de Medicina – Universidade de Passo Fundo	178
5.2.9	Faculdade de Medicina – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul	180
5.2.10	Medicina – Universidade Luterana do Brasil – ULBRA	182
5.2.11	Medicina – Universidade Santa Cruz do Sul – UNISC	185
5.3	ENTRE CURRÍCULOS TRADICIONAIS E MODELOS INOVADORES: O PERFIL DA EDUCAÇÃO MÉDICA GAÚCHA	186
5.3.1	A formação médica e as perspectivas da integralidade e de gênero	189
6	<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	201
	<u>REFERÊNCIAS</u>	211
	REFERÊNCIAS DA INTERNET	223
	<u>APÊNDICES E ANEXOS</u>	225
	APÊNDICES	226
	APÊNDICE 1: NORMATIVAS NACIONAIS REFERIDAS À SAÚDE DAS MULHERES	227
	APÊNDICE 2: ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL 2012	236
	APÊNDICE 3: CURRÍCULOS DAS ESCOLAS MÉDICAS DO RIO GRANDE DO SUL	245
	APÊNDICE 4: ESTRATÉGIA DAS REFORMAS PROMED	258
	APÊNDICE 5: ESTRATÉGIA REFORMAS PRÓ-SAÚDE	259
	ANEXOS	260
	ANEXO 1: VIOLÊNCIA DE GÊNERO E A CARÊNCIA DE DADOS OFICIAIS	261
	ANEXO 2: CLIPPING DE NOTÍCIAS “DESUMANIZAÇÃO” DO PARTO E DO PRÉ-NATAL	262

INTRODUÇÃO

A abordagem integral à saúde das mulheres como objetivo das práticas de assistência à saúde está estabelecida no Brasil desde 1984, quando foi instituída pelo governo federal a política nacional denominada PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Resultado de mobilizações dos movimentos de mulheres e de interesses no âmbito das políticas populacionais, o PAISM sinalizava diretrizes de superação do foco materno-infantil vigente na assistência à saúde das mulheres e apontava a saúde como um direito e afirmava a autonomia da mulher no cuidado com sua saúde. Desde então, todo um arcabouço de políticas, instrumentos legais e normativas técnicas veio se constituindo no Brasil com foco na atenção à saúde das mulheres, reconhecendo sua especificidade e necessidade de proteção diferenciada.

Em 2004, o governo federal lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com propostas de atualização e de expansão das ações do PAISM, particularmente no que tange a lacunas identificadas na implementação da política anterior. Já, em 2011, um aparente retrocesso se apresentava, na forma de um programa chamado “Rede Cegonha”, suscitando a mobilização intensa das organizações de mulheres contra alguns de seus aspectos que minavam conquistas históricas do movimento. Idas e vindas à parte, o marco legal das políticas de saúde da mulher e do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece a integralidade na atenção à saúde como um princípio. Portanto, todas as especificidades que envolvem a saúde das mulheres devem ser consideradas e não somente a maternidade.

No entanto, a despeito de diretrizes políticas e normas regulamentadoras, na prática, pouca mudança se verificou, conduzindo à necessidade de se investigar, nesse campo complexo e multifacetado que é o sistema nacional de saúde, onde estão os nós que impedem o fluxo dessas diretrizes até seu ponto de vazão, que são os serviços de saúde e a atenção médica às mulheres.

O presente estudo parte do pressuposto que um nó importante nesse percurso reside na qualidade da formação dos profissionais da medicina e, nesse sentido, busca traçar um panorama de como essa formação se constitui no estado do Rio Grande do Sul. Com isso, pretende identificar possíveis entraves, na educação médica, à integralidade na atenção à saúde das mulheres.

A dissertação está estruturada em cinco capítulos, além dessa introdução e das considerações finais. O primeiro capítulo descreve a trajetória da identificação do problema social até a questão de pesquisa, aponta os fundamentos teóricos que norteiam o estudo e discorre sobre o percurso metodológico escolhido, descrevendo, por fim, o modelo de análise construído para a pesquisa. O segundo capítulo disserta sobre o marco teórico amplo e explicita os conceitos implicados no estudo, sob duas perspectivas principais: a da epistemologia feminista e a das racionalidades médicas e da evolução do conceito de saúde no contexto dos organismos mundiais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS). O terceiro capítulo busca contextualizar a situação da atenção à saúde das mulheres no Brasil, contrapondo os marcos normativos vigentes com os desfechos da prática da assistência. O quarto capítulo faz um resgate histórico da evolução da educação médica no Brasil, de como o *saber médico* se constitui como um campo de poder fundado em um modelo biologicista e mecanicista, bem como das críticas que passam a emergir em relação à inconsistência desse modelo em face das políticas e dos princípios de integralidade e de promoção e prevenção da saúde implícitos na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O capítulo apresenta, ainda, algumas das iniciativas voltadas a promover reformas curriculares nas escolas médicas brasileiras e as principais barreiras que se colocam a tais propostas, encerrando com um panorama do crescimento das escolas médicas no Brasil. O quinto capítulo, finalmente, dedica-se a descrever a educação médica no Rio Grande do Sul e o perfil das onze escolas e currículos que compõem o quadro do ensino médico gaúcho, contrapondo os achados com a matriz de análise proposta. As considerações finais fazem uma breve retrospectiva do estudo e de suas conclusões, apresentando propostas para futuras pesquisas e para uma agenda política promotora de mudanças.

1. SOBRE LABIRINTOS E PONTES

Uma trajetória intrincada marcou o processo até a questão de pesquisa definidora do presente estudo. O campo de saber que envolve as políticas e as práticas em saúde das mulheres constitui um espaço complexo no qual operam atores muito diversos, múltiplos interesses, diferentes perspectivas, coalizões e barreiras.

Este capítulo introdutório fala de um labirinto que esconde o Minotauro representado pela falta de acesso das mulheres a uma atenção integral e humanizada a sua saúde. E fala da necessidade de pontes e de derrubada de barreiras, para as quais o estudo, ao modo de um fio de Ariadne, buscará marcar o caminho de construção das primeiras e de possível superação das segundas.

1.1. Trajetória: do problema social à questão de pesquisa

O ponto de partida sempre esteve claro. Da vivência pessoal, e do trabalho nos movimentos sociais que aproximava esta autora das narrativas de mulheres usuárias dos SUS sobre suas próprias experiências com a atenção à saúde, uma evidência saltava aos olhos: a atenção integral à saúde das mulheres anunciada na política e promovida nos movimentos não é, nem nunca foi, integral.

O contexto, no entanto, mostrava-se favorável à efetivação de uma atenção integral: uma política nacional com mais de duas décadas de vigência, descentralizada e com suas correspondentes estaduais e municipais bem definidas em uma parte considerável do território brasileiro; um sistema de saúde público universal, descentralizado e hierarquizado em níveis de atenção à saúde, cujo público usuário é majoritariamente constituído por mulheres e que contempla instâncias de participação e controle sociais; um movimento social atuante sobre a temática e bastante organizado nos âmbitos nacional, estadual e municipal, o qual, em boa medida, opera em parceria com o Estado na capacitação de técnicos e profissionais da atenção básica para a interface gênero e saúde e a importância da noção de integralidade; e, por fim, um aparente consenso entre os discursos do poder público e do movimento social

sobre as especificidades da saúde da mulher e a importância de uma abordagem de gênero e integral na atenção à saúde.

Diante deste contexto, e de uma realidade que insiste em contradizê-lo, paira, pois, a questão: por quê? Por que razão uma política que aparentemente conta com a aceitação geral, com programas específicos e com a participação ativa da sociedade civil em sua formulação e controle social não consegue efetivar-se em consonância com os princípios que enuncia? A inquietação provocada por este questionamento levou inicialmente à hipótese de que o problema poderia ser atribuído a ausência de um consenso verdadeiro, entre gestores da saúde e movimento social, em torno dos sentidos e significados de conceitos cruciais, intrínsecos à política. Isto é, termos como *equidade de gênero* e *integralidade* referidos à saúde das mulheres, quando utilizados por gestores da saúde e pelo movimento social portariam distintos significados para cada um desses atores, ou, segundo Habermas (1987; 1994), haveria uma lacuna na *ação comunicativa* estabelecida entre esses atores representada pelo não cumprimento das *pretensões universais de validade* com relação àqueles conceitos.

Para Habermas (1987), a ação comunicativa consiste naquela que se dá entre sujeitos capazes de linguagem e de interação e está voltada ao entendimento, ou seja, à produção de consenso sobre objetos no mundo, sobre fatos, sobre pessoas e suas manifestações. Cada sujeito da ação comunicativa deve cumprir, como mínimo, em sua interação, as condições de: expressar-se de forma *inteligível*; dar a entender *algo*; fazer-se entender *ele/ela própria*; entender-se *com os outros* (HABERMAS, 1994: 193-199). Estes quatro componentes do pleno entendimento nem sempre estão presentes na comunicação linguística entre os atores sociais e, por essa razão, como aponta o sociólogo, é preciso analisar os processos comunicativos “sob o aspecto dinâmico da produção de um acordo”, pois

[t]ípicos são os estados nessa zona difusa entre, por um lado, a incompreensão e o mal-entendido, a não veracidade intencional e a involuntária, a não concordância velada e a aberta e, por outro, o estar de acordo de antemão e o entendimento; nesta zona, o acordo é algo que se deve produzir ativamente (HABERMAS, 1994: 199, tradução própria).

A possibilidade de que o movimento de mulheres não estivesse se fazendo entender adequadamente, ou da existência de uma não concordância velada por parte de gestores com relação aos conceitos integrados à política no processo de sua

formulação conduziu à proposta inicial de investigar e comparar os sentidos presentes nos discursos desses atores.

Contudo, a exploração do campo e novas leituras, pouco a pouco, foram evidenciando que o problema social tinha raízes mais profundas do que a simples ausência de um consenso linguístico em torno de noções que orientam a política. Além disso, o papel específico de um conjunto de atores destacava-se como fundamental na persistência do problema social, este expresso em uma atenção à saúde que continua cega às desigualdades de gênero, às subjetividades, à agência e à integralidade da pessoa usuária do sistema. Ou seja, evidenciava-se o fato de que é na prática mesma da atenção à saúde que a resistência aos princípios norteadores da PNAISM se realizava. Apesar de discursos, diretrizes e programas no âmbito da gestão da saúde, é o cuidado médico que teima em uma prática descolada da abordagem de gênero e de direitos humanos orientadora da política. Daí emerge uma nova questão de pesquisa, de foco mais restrito, que busca desvendar uma das causas do problema social. O contexto social que conduz a essa questão é detalhado a seguir.

1.2 A saúde como um direito e a negação do acesso

O século XX trouxe consigo as maiores atrocidades até então perpetradas na história humana, mas, por outro lado, foi também a era em que mais se avançou na construção de novas noções de direitos e de cidadania, na busca de um marco protetor da vida e das liberdades de indivíduos e grupos humanos contra a opressão e o totalitarismo dos grupos no poder. Como o denominou Bobbio (1992) – foi a *era dos direitos*. Junto aos conceitos de direitos humanos – direitos fundamentais; civis e políticos; sociais, econômicos e culturais; coletivos e difusos – evoluiu, concomitantemente, o conceito de saúde como um direito fundamental de toda a pessoa, definido não mais como a ausência de doença e sim como o estado de completo bem estar, o qual é socialmente determinado.

Criados no âmbito dos organismos internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização dos Estados Americanos (OEA) entre outras, os referidos marcos de direitos, à medida que são pactuados na esfera internacional, vão sendo gradualmente incorporados ao

arcabouço legal dos Estados nacionais e transformados em políticas públicas, seja por pressão internacional, seja pela mobilização social interna. Tais mecanismos, dependendo da vontade política dos governos, dos recursos alocados para sua implementação e de fatores culturais e conjunturais diversos, alcançarão maior ou menor eficácia na proteção e no acesso aos direitos a que se referem.

Entre as concepções de direitos que avançaram consideravelmente ao longo do século XX, está a de igualdade de gênero e os conceitos conexos de direitos das mulheres (proteção contra a violência de gênero e a discriminação); de equidade de gênero como forma de equilibrar as disparidades de poder entre homens e mulheres, de difícil superação porque arraigadas na cultura; e de direitos sexuais e reprodutivos (estes, um referencial ainda em construção) que buscam assegurar, entre outras coisas, a liberdade de escolha de exercer a sexualidade e de ter filhos, ou não, quando, com quem e de que modo.

Neste contexto, a saúde sexual e reprodutiva constitui não apenas um campo de direitos em construção como também um novo campo epistemológico, no qual as categorias gênero, saúde, sexualidade e reprodução se articulam para produzir novos sentidos, com vistas a orientar práticas coerentes com os direitos humanos que conformam a ética do novo milênio.

Na esfera do direito internacional, o primeiro documento a fazer referência a questões de saúde reprodutiva é o documento final da Conferência Internacional de Direitos Humanos da ONU, realizada em Teerã, em 1968, o qual estabelece o direito ao planejamento familiar. Mas é em 1994 que uma mudança significativa de abordagem será observada no âmbito internacional: a atenção à saúde sexual e reprodutiva das populações, considerada sob as perspectivas dos direitos humanos e da igualdade de gênero, ganha reconhecimento como prioridade das políticas de desenvolvimento na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento -CIPD (ONU – Cairo, 1994).

Políticas voltadas à saúde das mulheres, tanto no Brasil como em muitos outros países, estiveram sempre reduzidas a políticas de atenção materno-infantil e, especialmente nos países periféricos, focadas no controle da natalidade. No Brasil, uma mudança importante no perfil dessas políticas já apontara em 1984, antes mesmo da CIPD, com a criação do PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Esta iniciativa, em boa medida impulsionada pela ação dos movimentos de

mulheres, rompeu com a abordagem demográfica e controlista da saúde reprodutiva até então vigente, a partir da proposta de uma política focada na *saúde integral da mulher* (ÁVILA; CORRÊA, 1999; CORRÊA; JANNUZZI; ALVES, 2006; SCAVONE, 2000). O PAISM surge, assim, integrando um novo conceito de atenção à saúde que tem nas mulheres não mais “objetos reprodutivos” das ações de saúde materno-infantil e sim sujeitos ativos no cuidado de sua saúde, em todos os ciclos da vida, e para quem a reprodução é um direito e não dever ou destino. A nova política transcende as questões reprodutivas e busca, como afirma Wilza Villela, “problematizar as condições sociais de desigualdade que configuram o cotidiano das mulheres como determinantes no processo de produção de suas queixas, patologias, mal-estares e modos como se relacionam com estes agravos” (VILLELA, 2000 p. 24).

No entanto, embora tenha se constituído como uma política inovadora e afinada com o conceito de saúde como um direito humano fundamental, que buscou proporcionar atendimento pleno às especificidades das mulheres em todos os ciclos de sua vida, o PAISM não logrou implementar-se de forma consistente com os princípios que enunciava (CORRÊA, 1993; CORRÊA, JANNUZZI e ALVES, 2006; PEDROSA, 2005). Isto, a despeito da ação persistente dos movimentos de mulheres, da presença de feministas e mulheres comprometidas com a pauta de reivindicações dos movimentos na gestão de programas de saúde da mulher, da presença desses movimentos nas instâncias de controle social da saúde em todos os níveis e do discurso de integralidade e de equidade presente nas manifestações do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde e dos Conselhos Gestores.

Quase trinta anos passados da criação da política e mais de quinze, da CIPD, a atenção à saúde da população feminina no Brasil ainda dá mostras de iniquidades graves. A busca por constituição e garantia de direitos no campo da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, nas últimas décadas, tem se configurado como um trabalho árduo e persistente, marcado por avanços e retrocessos. Apesar de reconhecidos avanços, a atenção à saúde da mulher segue pautada por iniquidades de gênero, é qualitativamente deficitária, além de recortada por desigualdades gritantes entre as regiões do país e entre grupos específicos de mulheres, como entre brancas e negras.

Em suma, como se evidenciará adiante nesta pesquisa, a integralidade está longe de ser realidade na atenção à saúde das mulheres brasileiras, o foco materno-

infantil parece continuar vigorando na maior parte dos serviços e há fortes indícios de que não se estabeleceu até agora um sentido partilhado entre os diversos atores e instituições implicadas nestas políticas, especialmente aqueles envolvidos nas práticas da saúde, sobre conceitos como integralidade em saúde, igualdade de gênero, autonomia do sujeito no cuidado da própria saúde. Ou seja, o novo paradigma, que veio romper com o modelo biomédico e a discriminação de gênero na saúde, não conseguiu ainda deslocar estes últimos.

Diante de uma política pública que contou e conta com a ativa participação das organizações feministas em sua formulação e controle social, com programas específicos na estrutura de gestão da saúde nos níveis estadual e municipal, com os discursos da integralidade e da equidade de gênero apropriado pelos gestores; e, em contraposição, diante do quadro real aqui apresentado, cabe supor que um dos obstáculos/resistências importantes à efetivação desta política resida nas práticas, na entrega dos serviços às usuárias por parte dos profissionais da saúde, particularmente na prática médica, que é aquela em que as relações hierárquicas entre quem detém o conhecimento e quem busca uma solução para sua questão de saúde se manifestam com maior intensidade. O que suscita a questão: em que medida os conceitos e valores que orientam a PNAISM estão incorporados à prática médica? Em outras palavras, os profissionais da medicina estariam preparados para uma prática de saúde consistente com as diretrizes da política de atenção integral à saúde das mulheres?

Como aponta Madel Luz, um dos pontos de grande interesse, embora muito negligenciado, para os debates sobre as políticas da saúde “é o da formação de recursos humanos nas áreas disciplinares ligadas à saúde, no tocante à educação acadêmica e à qualificação profissional de quem vai atuar na área de atenção à população” (LUZ, 2007 p. 124). E a pesquisadora acrescenta: “O desconhecimento dos obstáculos que a formação tradicional pode gerar e tem gerado às políticas de saúde mais bem-intencionadas e mais adequadas à realidade sanitária do país é, no mínimo, sensível e, no máximo, assustador” (*idem*).

Considerando que a criação da PAISM, hoje PNAISM, representou uma mudança de paradigma na atenção à saúde das mulheres, a qual depois de mais de duas décadas ainda não se concretizou, restam as questões:

- Onde se localizam as principais resistências à mudança de paradigma?
- Os conceitos e princípios que fundamentam a PNAISM são disseminados entre os atores implicados na prestação dos serviços de saúde e apropriados por eles? De que modo?
- Qual o papel das instituições de formação/ qualificação dos profissionais da medicina na efetivação plena da PNAISM?

À procura de respostas para estas questões – respostas que possam apontar caminhos de superação dos obstáculos – e partindo do pressuposto de que são as crenças, os valores e os sentidos apropriados pelos profissionais responsáveis pela prestação da atenção à saúde que podem, em última análise, determinar a lógica que orienta a efetivação da política, se buscará, através desta pesquisa, identificar, na formação acadêmica desses profissionais, as convergências e divergências com relação aos princípios direcionadores do PAISM/PNAISM.

Com isto em vista, a próxima seção define os objetivos colocados para a pesquisa.

1.3 Objetivos do estudo

1.3.1 Geral:

Identificar, nas escolas médicas do Rio Grande do Sul, limites e possibilidades da formação médica para a preparação de profissionais aptos a uma prática de atenção à saúde das mulheres consistente com os princípios enunciados na PNAISM.

1.3.2 Específicos:

- 1) Mapear e comparar projetos pedagógicos, grades curriculares e programas de disciplinas relevantes das escolas de medicina do estado do RS. (ESTRUTURA)
- 2) Analisar os conteúdos das disciplinas, currículos e projetos com relação à inclusão de conceitos e noções relacionadas a determinantes sociais da saúde da mulher, gênero e saúde integral. (CONTEÚDO)
- 3) Analisar as percepções sobre integralidade em saúde e sobre o ser mulher implícitas à construção dos projetos pedagógicos das escolas de medicina do RS. (REPRESENTAÇÕES)

1.4 Da relevância do enfoque de gênero na atenção à saúde

A saúde constitui um recurso fundamental para a qualidade de vida. Uma condição de vida saudável depende não só de fatores biológicos e individuais, mas é, em boa medida, socialmente determinada, ou seja, sobre ela incidem fatores socioeconômicos, culturais e ambientais. Sendo um recurso indispensável a uma vida digna e com qualidade, a saúde é reconhecida como um direito de toda a pessoa. A Carta de Princípios da OMS, firmada em 7 de abril de 1948, já o reconhecia, estabelecendo como obrigação de todos os Estados a de promover e proteger a saúde de sua população, e definia saúde como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. A Conferência de Alma-Ata (1978) reiterou esta responsabilidade e evidenciou as imensas disparidades entre a situação de saúde dos países desenvolvidos e a dos subdesenvolvidos, enfatizando “a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e implementação dos cuidados à saúde”¹.

Durante os anos 1970 e início dos 80, discussões em torno das limitações das intervenções sobre a saúde orientadas pelo risco de doença nos indivíduos levaram à construção do conceito de *determinantes sociais da saúde*. Este conceito destaca a importância dos padrões e estruturas sociais que conformam as chances das pessoas serem saudáveis e está intrinsecamente associado ao conceito de *equidade*. A Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), da OMS, define equidade na saúde como “ausência de diferenças injustas, evitáveis ou remediáveis na saúde de populações ou grupos definidos com critérios sociais, econômicos, demográficos ou geográficos”. As iniquidades em saúde são definidas como “desigualdades injustas”, isto é, desigualdades que poderiam ser evitadas – desigualdades redutíveis, resultantes das distintas condições e oportunidades da vida (VIANNA *et al.*, 2001).

As desigualdades de gênero conformam-se, assim, como iniquidades que afetam vários aspectos das vidas de mulheres e meninas, especialmente o da saúde.

¹ Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

Como aponta a OMS², ser homem ou mulher impacta significativamente a saúde de uma pessoa, tanto em razão das diferenças biológicas como das desigualdades de gênero. Para a organização, a saúde das mulheres e meninas suscita uma atenção especial, porque, em muitas sociedades, elas estão em situação de desvantagem gerada pela discriminação que tem raízes em fatores socioculturais. Entre estes, identificam-se alguns que impedem as mulheres e meninas de acessar serviços de saúde de qualidade e o melhor nível de saúde possível: relações de poder desiguais entre homens e mulheres, normas sociais que reduzem as oportunidades de educação e de trabalho remunerado para as mulheres, foco exclusivo no papel reprodutivo das mulheres, e a experiência efetiva ou potencial de violência física, sexual e psicológica. Além disso, se a pobreza, por si só, constitui importante barreira de acesso a uma boa condição de saúde para homens e mulheres, ela tende a impor às mulheres e meninas um ônus ainda maior em razão da discriminação de gênero e dos padrões ainda vigentes de divisão sexual do trabalho. Em vista disso, a abordagem de gênero assume importância crucial na formulação de políticas públicas, especialmente no âmbito da saúde.

Às desigualdades de gênero, que ainda marcam a quase totalidade das sociedades modernas, vinculam-se outras duas grandes clivagens sociais, igualmente disseminadas e nocivas: as de raça/etnia e de classe. A sobreposição desses recortes (frequentemente agravada por outros como orientação sexual e idade, por ex.) impõe um ônus e uma vulnerabilidade ampliados, aos quais está sujeita uma parcela considerável das usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual, segundo diversos estudos focados no perfil de seus usuários (TRAVASSOS, *et al.*, 2002), tem nas mulheres e nas pessoas não-brancas sua maior clientela.

Daí decorre a importância social de políticas focadas na atenção à saúde das mulheres e, também, a relevância sociológica de estudos voltados a investigar os fatores que obstaculizam a plena implementação dessas políticas. Se o Brasil conta, há quase três décadas, com uma política nacional voltada à saúde das mulheres, cujo arcabouço normativo estabelece critérios de equidade, de integralidade e de

² Informação disponível no sítio de internet da Organização Mundial de Saúde: http://www.who.int/topics/womens_health/es/. Acesso em: 12.05.2010.

valorização da subjetividade e da agência da pessoa no cuidado de sua saúde; e se, apesar disso, os dados seguem evidenciando um modelo de atenção à saúde da mulher focado na reprodução, na medicalização, fragmentário, discriminatório e cego para a subjetividade do processo saúde-doença – as especificidades, as necessidades e as histórias de vida das mulheres – esta política, conforme apontam os dados oficiais e diversos estudos já mencionados de avaliação da mesma, segue enfrentando obstáculos que precisam ser identificados para que se desenhem estratégias de superação.

No que se refere à produção de conhecimento no Brasil sobre políticas de saúde das mulheres, pode-se afirmar que o tema tem sido objeto de inúmeras pesquisas nas últimas duas décadas. Tais estudos vêm analisando a questão da integralidade na atenção à saúde das mulheres no âmbito do PAISM (COSTA, 1992; CORRÊA, 1993; OSIS, 1994, 1998; BACHA, 1997; BARBOSA, 2001; DUARTE, 2002; PEDROSA, 2005; SOARES, 2007; MAIA *et al.*, 2010), a partir principalmente das perspectivas histórica, da saúde pública, da igualdade de gênero, da prática médica e da psicologia social. De um modo geral, estes estudos apontam que as políticas enunciadas jamais se concretizaram e que a atenção à saúde da mulher preserva ainda, em boa parte, a visão biomédica e um foco materno-infantil. Outros trabalhos descrevem o papel dos movimentos de mulheres na formulação das políticas de saúde sexual e reprodutiva (ÁVILA, 2003; ÁVILA & CORREA, 1999; BARSTED, 1997; CORRÊA, 1993; 2004; CORRÊA, JANUZZI & ALVES, 2006; DELGADO, 2007; GALVÃO, 2008). Estudos focados em questões específicas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, como maternidade, contracepção, mortalidade materna e aborto, entre outras, também têm se multiplicado nos últimos anos, como aponta pesquisa realizada por Estela Aquino (2006) sobre as tendências na produção científica sobre gênero e saúde no Brasil.

Vale destacar, entre os estudos voltados para a saúde sexual e reprodutiva, os projetos de pesquisa desenvolvidos pelo CEMICAMP – Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas³, que influenciaram diretamente a formulação do PAISM.

³ O CEMICAMP, organização não governamental criada em 1977, teve como um de seus principais fundadores o Prof. José Aristodemo Pinotti, cujas pesquisas na área de saúde da mulher constituíram

Outro trabalho importante nesta área foi o projeto da ABEP – Associação Brasileira de Estudos Populacionais, coordenado por Suzana Cavenaghi (2006), que se estendeu de 2002 a 2005, de construção de indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva, e que produziu um importante instrumento para o monitoramento das políticas nesta área.

Por outro lado, existe também extensa produção acadêmica versando sobre as práticas da saúde e racionalidades médicas, discutindo essas práticas e racionalidades face ao Programa de Saúde da Família e às novas diretrizes curriculares do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior para a educação médica. Destaca-se, nesta linha, o grupo de pesquisa Racionalidades Médicas liderado por Madel Luz e sediado na Universidade Federal Fluminense, que conta com pesquisadores de diversas universidades. A inconsistência entre o modelo biomédico, hegemônico nas práticas de saúde, e as diretrizes preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de uma atenção equitativa, integral e integradora das subjetividades, é evidenciada em vários estudos (NOGUEIRA, 2009; 2010; PINHEIRO; LUZ, s/d; TESSER e LUZ, 2008;). Contudo, na revisão de literatura para a presente pesquisa, bem poucos trabalhos foram identificados que analisam especificamente a atenção à saúde das mulheres na perspectiva da educação de profissionais da saúde.

A estratégia de expansão da atenção básica, através do Programa de Saúde da Família – iniciativa que visa a superar os imensos obstáculos colocados à consolidação do SUS – evidenciou a necessidade de profissionais aptos, nas palavras de Maria Inês Nogueira, a “uma prática clínica ampliada e integradora das dimensões biopsicossociais do adoecimento e capaz de promover o cuidado em saúde mediante o trabalho de uma equipe multidisciplinar” (NOGUEIRA, 2009, p.263). Evidência seguida da constatação de que as escolas de medicina não estão formando este tipo de profissional. Tal constatação levou a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e outras nove instituições representativas da profissão médica a formar a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM). Esta comissão teve por objetivos avaliar a

educação médica no Brasil e fomentar o aperfeiçoamento do Sistema de Saúde. O programa de trabalho da comissão estruturou-se em três fases, estendendo-se de 1991 a 1998. O processo culminou com propostas de reformulação de métodos pedagógicos, dos sistemas de avaliação docente e discente, e dos currículos, as quais contaram com a “adesão significativa de escolas médicas para um movimento de mudanças cujo objetivo maior seria o real atendimento das necessidades de saúde da população” (*ibid.*).

Em vista dessa iniciativa, mais de uma década depois, convém investigar o escopo das mudanças efetuadas e suas possibilidades de impacto sobre as práticas da saúde. Em 2001, ainda segundo Nogueira, “após um longo processo de discussão e negociação”, o Conselho Nacional de Educação (CNE) homologou as novas Diretrizes Curriculares do Ensino Médico que têm como norte o papel social da instituição formadora. Também em 2001, os Ministérios da Saúde e da Educação lançaram conjuntamente um programa destinado a incentivar mudanças nos cursos de Medicina – o Promed – ao qual várias universidades e cursos de Medicina no país vêm aderindo. Estes novos currículos e métodos pedagógicos oferecem um campo interessante de pesquisa para os conceitos que norteiam o SUS, de um modo geral, e a PNAISM, em particular.

O foco na atenção à saúde das mulheres justifica-se na medida em que estas representam a grande maioria do público usuário do SUS (TRAVASSOS *et al.*, 2002; RIBEIRO *et al.*, 2006) e por ser um segmento da saúde que, além de portar algumas especificidades conceituais importantes as quais trazem implicações para a área da educação, conta com um arcabouço legal e procedimental amplo, constituído de leis, portarias, normas técnicas e protocolos clínicos específicos. Além disso, dispõe de programas/departamentos próprios nos três níveis de gestão da saúde; envolve várias especialidades médicas (ginecologia, obstetrícia, mastologia, reprodução assistida), além da clínica geral, e programas específicos no âmbito da saúde pública; conta com a ampla participação dos movimentos de mulheres em sua formulação e controle social; e envolve um público alvo historicamente submetido a relações de poder desiguais e atravessadas por distintas formas de hierarquia – gênero, raça, classe e relação médico/paciente.

Em vista disso, torna-se relevante percorrer o labirinto da educação médica buscando desvendar o caminho para uma formação profissional preparada para a prestação de uma atenção integral à saúde da mulher, as barreiras a superar, as pontes por construir.

1.5 Hipóteses norteadoras

Há profusa evidência, representada pelos estudos já citados⁴ e por dados e fatos que virão relatados no presente trabalho, de que, no Brasil, as práticas de assistência à saúde seguem ainda um modelo biomédico, o qual é permeado por uma visão das mulheres como meros objetos reprodutivos e, ademais, é cego para as desigualdades e especificidades que marcam as vidas das pessoas do sexo feminino. Isto, apesar da grande mobilização feminista, desde a década de 1970, para imprimir um novo paradigma às políticas voltadas à saúde das mulheres, consistente com os princípios de direitos humanos, equidade de gênero e saúde integral, e consubstanciado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres.

Embora reconhecendo a complexidade da questão, a diversidade de atores envolvidos no campo e a multiplicidade de fatores que se conjugam para obstaculizar a adequada implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres, este estudo sugere que a inconsistência das práticas da saúde com relação aos princípios norteadores da PNAISM poderia ser explicada, em boa medida, pelas dificuldades de incorporação à prática médica dos conceitos implícitos nesses princípios – *gênero* como categoria social que implica uma prática diferenciada; *integralidade* referida ao ser humano em todas as suas dimensões (física, psíquica, espiritual e social); *autonomia*, isto é, ser sujeito no controle de sua saúde. Tais dificuldades seriam decorrentes:

- a) de uma educação médica ainda estruturada segundo um modelo tecnocientífico, mecanicista e biologicista, que não prepara para a percepção dos determinantes sociais da saúde da mulher;

⁴ Outros mais merecem menção como OLIVEIRA, 2011; LEAL, 2010; COELHO *et al.*, 2009; TORRE, 2009; REIS e ANDRADE, 2008; PALMEIRA e JUCÁ-VASCONCELOS, 2008; VILLELA e LAGO, 2007; PEREIRA, 2004; KNAUTH *et al.*, 2003; CARVALHO e DIMENSTEIN, 2003;

- b) da prevalência, nas instituições e entre os profissionais da área, do pensamento tradicional/patriarcal, que naturaliza as desigualdades entre homens e mulheres e preserva uma visão da mulher como objeto reprodutivo;
- c) da invisibilidade, no âmbito das práticas de saúde, de diferenças entre os sexos e das disparidades de gênero, que geram necessidades de saúde específicas para as mulheres.

1.6 Escolhas teórico-metodológicas

O presente estudo, de cunho qualitativo, se desenvolve a partir da perspectiva teórica e metodológica da epistemologia feminista, a qual se ocupa de estudar como o gênero influencia nossas concepções de conhecimento, o sujeito cognoscente e as práticas de investigação e de justificação.

A epistemologia feminista trata de identificar de que modo as concepções e práticas hegemônicas de atribuição, aquisição e justificação do conhecimento sistematicamente desconsideraram as mulheres e também outros grupos socialmente subordinados, e tenta reformular tais concepções e práticas de modo a contemplar os interesses desses grupos (HARDING, 1987; 2005; SARDENBERG, 2007). Declarando-se científica, a produção acadêmica tradicional incorporou pressupostos “míticos” sobre as capacidades de homens e mulheres, sobre a divisão sexual do trabalho nos primórdios da história humana e, conseqüentemente, sobre o lugar da mulher na sociedade contemporânea. Tais pressupostos e valores estenderam-se às sociedades não ocidentais e influenciaram decisivamente as relações entre os sexos. Boa parte do entendimento que temos do mundo, de nossas sociedades e de nós mesmas repousa sobre teorias e conhecimentos gerados historicamente e predominantemente por homens de determinadas nacionalidades e classe social. A tradição do saber e da teorização de dominação masculina, geralmente associada a uma cultura específica, resultou, de um modo geral, da exclusão das mulheres e de outros grupos sociais do processo formal de produção do conhecimento (BAYLEY *et al.*, 2000).

As teorias assim produzidas não só desconsideram as mulheres como sujeitos de conhecimento e como agentes nos fenômenos sociais, mas também invisibilizam as atividades e os interesses das mesmas e as relações de poder desiguais que elas

vivenciam, além de produzirem conhecimento (ciência e tecnologia) que não atende às reais necessidades das pessoas em situações de subordinação na sociedade ou que acentua as desigualdades. Tais deficiências são atribuídas pela crítica feminista a concepções distorcidas sobre conhecimento, sujeitos cognoscentes, objetividade e metodologia científica. A epistemologia feminista busca oferecer caminhos de superação dessas deficiências e explica porque a perspectiva de gênero nas ciências, especialmente na biologia e nas ciências sociais, produziu novas questões, teorias e métodos de pesquisa, contribuindo para iniciativas e políticas mais igualitárias (ANDERSON, 2011). A ideia central encerrada na epistemologia feminista é a de que o sujeito do conhecimento é um sujeito situado – isto é, tem uma perspectiva própria tanto daquilo que conhece como dos outros sujeitos cognoscentes. Portanto, o conhecimento e a forma como este é apropriado também reflete a situação ou a perspectiva daquele sujeito. Harding e Norberg (2005) observam que as abordagens da teoria feminista se expressam também nas considerações sobre os métodos de pesquisa e insistem na adoção de princípios e práticas de pesquisa que sejam, ao mesmo tempo, sensíveis e intelectualmente alertas às demandas por conhecimento por parte dos grupos menos privilegiados.

1.6.1 Percurso metodológico

O campo e o objeto de estudo que acabaram se definindo no caminho de formulação e reformulação do problema de pesquisa resultaram novos para a pesquisadora, impondo, assim, uma múltipla abordagem. Partiu-se de um estudo de caráter exploratório e descritivo – um mapeamento do campo e das fontes disponíveis para uma coleta de dados que pudesse fornecer os elementos suficientes para responder a questão de pesquisa.

Conforme ensina Minayo (2010), o primeiro passo para o delineamento do objeto consistiu no levantamento bibliográfico sobre o tema, com vistas, como diz esta autora, a lançar luz e permitir uma primeira ordenação da realidade empírica. A pesquisa, utilizando palavras-chave como “educação médica”, “ensino médico”, “escolas médicas”, devolveu um grande número de estudos e outras informações como relatórios e programas governamentais, debates intensos entre instituições e atores do campo sob análise, e conduziu, também, a um outro conceito – o de

racionalidades médicas – que resultou fundamental para o estudo e a compreensão dos fatores implicados no processo de constituição do saber médico. A etapa exploratória revelou ainda iniciativas e experiências em andamento, no sentido de introduzir mudanças curriculares nos cursos de medicina com vistas a adaptá-los às necessidades do SUS – o que tem implicações diretas no presente estudo. Um mapeamento das escolas médicas e de sua distribuição no Brasil, com vistas a obter uma visão geral do campo, resultou em um banco de dados adaptado a partir de informações disponíveis no portal de internet do Ministério da Educação (MEC) e de outras fontes.

A esta etapa exploratória seguiu-se a fase de organização e leitura crítica do material coletado (Minayo, 2010). Este material incluiu artigos científicos envolvendo análises e debates sobre a educação médica e o modelo flexeriano frente às necessidades do SUS e o princípio da integralidade; sobre as distintas racionalidades médicas e a racionalidade biomédica hegemônica na atenção à saúde nas sociedades ocidentais; sobre a evolução histórica do ensino médico no Brasil e os programas e projetos governamentais voltados à introdução de mudanças curriculares. Incluiu também matérias de publicações institucionais de associações médicas brasileiras sobre a expansão das escolas e relatórios de implementação de projetos para reforma curricular nas escolas. Ao todo, um *corpus* de cerca de cem documentos entre livros, artigos científicos, relatórios, documentos oficiais e matérias de revistas especializadas e boletins institucionais foi examinado na fase exploratória. A diversidade das informações e a complexidade do campo fizeram dessa fase um processo laborioso – de leitura flutuante, seleção dos materiais e construção do *corpus* – que consumiu muitas horas de leitura, análise, comparação e classificação dos documentos, constituindo um processo de sucessivas aproximações, de modo a adquirir familiaridade e capacidade de crítica ante essa literatura.

Como apontam Quivy e Campenhoudt (1992, p.109), “o trabalho exploratório tem como função alargar a perspectiva de análise, [...] revelar facetas do problema nas quais [o investigador] não teria pensado por si próprio” e leva à definição da problemática adequada. Mas, será preciso explorar tais perspectivas de um modo sistemático, para que possam contribuir para a compreensão dos fenômenos estudados. Ou seja, elas precisam ser traduzidas em uma “linguagem e em formas que

as habilitem a conduzir o trabalho sistemático de recolha e análise de dados de observação ou de experimentação, que deve seguir-se” (QUIVY; CAMPENHOUDT, 1992, p. 109). Para tanto, há que construir-se um modelo de análise, o qual deve incluir conceitos, categorias analíticas, dimensões e indicadores.

A questão de pesquisa e a análise inicial da coleta exploratória conduziram a algumas escolhas e ao desenho do modelo analítico. A primeira escolha refere-se à delimitação do campo: focar o estudo nas escolas médicas do Rio Grande do Sul, na forma de um estudo de caso que possa vir a constituir-se como modelo para um estudo alargado. A segunda escolha diz respeito às fontes e meios para a coleta de dados: dado o pouco tempo que restava disponível para o trabalho de campo e tendo em vista ser este um estudo inaugural da perspectiva de gênero na educação médica, tornava-se conveniente uma visão geral das escolas do estado e um foco nas estruturas e orientações curriculares, o qual permitisse estabelecer comparações, ao invés de um estudo etnográfico que pudesse colher comportamentos e percepções dos atores do campo. Este último, certamente necessário para aprofundar a análise e captar nuances e práticas não reveladas em um panorama geral, mas que será mais adequado em uma segunda etapa de investigação. Trata-se, neste momento, de reconhecer o marco amplo em que se insere o ensino médico no RS, confrontado com as diretrizes que o orientam e com as características de cada escola. Sendo assim, optou-se por centrar a análise nos currículos, ementas e programas de disciplinas das escolas médicas do estado, utilizando-se como ferramenta de busca a internet e como fonte preferencial os *websites* das instituições de ensino. Vale ressaltar a importância que a comunicação eletrônica e a internet vêm adquirindo no âmbito das ciências sociais, tanto como objetos de análise quanto como técnicas de coleta de dados. Destaca-se, também, a importância da disponibilização de informação relevante por parte das instituições de ensino, tanto como forma de demonstrar planejamento e organização de seus processos quanto de facilitar o acesso à informação por parte da sociedade.

Escolhidos os objetos e ferramentas de coleta de dados, tratou-se do desenho do modelo de análise, que foi sintetizado em uma matriz apresentada no Quadro 1 a seguir. Buscando responder às questões de pesquisa, os conceitos *gênero* e *integralidade* foram escolhidos como categorias de análise no exame da configuração

do ensino médico, cuja análise foi proposta segundo três dimensões: (i) a dimensão da *estrutura* curricular do curso; (ii) a dimensão dos *conteúdos* trabalhados nas disciplinas relevantes; (iii) a dimensão das *representações* implícitas em tais estruturas e conteúdos. Esta última, por óbvio, sujeita à subjetividade da pesquisadora, aos valores e experiências que orientam seu olhar analítico. Por fim, para o cruzamento de categorias com dimensões, foram definidos indicadores para a categorização dos dados coletados.

Quadro 1 – Matriz das categorias de análise

		CATEGORIAS	
		Integralidade	Gênero
		Indicadores	Indicadores
DIMENSÕES	Estrutura	Currículo Integrado – básico/clínico; ensino/serviço Existência de disciplinas sobre determinantes sociais da saúde Existência de disciplinas s/ história e abordagens da saúde	Existência de disciplina s/ determinantes sociais da saúde com recorte de gênero Existência de disciplina sobre políticas de saúde da mulher e/ou sobre saúde da mulher
	Conteúdo	Disciplinas incluem conteúdos: - sobre o SUS, seus princípios e estrutura; - sobre evolução do conceito de saúde; - sobre distintas racionalidades médicas - sobre determinantes sociais da saúde	Disciplinas incluem conteúdos sobre determinantes sociais da saúde, com destaque para desigualdades de gênero Disciplinas de saúde da mulher incluem tópicos sobre violência doméstica e sexual, sexualidade, aborto
	Representações	Integralidade como atenção à saúde nos três níveis do sistema Integralidade como promoção, prevenção e cuidado da saúde Integralidade como consideração das diversas dimensões do ser humano	Saúde da mulher não limitada ao ciclo reprodutivo

Fonte: Elaboração própria

Por fim, a escolha do método de análise. Em se tratando de um estudo qualitativo com base em material documental, a técnica adequada é a da análise de conteúdo com algumas especificidades impostas pelo tipo de informação contida nos documentos analisados. A análise de conteúdo, segundo Laurence Bardin, consiste de

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1979, p. 42)

Como aponta Bardin (1979, p.31), a análise de conteúdo constitui um método um tanto empírico, o qual depende do tipo de comunicação analisada e do tipo de interpretação ditada pelos objetivos; não tem receitas prontas de aplicação. A técnica que se ajusta ao domínio estudado e ao objetivo estabelecido “tem que ser reinventada a cada momento”.

A análise documental, por sua vez, constitui um campo muito específico, mas pode ser assimilada à análise de conteúdo, se a esta se suprimir sua função de inferência e se suas possibilidades técnicas forem limitadas à análise categorial ou temática. Bardin define análise documental como “uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar num estado ulterior, a sua consulta e referência” (*op.cit.*, p. 45). Este tipo de análise, portanto, visa a conferir uma forma tal à informação que permita obter-se dela “o máximo de informação (aspecto quantitativo), com o máximo de pertinência (aspecto qualitativo)” (*idem*, pp.45-46). Nesse sentido, ela constitui uma etapa preliminar da constituição de um serviço de documentação ou de um banco de dados.

A análise das informações das escolas médicas estudadas obedeceu a essa forma de tratamento. Os currículos de onze escolas foram reorganizados e reunidos em um banco de dados, com uso do aplicativo MSExcel, de modo a facilitar uma análise comparativa e visão de conjunto sobre o ensino médico no RS, bem como fornecer elementos para análise da dimensão *estrutura* do modelo proposto. Por outro lado, o exame deste banco de dados, em conjunto com as ementas e programas de disciplinas selecionadas dos currículos, utilizou a técnica de análise temática.

Segundo Bardin (1979, p.105), “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. As unidades temáticas analisadas neste estudo, conforme o modelo proposto, correspondem às categorias *integralidade* e *gênero* e consistem nos indicadores definidos na matriz modelo, cuja presença nos documentos subentende, na visão da pesquisadora, uma abordagem pedagógica que favorece a respectiva categoria. O resultado da análise temática foi transposto para uma matriz contendo as categorias e dimensões de análise com os respectivos indicadores e a síntese da posição de cada uma das escolas com relação a cada indicador.

2 OS ÂNGULOS DO OLHAR: Marco teórico

Há uma perspectiva clara a orientar este estudo, desde o momento mesmo em que o problema social se coloca como uma questão de pesquisa. O ângulo do olhar para o problema é feminista: a questão de pesquisa se coloca a partir da perspectiva e da experiência das mulheres; a pesquisa se faz em favor das mulheres; a pesquisadora se coloca no mesmo plano crítico que o objeto de estudo (HARDING, 1987).

Helen Longino (1987) explora a questão de se é possível existir uma ciência feminista e defende a existência de um fazer científico feminista – uma ciência que se distingue não pelo seu conteúdo, mas com base em seu processo – em como se produz esse conhecimento. A pesquisa feminista, então, pode ser caracterizada por três fatores: a escolha do objeto; a perspectiva crítica e a combinação de um compromisso político com o trabalho científico; e a explicitação constante do lugar ocupado pela pesquisadora/pesquisador, de seus valores, crenças e visão de mundo e de como estes podem afetar o resultado da pesquisa.

Este estudo parte de uma necessidade das mulheres, identificada no curso das atividades profissionais e militantes da pesquisadora no movimento de mulheres, de um acesso humanizado à saúde – um que reconheça as subjetividades e especificidades das mulheres, relativas a um contexto social em que prevalecem discriminações de gênero, de raça/etnia e de classe social. Parte também do reconhecimento de um marco político e legal que favorece uma atenção à saúde integral e atenta àquelas especificidades, bem como da constatação de que, apesar desse marco, os serviços de saúde continuam negando às mulheres seus direitos. O estudo se faz, portanto, em favor das mulheres, mas também em favor da sociedade como um todo, na medida em que, entender os processos sociais que opõem obstáculos à realização de direitos contribui com instrumentos para desfazer tais obstáculos em diversas áreas. A pesquisa, aqui conduzida, está focada em discriminações de gênero, mas tem presente que os outros dois eixos estruturantes da sociedade – classe social e raça – são igualmente importantes quando se considera a falta de acesso aos direitos.

Faz-se necessária aqui uma digressão, para esclarecer o uso do conceito de raça como um dos eixos estruturantes da sociedade. O conceito, praticamente descartado pela biologia a partir das pesquisas que demonstraram não existir diversidade genética suficiente entre os grupos humanos para configurar o que se poderia chamar de *linhagens* ou *raças* humanas, tem seu uso revestido de grande controvérsia.

As noções de raça e de racismo são relativamente recentes na história da humanidade. Elas desenvolveram-se, paralelamente com a modernidade, ao longo dos últimos 400 anos, e tiveram seu apogeu no final do século XIX e primeira metade do século XX a qual culminou com atrocidades inimagináveis cometidas em nome de uma pretensa “purificação racial” (BARROS *et al.*, 2010; TEMPLETON, 2003; HIRSCHMAN, 2004; UNESCO, 1952). Com o fim da Segunda Grande Guerra (II GG) e a criação da UNESCO, em 1945, iniciam-se os esforços mundiais no sentido de extinguir a doutrina de desigualdade entre seres humanos e de raças, cujo uso, insuflado por ignorância e preconceito, tornou possível aquele conflito devastador (UNESCO, 1952).

A constatação de que a diversidade genética entre indivíduos de um mesmo grupo “racial” não difere significativamente daquela entre distintos grupos “raciais” conduziu à conclusão de que tanto as diferenças de fenótipo entre indivíduos e grupos humanos como aquelas de ordem intelectual, moral e cultural são muito mais resultantes de construções socioculturais e das condições ambientais do que de características biológicas (GUIMARÃES, 1999). Um consenso estabeleceu-se entre cientistas de áreas diversas como a biologia, medicina, antropologia e sociologia, no sentido de deslegitimar o uso “tipológico” de raça, seja como categoria analítica ou como noção substantiva. Em muitos países, o uso do termo “raça” para indicar diferenças entre grupos humanos passou a enfrentar forte rejeição nos âmbitos científico e cultural, levando à utilização de termos alternativos como ‘grupos étnicos’ ou ‘trabalhadores migrantes’ (GISSIS, 2008). Estes, no entanto, não estão livres de um uso e de implicações racistas. Além disso, se não existe a noção de raças humanas no seu sentido biológico, a discriminação racial sim existe e macula as relações sociais em boa parte das sociedades humanas ainda hoje. Portanto, banir o termo raça de seu uso acadêmico, como se, com isso, como que por encanto, se pudessem apagar séculos de segregação, perseguição e atrocidades cometidas por alguns segmentos da humanidade contra outros, resulta inócuo.

Como aponta Guimarães (1999), a distinção entre formas de discriminação e preconceito baseadas em identidades sociais são de ordem mais ideológica do que processual e o uso do conceito de etnia como substitutivo a raça apenas contorna as dificuldades de análise, sem resolvê-las. Este autor defende o uso sociológico do termo raça, argumentando que fica muito difícil encontrar um modo de lutar contra uma imputação ou discriminação sem lhe conferir realidade social. E questiona:

Se não for à “raça”, a que atribuir as discriminações que somente se tornam inteligíveis pela idéia de “raça”? Atribuindo-as a uma realidade subjacente, que não é articulada verbalmente, ou a formas mais gerais e abstratas de justificar estruturas de dominação? (GUIMARÃES, 1999 p. 27)

Criticando as teorias e sistematizações que tendem a abarcar todas as formas de hierarquização social em um mesmo campo de estudo das relações de poder entre grupos humanos, Guimarães (1999) afirma que tal generalização enfraquece a capacidade analítica do conceito de relações raciais, uma vez que as “teorias e critérios empregados para distinguir os grupos não são sempre os mesmos, nem têm, todos, os mesmos fundamentos e as mesmas consequências” (*op. cit.* p. 29) O autor reforça seu ponto de vista afirmando que mesmo em situações em que a distinção entre grupos se fundamenta em características biológicas, consubstanciando teorias sobre “raças” e “sexos”, por exemplo, nem por isso se pode tratar do mesmo modo situações de racismo e de sexismo. Tampouco são comparáveis as situações de discriminação vividas por imigrantes italianos, no início do século XX, em São Paulo, e pelos escravos africanos e crioulos, no mesmo período e na mesma cidade. Embora envolvendo uma mesma problemática de integração de grupos étnicos em uma sociedade nacional, “a ideologia racial dessa sociedade transformou um desses grupos em etnia e em ‘raça’ o outro” (*ibid.* p. 29).

Também para as teóricas feministas é muito clara a necessidade de conceitos que explicitem o que existe de específico em cada forma de hierarquização social e no seu respectivo processo histórico de naturalização. Por essa razão, ao desenvolver o conceito de gênero como uma categoria de análise histórica, Joan Scott (1986) finalizava alertando para a tripla clivagem social – sexo, classe e raça.

Assim, tendo presente que as relações sociais são mediadas por hierarquias de poder marcadas por essas três distinções, mas privilegiando a abordagem de gênero

para os propósitos aqui definidos, o presente capítulo traz uma introdução aos estudos feministas que orientam a pesquisa.

Destacam-se as teses de Sandra Harding e Helen Longino sobre a perspectiva feminista das ciências, e discute-se a persistência das discriminações de gênero como resultado de uma cultura de dominação masculina, com base nos estudos de Pierre Bourdieu sobre a sociedade cabila. Além disso, o capítulo apresenta o debate introduzido por Madel Luz sobre as distintas racionalidades médicas e os fatores que levaram à hegemonia de uma racionalidade biomédica, positivista, no ensino da medicina moderna.

2.1 O feminismo e os estudos sociais da ciência

Ao longo do século XX, os estudos feministas despontaram consolidando-se como uma escola teórica de crescente legitimidade e relevância para o desenvolvimento das ciências, particularmente das ciências sociais. A pesquisa feminista tem contribuído para aportar novos e importantes conhecimentos, os quais sinalizam diretrizes para a formulação de políticas públicas fundamentais para o desenvolvimento humano nas sociedades modernas. As políticas de saúde da mulher destacam-se entre elas, por envolverem aspectos diversos e cruciais da vida e do bem-estar das mulheres.

Como apontam Harding (1987) e Longino (1987), o que distingue a pesquisa feminista não é a natureza do método de que ela se vale, nem um conteúdo específico que possa produzir, e sim seu processo, isto é, o modo como utiliza os métodos convencionais, as áreas ou objetos sobre os quais foca seus estudos e o modo como emprega suas descobertas. A teoria feminista tem os mesmos fundamentos da teoria crítica. Caracteriza-se, portanto, por perceber a realidade, a ciência e a própria pesquisa segundo uma perspectiva crítica e emancipatória – não está limitada a descrever e explicar aspectos da realidade, mas também se posiciona politicamente em relação à realidade que descreve. Os estudos feministas estão focados nas condições sociais das mulheres em uma sociedade sexista, patriarcal, de dominação masculina. Buscam lançar luzes sobre práticas sexistas não percebidas, aceitas como naturais/normais; sobre a “cegueira de gênero” das políticas e das instituições, que

tendem a excluir, ignorar, invisibilizar e/ou silenciar as mulheres, gerando uma ordem social desigual e discriminatória. Buscam, enfim, transformar o estatuto social das mulheres, nas sociedades modernas, partindo do pressuposto de que o mundo, a ciência e os gêneros (masculino e feminino) são socialmente construídos. Nesse sentido, rejeitam a metodologia empírica positivista, que afirma a objetividade e a neutralidade da ciência.

A pesquisa feminista apontou uma sistemática desconsideração por parte da tradição acadêmica ocidental da produção das mulheres no campo do conhecimento, conceitos, teorias e metodologias de pesquisa. Sendo assim, as teorias que fundamentam o conhecimento científico tradicional, quando aplicadas à pesquisa, às políticas e aos empreendimentos, não só ignoram as contribuições das mulheres em todas as esferas de atividades, como também desconsideram questões e aspectos que são relevantes para as mulheres (BAYLEY *et al.*, 2000).

A partir desta constatação, o feminismo inseriu-se na academia e no campo científico com o propósito não só de produzir e disseminar conhecimento *sobre* mulheres, ou *por* mulheres, mas, especialmente, conhecimentos que sejam relevantes *para* as mulheres. A crítica feminista põe em questão os pressupostos fundantes da Ciência Moderna, denunciando a falácia de sua suposta “neutralidade”, da separação entre “fatos” e “valores” garantidora da objetividade necessária para a busca de “verdades científicas”. As práticas científicas feministas não recorrem a tais fundamentos. Ao contrário, se apoiam em uma práxis política voltada à transformação das relações de gênero vigentes na sociedade moderna (SARDENBERG, 2007).

Como seria o mundo, se ele tivesse sido retratado, percebido, descrito, estudado e pensado a partir do ponto de vista das mulheres? Certamente bastante diverso. Assim como Marx evidenciou que sistema econômico e governo assumem outro aspecto quando examinados sob a perspectiva da classe social, também essas realidades e a própria ciência, ou o conhecimento científico, seriam, em boa medida, diferentes se enfocadas a partir da experiência das mulheres. Ao desvelar os vínculos entre produção do conhecimento e interesses de classe, a teoria crítica demonstrou que as teorias sociais normativas ditas “neutras” ou imparciais podem mistificar a realidade, colocando-se a serviço da manutenção do *status quo* capitalista ao invés de transformá-lo. A clivagem de gênero constitui um aspecto ainda mais ubíquo da

realidade social do que a classe. Em vista disso, o feminismo assumiu para si a tarefa de desvelar os aspectos dessa realidade que têm sido ocultados e deformados pela vinculação do “humano” ao “masculino”, e, assim, colocou em questão praticamente todo o conhecimento científico e visão de mundo que a ciência historicamente construiu (HELD, 1985; SARDENBERG, 2007; HARDING, 2010).

2.1.1 Gênero como categoria de análise nas ciências⁵

O conceito de gênero constituiu-se como categoria de análise histórica e sociológica a partir da década de 1980 e das críticas feministas a uma ciência – supostamente neutra – que desconhecia a contribuição, a participação e as necessidades e condições específicas das mulheres, naturalizando as desigualdades entre os sexos e os distintos papéis sociais atribuídos a homens e a mulheres (SCOTT, 1986; BAYLEY *et al.*, 2000; REDDOCK, 2000). A palavra gênero ganha, então, um novo significado, passando a traduzir a diferença entre as características biológicas que determinam o sexo – macho e fêmea – e aqueles atributos social e culturalmente construídos, que determinam tanto as concepções de masculinidade e de feminilidade como a condição de subordinação das mulheres em cada sociedade específica. Com tal distinção entre as características biológicas e aquelas construídas, buscava-se evidenciar que, enquanto as primeiras são fixas, imutáveis e universais – pois são as mesmas para mulheres e homens em qualquer época e qualquer sociedade humana – as segundas variam de uma sociedade para outra e são passíveis de transformação. O conceito de gênero reflete ainda o aspecto relacional daquilo que se define como *feminino*, uma vez que este só existe em oposição a um *masculino*.

Mais recentemente, o conceito de *gênero* passou a ser utilizado, assim como os de *raça* e de *classe*, para designar uma categoria social de análise, a qual interage com

⁵ Subtítulo emprestado de Joan Scott (1986), de seu artigo *Gender: A Useful Category of Historical Analysis* que introduziu o termo como categoria de análise nas ciências. Conforme informa Joanne Meyerowitz (<http://www.jstor.org/stable/10.1086/ahr.113.5.1346>), embora artigos publicados em periódicos científicos tenham, em geral, vida curta, o referido trabalho de Joan Scott, vinte anos depois, não parece ter data para expirar. É, de longe, o artigo com maior tráfego no JSTOR, tendo sido acessado, até 2006, mais de 38.000 vezes.

outros fatores sociais, afetando diversos aspectos da vida de indivíduos e de grupos, entre os quais, a saúde. Enquanto um construto social que determina diferentes lugares e comportamentos sociais dependendo do sexo da pessoa, o gênero impacta diferentemente a saúde de homens e mulheres, exigindo, assim, diferentes abordagens no âmbito da saúde pública.

A categoria *gênero* implica uma série de conceitos relevantes na pesquisa social e na formulação de políticas. O Quadro 2 busca sintetizar alguns dos mais significativos no âmbito da pesquisa aqui proposta.

Quadro 2 - Conceitos associados à categoria 'gênero'

Termo	Significado
Análise de Gênero	A coleta e exame sistemáticos sobre disparidades de gênero e relações sociais, com o objetivo de identificar, conhecer e reparar desigualdades fundadas em gênero.
Divisão sexual do trabalho	A divisão sexual do trabalho é a forma de divisão do trabalho social decorrente das relações sociais entre os sexos; mais do que isso, é um fator prioritário para a sobrevivência da relação social entre os sexos. Essa forma é modulada histórica e socialmente. Tem como características a designação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva e, simultaneamente, a apropriação pelos homens das funções com maior valor social adicionado (políticos, religiosos, militares etc.) (HIRATA e KERGOAT, 2007).
Equidade e Igualdade de Gênero	Igualdade de gênero pressupõe que as mulheres possuem, ao longo da vida, as mesmas oportunidades que os homens, inclusive de participar da esfera pública. Equidade de gênero significa equivalência de situações de vida para mulheres e homens, pelo reconhecimento de que elas e eles têm diferentes necessidades e diferentes interesses, e pela exigência de uma redistribuição de recursos e poderes.
Feminismo	Conjunto de ideias políticas, filosóficas e sociais que procuram promover os direitos e interesses das mulheres na sociedade. Movimento político que busca conquistar a equidade entre os sexos. Assume várias tendências, entre as quais se destacam o <i>feminismo liberal</i> e o <i>feminismo radical</i> .
Formação em Gênero	Um processo orientado de sensibilização e capacitação para questões de gênero, com o objetivo de promover mudanças pessoais ou organizacionais em direção à igualdade de gênero.
Necessidades de gênero	As necessidades compartilhadas e priorizadas por grupos sociais caracterizados por sexo ou por opção sexual que emergem da experiência comum das pessoas desses grupos.
Políticas para as mulheres	Órgãos e políticas criados pelos governos com o objetivo de promover as condições de vida das mulheres e de integrar os interesses/ necessidades de gênero às políticas e ao planejamento do desenvolvimento.
Relações de Gênero	Relações hierárquicas de poder entre homens e mulheres que operam com desvantagem para as mulheres.
Violência de Gênero	Qualquer ato ou ameaça feita por homens ou por instituições de dominação masculina que inflija dano físico, sexual ou psicológico a uma mulher ou menina em razão de seu gênero.

Fonte: Adaptado pela autora a partir de Reeves e Baden (2000), com acréscimos baseados em Espínola (2004) e Hirata e Kergoat (2007).

2.1.2 O sistema sexo/gênero e sua reprodução na ciência

A investigação feminista trouxe à tona um novo objeto de escrutínio para a ciência: o sistema sexo/gênero. Segundo Sandra Harding (1983),

sexo/gênero é um sistema de dominação masculina tornado possível por meio do controle pelos homens do trabalho produtivo e reprodutivo das mulheres, onde “reprodução” é entendida de forma ampla, de modo a incluir sexualidade, vida familiar e formações de parentesco, assim como a gestação e parto que reproduz biologicamente a espécie (p. 311, *tradução nossa*).

Para a autora, esta “descoberta” clamava não só por uma nova moral e uma nova política, como afirmaram muitas feministas, mas também por uma *revolução epistemológica*, uma que “não esteja acorrentada pelas limitações autoimpostas das epistemologias empiricista, funcionalista/relativista ou marxista” (*ibid.*). Harding afirma que o posicionamento crítico insuficiente do feminismo em relação às epistemologias existentes havia impedido, até então, teóricas/os feministas de perceber aquilo que, no sistema sexo/gênero, ia além da expressão de ‘talentos e capacidades naturais’ socialmente visíveis, de crenças funcionalmente adequadas e de mudanças na divisão do trabalho por classe. A autora questiona por que razão as/os feministas teriam tardado tanto em perceber que os objetos usuais de sua investigação como “patriarcado”, “misoginia”, “papéis de gênero”, “discriminação contra as mulheres” e a “primeira divisão do trabalho – aquela por sexo” são apenas manifestações da realidade subjacente a um “sistema sexo/gênero”. Tal sistema tem constituído uma variável fundamental na organização da vida social ao longo da maior parte da história registrada e em todas as culturas atuais – assim como *raça* e *classe*, é uma variável social orgânica, não apenas um “efeito” de outras causas mais elementares. Ainda que o modo e a intensidade com que tal sistema opera nas sociedades sejam bastante diversos, variando inclusive em uma mesma sociedade de acordo com outras variáveis (*raça* e *classe*, por exemplo), o sistema sexo/gênero pode limitar ou criar as oportunidades pelas quais são construídas as práticas sociais da vida cotidiana, as características das instituições sociais e todos os nossos padrões de pensamento.

A ciência e as epistemologias tradicionais estão construídas sobre as bases desse sistema e refletem suas premissas, de uma divisão sexual da natureza e das capacidades humanas e dos consequentes papéis sociais de homens e mulheres. Ao defender a ideia de um *fazer científico* feminista, em contraposição à da existência de uma ciência de conteúdo feminista, Helen Longino (1987) argumenta que admitir uma tal ciência seria apenas trocar um absolutismo por outro, negando uma ciência dita masculina e tida como má ciência, por outra supostamente capaz de revelar a verdade ocultada pela primeira. Tanto uma como outra estariam apoiadas nas noções de uma ciência “neutra”, despida de valores, e de que a metodologia científica garantiria a independência da investigação científica, tanto dos valores em si como de considerações relacionadas a esses.

Longino (1987) distingue dois valores relevantes às ciências: *valores constitutivos* – aqueles intrínsecos à ciência, fontes das normas determinantes do que constitui prática ou método científico adequado; e *valores contextuais* – os valores pessoais, sociais e culturais, preferências individuais ou coletivas que caracterizam o contexto social e cultural em que a ciência se desenvolve. A autora afirma que a interpretação tradicional de neutralidade da ciência natural moderna equivale a dizer que seus atributos *constitutivos* e *contextuais* são claramente distintos e independentes uns dos outros e que os valores contextuais não têm qualquer influência sobre o trabalho interno da pesquisa científica, seu raciocínio e sua observação.

A prática científica é governada por normas e valores gerados a partir do entendimento do que seriam os objetivos da investigação científica. Ao assumir que a atividade científica tem por objetivo produzir explicações para os fenômenos do mundo natural, tais valores e limitações decorrem do que se considera uma boa explanação – por exemplo, satisfazer critérios tais como veracidade, acurácia, simplicidade, previsibilidade e abrangência. Embora tais critérios nem sempre possam ser igualmente atendidos, eles se adéquam as distintas concepções de potencial explicativo do conhecimento produzido na investigação científica. Conforme Longino (1990), eles constituem valores pelos quais se avaliam explanações concorrentes e a partir dos quais se originam as normas e limites que orientam a prática científica em

campos particulares – são aqueles valores que a autora denomina de *constitutivos* e que conformam uma prática científica aceitável.

Mas não é desse tipo de valores que a ciência se pretende independente, segundo aqueles que defendem sua neutralidade. O que está em questão é em que medida a ciência está livre de valores pessoais, sociais e culturais, ou seja, das preferências subjetivas de indivíduos e grupos sobre o que deve ser objeto da ciência, ou o que é mais adequado investigar – aqueles valores que Longino denomina *contextuais*. A autora, então, reformula o problema da independência entre ciência e valores na forma de duas questões. A primeira delas diz respeito à relevância das teorias (e métodos) científicos para os valores contextuais: “Em que medida as teorias científicas conformam, ou deveriam conformar, os valores morais e sociais?” (LONGINO, 1990 pp. 4-5). A segunda questão se refere à influência dos valores contextuais sobre o conhecimento científico: “Em que medida os valores morais e sociais modelam as teorias científicas?” (*ibid.* pp.5). Longino defende a ideia de que não só as práticas e o conhecimento científico estão em contínua interação com os valores e necessidades sociais, mas que a própria estrutura lógica e cognitiva da investigação científica exige esta interação.

Ao construir seu argumento, a autora faz uma distinção entre os atributos de *autonomia* e *integridade* da ciência. O primeiro, tomado no limite, corresponde à afirmação de que a pesquisa científica é completamente independente dos interesses de seu contexto social e cultural e é movida unicamente por sua dinâmica interna. Uma afirmação que Longino rebate com o exemplo da crescente dependência da pesquisa científica de financiamentos governamental e da iniciativa privada, o qual torna a ciência altamente vulnerável a essas fontes de financiamento, condicionando em boa parte as questões que serão objeto de investigação. Ainda que toda a pesquisa se apoie em investigação anterior não elimina a influência dos determinantes sociais (LONGINO, 1990).

Por outro lado, a autora denomina de tese de *integridade* da ciência a afirmação de que as práticas internas da mesma – observação e experimento, construção de teoria, inferência – não são afetadas pelos valores contextuais. A esta, Longino contrapõe, por exemplo, críticas que se fazem hoje a pesquisas biológicas nas áreas do comportamento e da cognição e que colocam em questão essa tese,

afirmando que o contexto influencia não só o que vale ser investigado como também as respostas às questões de pesquisa. Segundo Longino, teorias que atribuem à genética diferenças, ditas raciais, no desempenho em testes de Q.I., e teorias que atribuem aos hormônios as diferenças de gênero não se produzem e nem são contestadas em um vácuo. Ao contrário, elas são discutidas em “um contexto informado sobre a desigualdade social, porém dividido em relação à natureza e legitimidade da mesma” (LONGINO, 1990 p.6 – *tradução nossa*). Expondo as posições pró e contra a tese da integridade da ciência, a autora põe em questão a própria viabilidade metodológica de uma ciência neutra ou autônoma.

Em um trabalho anterior, em que analisa a possibilidade da existência de uma ciência feminista, Longino (1987) utiliza exemplos de um conjunto de estudos da área da biologia analisados por ela e uma colega para esclarecer que a própria escolha dos modelos explicativos para interpretar os dados de pesquisa pode estar orientada por considerações baseadas em valores. Um fazer científico feminista pode envolver a escolha de modelos que atendam a um desejo de entender nós mesmas e outros como seres autodeterminados, ou seja, capazes de atuar com base em conceitos ou representações de nós mesmas e do mundo em que atuamos. Um dos princípios da pesquisa feminista é a valorização da experiência subjetiva. O argumento de Longino põe em questão algumas perspectivas feministas, que condenam o viés masculino nas ciências a partir de uma perspectiva comprometida com uma ciência neutra. Nesta, a identificação de uma tendência androcêntrica sinalizaria a violação das normas de neutralidade e, portanto, uma “má ciência”. A ciência feminista, em contraposição, a partir de seu ponto de vista privilegiado, poderia eliminar esse viés e produzir uma ciência melhor, mais verdadeira ou neutra. Essa abordagem será ineficaz se aceitarmos o argumento de que os métodos científicos, fundados nos valores constitutivos da ciência, não podem garantir sua própria independência de valores contextuais. Para Longino, não podemos esperar que essa “ciência neutra” venha à tona automaticamente a partir dos dados, sob o risco de trabalharmos inconscientemente com premissas ainda influenciadas por valores prevalentes no contexto que queremos transformar. Assim, a autora sugere que, ao invés de uma atitude passiva diante dos dados e daquilo que os dados sugerem, devemos reconhecer nossa capacidade de influenciar os rumos do conhecimento e modelar ou favorecer programas de pesquisa

que sejam consistentes com os valores e compromissos que expressamos em nosso dia-a-dia. Nessa perspectiva, a ideia de uma ciência neutra não só é vazia de sentido, mas é também nociva. Não se trata, enfim, de impor ideias e compromissos políticos ao nosso objeto de estudo, mas sim de uma postura crítica, orientada por tais compromissos, em relação a *o quê* e ao *como* pesquisar e produzir conhecimento. Como afirma Longino, se reconhecermos que

o conhecimento é moldado por premissas, valores e interesses de uma determinada cultura e que, em certa medida, pode-se escolher a própria cultura, então fica evidente que, como cientistas/teóricas(os), podemos escolher. Podemos seguir produzindo a ciência do *establishment*, confortavelmente envolvidas/os nos mitos da retórica científica ou podemos modificar nossas lealdades intelectuais. Ainda que sigamos comprometidas/os com uma meta abstrata de conhecimento, podemos escolher a quem devemos, social e politicamente, prestar contas de nossa busca dessa meta. [...]

Esse compromisso com a prestação de contas não exige um rompimento radical com a ciência que aprendemos e temos praticado. O desenvolvimento de uma “nova” ciência envolve uma evolução mais dialética e mais continuidade com a ciência estabelecida do que supõe a linguagem usual das revoluções científicas (LONGINO, 1987, p.8) (*tradução nossa*).

Nessa concepção de um fazer científico feminista com foco na escolha e em um compromisso com prestar contas, Longino ressalta a diferença em relação às concepções que resultam de uma suposta congruência entre certos modelos de processos naturais e modos de compreensão que seriam próprios das mulheres – interacionismo, visão holística etc. – e poderiam definir o conteúdo de uma “ciência feminista”. O que a autora sugere, ao invés, é que a prática científica feminista entende que as considerações políticas constituem forças relevantes a influenciar o raciocínio dedutivo, capazes de moldar o conteúdo do conhecimento produzido. Nesse sentido, as escolhas metodológicas são fundadas em considerações políticas e não porque este ou aquele método sejam uma expressão da “natureza da mulher” (LONGINO, 1987).

Discutindo, também, o método científico tradicional e seu impacto sobre a igualdade de gênero e a democracia, Sandra Harding (2010) coloca importantes questões epistemológicas. Como ela afirma, a crítica feminista colocou em pauta, entre outros questionamentos: em que medida Ciência & Tecnologia (C&T) deixam de conferir igual atenção aos interesses das mulheres? De que modo uma estrutura sexista na ciência e na sociedade vem moldando tanto os padrões de conhecimento

como os padrões de ignorância das ciências modernas? O que se pode fazer para ampliar os efeitos democráticos dos projetos de C&T?

Harding (2010) destaca cinco temas relacionados a gênero que inauguraram os posicionamentos críticos feministas à ciência. O primeiro relaciona-se à ausência de equidade de gênero na estrutura de produção do conhecimento científico – uma questão que, embora tenha visto progressos nas últimas décadas, com o ingresso expressivo de mulheres nas diversas áreas acadêmicas incluindo ciências naturais, matemática e engenharias, ainda revela uma persistente discriminação de gênero quando se examinam as mais altas posições nos departamentos universitários, nas principais instituições de pesquisa, nas agências internacionais ou organismos de C&T. O segundo diz respeito a tecnologias e práticas sexistas e androcêntricas de C&T, como aquelas relacionadas a questões reprodutivas, aos âmbitos doméstico e do trabalho, à arquitetura e paisagens urbanas, que têm sido criadas com pouca ou nenhuma atenção à saúde, segurança ou bem-estar das mulheres – Harding refere diversos estudos que mostram como os artefatos têm gênero. O terceiro foco das críticas tem sido alguns resultados ou produtos da pesquisa científica, especialmente nas áreas da biologia e das ciências sociais, qualificados de sexistas, racistas e/ou imperialistas, os quais têm servido, em muitos lugares do mundo, para justificar uma cidadania de segunda classe para as mulheres nos âmbitos jurídico, econômico e social. Um quarto foco, incidente sobre os currículos e métodos pedagógicos de ensino das ciências naturais, matemática e engenharias, logrou mudar o objeto de estudo – de supostas deficiências cognitivas de meninas e mulheres, para as documentadas deficiências curriculares e pedagógicas no ensino de C&T, incapazes de contemplar os interesses e formas de aprendizagem de meninas e mulheres.

Por fim, o foco de críticas que Harding considera conter o maior potencial revolucionário: aquele incidente sobre as epistemologias tradicionais da ciência. Segundo ela, tais epistemologias “articulam a ‘lógica’ daquilo que identificam como as práticas científicas mais convenientes baseadas em seu entendimento da história da ciência” (*op.cit.*, pp. 2-3). A crítica feminista, como já mencionamos, põe em questão os próprios padrões de objetividade, racionalidade, critérios metodológicos e de “boa ciência” que têm refletido, em grande medida, os interesses das instituições que se utilizam da C&T para formular as políticas de saúde, de educação, legais, militares e

econômicas. O que se questiona é como seriam esses padrões, se tivessem sido criados para responder também aos interesses, temores e aspirações das mulheres? Mas, é importante destacar, os questionamentos mais interessantes não se dão no sentido de rejeitar critérios de objetividade, racionalidade, método e ciência em si mesmos, pois estes são critérios necessários aos projetos e pesquisas que emergem das necessidades específicas das mulheres. O que se rejeita são as formas limitadas e tendenciosas que tais critérios têm assumido nas epistemologias da ciência. Como coloca Longino (1987), são as escolhas – dos objetos, dos métodos, dos modelos de análise dos dados – que poderão conferir maior ou menor objetividade à ciência, e atender a interesses sociais de modo amplo e equitativo, ou, ao contrário, de modo limitado e excludente.

Os critérios do método científico – apontam Longino (1987; 1990) e Harding (2010) – são importantes para a maximização da objetividade, mas não podem assegurá-la. Por outro lado, em *contextos de descoberta*, nos quais os processos científicos ocorrem antes que exista um método e os quais não estão controlados por critérios metodológicos convencionais, identificam-se condições naturais ou sociais que se configuram como *problema*. A própria definição de *o quê* é problemático em relação a tais condições está sujeita a valores, interesses e pressuposições que podem influenciar os rumos do conhecimento científico a ser produzido a partir do problema. Harding (2010) exemplifica esse processo com a questão da pobreza. A partir de uma determinada perspectiva, o problema da pobreza pode ser definido como “muitas bocas para alimentar”. Com base nisso, formulam-se conceitos e hipóteses para orientar a pesquisa – “superpopulação”; “controle populacional”; “se a capacidade reprodutiva das mulheres for controlada, haverá menos bocas a alimentar”. A seguir, projeta-se a pesquisa para testar as hipóteses. Tal exemplo retrata uma suposta objetividade encobrindo premissas sexistas, racistas e de classe, as quais fundamentaram décadas de pesquisa na área de estudos populacionais e cujo viés discriminatório foi reconhecido pelas Nações Unidas, desde a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD, Cairo, 1994). Estudos impulsionados pela crítica feminista, desenvolvidos a partir da perspectiva das mulheres em situação de pobreza nos países do sul do mundo, mostraram que é a pobreza que produz o crescimento populacional e não o contrário; e que ampliar o

nível educacional das mulheres e sua renda constitui o modo mais eficaz de reduzir a fertilidade.

Não só os *contextos de descoberta*, mas também os *contextos de justificação* na ciência devem estar sob o escrutínio da crítica feminista (HARDING, 2010). A escolha dos objetos, marcos teóricos e modelos de análise pode ser determinante da natureza do conhecimento a ser produzido, de seu caráter democrático ou favorecedor do *status quo*. Outro fator trazido por Harding, o qual aponta a fragilidade do método científico tradicional para assegurar a objetividade, é a forma usada para identificar valores e interesses sociais de modo a neutralizá-los na pesquisa. Trata-se do método de replicação – a repetição das observações por diferentes pessoas ou grupos, em diferentes contextos. Tal procedimento pode ser eficaz para identificar valores e interesses que diferem entre esses indivíduos e grupos, mas não para aqueles que eles compartilham. Como afirma a autora, as convicções sexistas e racistas não são criação de indivíduos ou de grupos de pesquisa, elas estão disseminadas nas instituições e em pressupostos sociais que, antes do surgimento das críticas feministas e anti-racistas, eram tidas como perfeitamente naturais e majoritariamente endossadas. Para escapar a essa fragilidade, tanto Harding como Longino destacam a importância das escolhas – dos valores e interesses que podem avançar ou retardar um conhecimento mais objetivo e mais democrático.

2.1.3 A dominação masculina e sua reprodução

Também Pierre Bourdieu (1998/2010) registrou a subsistência do sistema sexo/gênero nas sociedades, bem como a dificuldade de se escapar à sua reprodução, mesmo quando tentamos apreendê-lo. Seguindo o que já colocavam Longino (1987) e Harding (1983), o sociólogo destaca:

como estamos incluídos, como homem ou mulher, no próprio objeto que nos esforçamos por apreender, incorporamos, sob a forma de esquemas inconscientes de percepção e de apreciação, as estruturas históricas da ordem masculina; arriscamo-nos, pois, a recorrer, para pensar a dominação masculina, a modos de pensamento que são eles próprios produtos de dominação (BOURDIEU, 2010, p.13).

A partir da constatação de que as relações entre os sexos se transformaram menos do que uma observação superficial faz crer, Bourdieu propôs-se a investigar os

“mecanismos *históricos* responsáveis pela *des-historicização* e pela *eternização* das estruturas da divisão sexual e dos princípios de divisão correspondentes”. Para o autor, a dominação masculina constitui “o exemplo por excelência” de uma submissão paradoxal imposta por meio do que ele denomina de “violência simbólica, violência suave, insensível, invisível a suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas de comunicação e de conhecimento” (BOURDIEU, 2010, p.7).

Buscando uma estratégia de objetivação que lhe permitisse contribuir para esse objeto de conhecimento, Bourdieu recorreu à análise etnográfica das estruturas sociais objetivas e das formas cognitivas prevalentes em uma sociedade histórica particular, a dos *cabilas*, “como instrumento de um trabalho de socioanálise do inconsciente androcêntrico capaz de operar a objetivação das categorias deste inconsciente” (BOURDIEU, 2010, p.13). A escolha dos berberes da Cabília (região montanhosa do norte da Argélia) como campo de pesquisa justificou-se por ser esta uma sociedade androcêntrica razoavelmente bem conservada, que carrega a tradição mediterrânea partilhada por “toda a área cultural européia”. Através da análise das práticas sociais dessa comunidade, na qual “as diferenças sexuais permanecem imersas no conjunto das oposições que organizam todo o cosmos” (*ibid.*, p.15), Bourdieu identifica os processos que levam à construção social dos corpos, isto é, de como as diferenças físicas/naturais definem e legitimam na sociedade a divisão sexual dos papéis sociais, gerando esquemas de pensamento que naturalizam essa divisão e esses papéis, inscrevendo-os na objetividade de traços distintivos que esses mesmos esquemas ajudam a construir, a ponto de impedir a consciência da relação social de dominação, seja por dominantes ou por dominadas (*ibid.* p.16).

Como resultado desse processo, a divisão sexual parece estar “na ordem das coisas”, ou seja, é vista como natural, normal, quase inevitável, incorpora-se aos espaços, aos objetos às instituições e “nos *habitus* dos agentes, funcionando como sistemas de esquemas de percepção, de pensamento e de ação” (BOURDIEU, 2010, p.17). Tais esquemas conduzem, pois, à incorporação da dominação, segundo Bourdieu, através de um processo de inversão da relação entre causas e efeitos, ou seja,

são as diferenças visíveis entre o corpo feminino e o corpo masculino que, sendo percebidas e construídas segundo os esquemas práticos da visão androcêntrica, tornam-se o penhor mais perfeitamente indiscutível de significações e valores que estão de acordo com esta visão [...]. Longe de as necessidades da reprodução biológica determinarem a organização simbólica da divisão social do trabalho e, progressivamente, de toda a ordem natural e social, é uma construção arbitrária do biológico, e particularmente do corpo, masculino e feminino, de seus usos e de suas funções, sobretudo na reprodução biológica, que dá um fundamento aparentemente natural à visão androcêntrica da divisão de trabalho sexual e da divisão sexual do trabalho e, a partir daí, de todo o cosmos (BOURDIEU, 2010, pp.32-33).

Em resumo, o que possibilita a dominação masculina e sua perpetuação é o fato dessa se legitimar inscrevendo-se em uma natureza biológica que é, ela própria, uma construção social naturalizada. Tal naturalização consiste em um trabalho de construção simbólica efetivado nas distintas formas de educação e socialização de meninos e meninas, no estabelecimento de “duas classes de *habitus* diferentes, sob a forma de *hexis* corporais opostos e complementares e de princípios de visão e de divisão, que levam a classificar todas as coisas do mundo e todas as práticas segundo distinções redutíveis à oposição entre o masculino e o feminino” (BOURDIEU, 2010, p. 41). O modo de dominação assim constituída é “*produto de um trabalho incessante (e, como tal, histórico) de reprodução*, para o qual contribuem agentes específicos (entre os quais os homens, com suas armas como a violência física e a violência simbólica) e instituições, famílias, Igreja, Escola, Estado” (*ibid.*, p.46).

Bourdieu destaca, nesse processo, a participação dos dominados na reprodução da dominação, pelo uso de categorias construídas a partir do ponto de vista dos dominantes. Um aspecto que pode ser claramente identificado, no âmbito da pesquisa de campo do presente estudo, quando uma médica, presidenta de uma associação médica estadual, durante um evento em homenagem ao Dia Internacional da Mulher – data que simboliza a luta das mulheres contra a dominação – afirma: “a **maior qualidade** que uma mulher pode apresentar é o **poder de gestar**. A maior declaração de amor que podemos ouvir é a de um filho. E não tem nada que mais nos envaideça”⁶ (*grifo nosso*). Ou seja, ela reproduz, em seu discurso, os valores históricos des-historicizados (BOURDIEU, 2010), típicos da dominação – devolvendo ao biológico

⁶ Vera Fonseca, presidenta da SGORJ, in: G&O Rio, janeiro/fevereiro de 2009. Disponível em: http://www.sgorj.org.br/uploads/frj/File/G&O_jan_2009.pdf

o valor da mulher. A mais importante função social desta se resumiria à sua capacidade reprodutiva. Portanto, pode-se dizer que o que tem valor é seu útero.

Esta objetivação da mulher em seu corpo é também observada e registrada por Bourdieu:

[t]udo, na gênese do *habitus* feminino e nas condições sociais de sua realização, concorre para fazer da experiência feminina do corpo o limite da experiência universal do corpo-para-o-outro, incessantemente exposto à objetivação operada pelo olhar e pelo discurso dos outros (BOURDIEU, 2010, p. 79).

A dominação masculina constitui as mulheres como objetos simbólicos e a incorporação cultural por todos/as, dominantes e dominadas, do que devem ser os atributos desse *ser-percebido* mulher (feminina, sensível, submissa, maternal, vaidosa etc.) é o que realiza a des-historicização dos mecanismos de dominação, fazendo com que mesmo mulheres que enfrentam discriminações para conseguir ocupar um lugar marcado como um espaço masculino acabem reproduzindo esses mitos. A medicina é um desses espaços – um no qual, no Brasil, só bem recentemente as mulheres vêm conseguindo inserir-se, embora ainda em posições subalternas ou de menor destaque, como demonstram os quadros de diretoria das sociedades médicas brasileiras e os de professores titulares e coordenadores de cursos das escolas médicas do país.

Ao desvelar os mecanismos de instituição e de perenização da dominação masculina, Bourdieu destaca o papel das instituições – Igreja, Família, Estado, Escola – as quais, em cada época, em diferentes medidas, contribuem para “*arrancar da História, mais ou menos completamente, as relações de dominação masculina*” (BOURDIEU, 2010 p.101). O autor refere ainda à *permanência na mudança*: aos que objetam afirmando que hoje a mulher já ocupa todos os espaços que antes eram de exclusividade masculina, ele aponta a persistente disparidade e, em alguns casos, exclusão das mulheres de cargos de autoridade e de responsabilidade, especialmente nas áreas de economia, finanças, segurança e na política. Como afirma o sociólogo, as “mudanças visíveis de *condições* ocultam, de fato, a permanência nas *posições relativas*” (*op. cit.*, p.108).

A mudança efetiva exige, pois, uma ação política que tenha em conta os efeitos da dominação resultantes do exercício da mesma com a cumplicidade objetiva entre as estruturas incorporadas (percepções, estereótipos, mitos) e “as estruturas das grandes

instituições em que se realizam e se produzem não só a ordem masculina, mas também toda a ordem social” (BOURDIEU, 2010, p.139).

A área da saúde é paradigmática da produção e reprodução dessa ordem simbólica de dominação, que se realiza auxiliada por mitos historicamente constituídos e des-historicizados (a maternidade como missão máxima e razão de existir, por exemplo, e a noção associada de saúde da mulher como saúde materno-infantil, isto é, jamais descolada daquela missão mítica) e pelas estruturas das instituições relevantes, com destaque para as Escolas e os currículos da medicina.

A ação política do movimento feminista, especialmente a partir da segunda metade do século XX, logrou introduzir mudanças nos marcos orientadores das políticas de saúde, tanto em âmbito internacional como no doméstico, incorporando novos conceitos, com vistas à mudança de *status* da mulher com relação à saúde – de objeto da ação médica materno-infantil a sujeito de sua saúde integral. Uma mudança que, embora encontre eco nas políticas formuladas nos três níveis da gestão estatal, não se efetiva como prática na atenção à saúde. As possíveis causas dessa não efetivação resultam por constituir-se em questão sociológica a merecer investigação.

2.2 Uma perspectiva histórica dos conceitos de saúde e saúde da mulher

Se as raízes da noção de saúde remontam às civilizações antigas, especialmente à antiguidade grega – a primeira a romper com as então dominantes concepções sobrenaturais de saúde e doença, desenvolvendo a ideia de que a boa saúde está associada a causas naturais, ao ambiente e ao comportamento humano (Tountas, 2009) –, os conceitos de promoção da saúde, de políticas de saúde e de abordagens relacionadas como a de saúde da mulher são bastante recentes.

Esta seção traz um panorama dessa evolução recente dos conceitos de saúde, saúde da mulher, saúde sexual e reprodutiva e do desenvolvimento dos marcos de direitos sexuais e reprodutivos – todas noções fundamentais para uma atenção à saúde orientada por uma perspectiva de gênero.

2.2.1 Evolução do conceito de saúde

Saúde e doença são noções mutáveis ao longo do tempo e dependentes do contexto social, político, econômico e cultural em que sejam consideradas. Nos primórdios da humanidade, buscava-se explicar o aparecimento de doenças e morte através de sistemas de crenças, lendas, mitos e ritos mágicos e mágico-religiosos, os quais tiveram uma influência tão profunda na cultura dos povos que ainda hoje costumam expressar-se, a despeito de todo o conhecimento científico acumulado. O desenvolvimento da mecânica (séc. XVII) influenciou o pensamento de Descartes, que postulava o dualismo mente-corpo e associava o funcionamento do corpo ao de uma máquina. Esta racionalidade mecanicista se impôs como hegemônica na medicina e se faz presente hoje na prática médica e sua tendência crescente de especialização (CAMPOS *et al.*, 1997; CAMARGO JR., 2005). A possibilidade de se prevenir e controlar doenças surge em meados do século XIX, com o advento da epidemiologia e a revolução pasteuriana que dão nascimento à noção de saúde pública e de medicina sanitária (SCLIAR, 2007).

Ao longo de sua história, o conceito de saúde tem apresentado variantes, das quais se podem destacar: saúde como equilíbrio; saúde como bem estar; saúde como ausência de doença. A idéia de *equilíbrio* é forte na gênese do conceito de saúde, especialmente nas tradições não ocidentais como a Ayurveda indiana e a medicina chinesa, embora esteja presente também nas escolas ocidentais desde Hipócrates, quem afirmava que um corpo sadio é aquele cujas propriedades fundamentais (úmido, seco, frio, quente) equilibram-se mutuamente. Hipócrates atribuía a condição de saúde ao equilíbrio entre os quatro fluidos do corpo – sangue, fleuma, bile amarela e bile negra. Galeno (129-199 d.C), médico e filósofo romano, igualmente postulou o equilíbrio entre os quatro humores para um corpo saudável (NORDENFELT, 2007a; SCLIAR, 2007).

O conceito de saúde associado ao bem estar foi definido pela OMS, quando de sua criação em 7 de abril de 1948, como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Este se consolidou como o conceito universalmente aceito de saúde, embora não fique isento de críticas referidas, por exemplo, à dificuldade de definir-se o que seja o “completo bem-estar” e à amplitude excessiva do conceito que transforma a saúde em algo ideal, inatingível.

Contrapondo-se a tal amplitude, Christopher Boorse (1977, cfe. SCLiar, 2007) propõe definir-se saúde como ausência de doença.

Para além das considerações da saúde como bem-estar ou como ausência de enfermidade, várias caracterizações contemporâneas da saúde têm colocado o foco em outros aspectos. Nordenfelt (2007b) aponta, na atualidade, duas correntes principais da epistemologia da saúde e da doença: uma, denominada biomédica ou bioestatística, a qual afirma que os conceitos de saúde, de doença e seus correlatos (enfermidade, lesão, incapacidade etc.) são conceitos biológicos ou, em alguns casos, psicológicos. Para os adeptos dessa corrente, que tem em Christopher Boorse seu principal representante, nada existe de subjetivo ou de valorativo nos conceitos de saúde e de doença. A saúde está associada ao bom funcionamento dos órgãos e à capacidade destes de contribuir para a sobrevivência e a reprodução do indivíduo – os dois principais objetivos biológicos, segundo Boorse (1977, *apud*, NORDENFELT, 2007b).

Já a segunda corrente envolve uma perspectiva totalmente oposta: seus teóricos, em geral identificados como normativistas ou holistas, consideram que os conceitos de saúde e de doença são conceitos intrinsecamente associados a valores; não podem ser definidos exclusivamente em termos, supostamente neutros, biológicos ou psicológicos. Para os holistas, afirmar que alguém é saudável não implica apenas alguns fatos científicos relativos ao corpo ou à mente da pessoa – um exame e medições objetivos –, mas envolve também a consideração/avaliação de seu estado geral físico e mental. A corrente holista associa saúde ao bem-estar e à qualidade de vida e considera que uma pessoa pode carecer de saúde não apenas se sua probabilidade de sobrevivência está diminuída, mas também se ela não se sente bem ou se ficou incapacitada com relação a algum outro objetivo que não seja o da sobrevivência.

A declaração final da Conferência de Alma-Ata⁷ (1978) dá uma resposta às propostas de Boorse, lançadas em 1977, reafirmando que a saúde é um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” e constitui um direito fundamental de toda a pessoa (SCLiar, 2007).

⁷ Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978

A conferência destacou a responsabilidade dos Estados de promover e proteger a saúde de suas cidadãs e cidadãos, bem como a importância da participação de pessoas e comunidades “no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde”⁸. Em Alma-Ata, buscou-se também estabelecer as bases para uma política de saúde global, capaz de amenizar as disparidades entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos e assegurar saúde para todas no século XXI. Alma-Ata inaugurou um ciclo de conferências mundiais de saúde as quais introduziram mudanças importantes nas concepções e diretrizes mundiais para a saúde pública e influenciaram os movimentos, no Brasil, que deram origem ao SUS – Sistema Único de Saúde.

No âmbito desse processo evolutivo dos conceitos de saúde, ainda mais novas são as noções de *saúde da mulher*, *saúde sexual* e *saúde reprodutiva* abordadas no próximo tópico.

2.2.2 Saúde da mulher, saúde reprodutiva e saúde sexual

O processo histórico conducente à noção de *saúde da mulher* e de sua associação a cuidados médicos e acesso a serviços específicos tem suas raízes na revolução industrial e na necessidade de crescimento populacional para atender às demandas de produção e consumo que fundam a lógica capitalista. Daí surge a necessidade de lidar com os problemas decorrentes das condições de gestação e parto, marcadas por altos percentuais de morte materna e infantil, e da prática sexual insegura que resultava em gestações repetidas, doenças sexualmente transmitidas e outros agravos da saúde. O processo resultante, de medicalização dos nascimentos, vem consolidar o campo da *saúde materno-infantil* que compreende ações voltadas às mulheres durante o período de gravidez, parto e puerpério e que visa a garantir a saúde do bebê e prevenir a morte materna. A noção de saúde da mulher positivou-se pela primeira vez no documento final da Conferência de Adelaide⁹, que reconheceu o

⁸ Declaração de Alma-Ata. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em 05.05.2010

⁹ Declaração de Adelaide – Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – Adelaide, Austrália, 5 a 9 de abril de 1988. Disponível em: www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf. Acesso em 04.01.2011.

direito de autodeterminação da mulher e recomendou aos Estados a criação de políticas de saúde da mulher.

Na prática, no entanto, apesar dos consideráveis avanços normativos e tecnológicos alcançados nas últimas décadas, em várias sociedades, incluindo a brasileira, seguem sendo precários ou inexistentes os serviços de saúde que atendam as necessidades específicas das mulheres em momentos importantes de suas vidas, como na adolescência e na velhice (WHO, 2009). O Relatório 2009 da OMS sobre saúde das mulheres diz que, embora algumas questões de saúde sejam similares para homens e mulheres, as diferenças que existem são tais que exigem uma atenção específica à saúde das mulheres. Por exemplo, a gestação e parto requerem uma atenção especial e envolvem riscos; as desigualdades de gênero impõem a muitas mulheres maiores dificuldades de acesso à informação e a serviços de saúde; e algumas doenças têm impactos diferenciados sobre mulheres e homens, exigindo respostas também diferenciadas (WHO, 2009).

A reformulação do conceito de *saúde reprodutiva*, através da incorporação da abordagem de gênero, vem integrar ao mesmo a ideia da reprodução como um *direito* e fundamenta este conceito no princípio de que as decisões sobre reprodução devem basear-se no livre arbítrio de cada pessoa, especialmente das mulheres. Introduzido formalmente na arena política global com a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - CIPD (Cairo, 1994), o conceito de saúde reprodutiva foi expresso no Programa de Ação resultante da conferência como:

um estado de bem-estar físico, mental e social completo em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo e suas funções e processos. Ela implica que as pessoas tenham a capacidade de se reproduzir e a liberdade de decidir se, quando e quantas vezes o pretendem fazer. Está implícito neste conceito o direito de homens e mulheres à informação e ao acesso a métodos de planejamento familiar de sua escolha, seguros, eficazes, aceitáveis e que estejam dentro das suas posses, assim como outros métodos de sua escolha para regular a fecundidade, que não infrinjam a lei, e o direito de acesso a serviços de cuidados sanitários que permitam à mulher uma gravidez e parto seguros (FNUAP, 1995 p. 17).

Esta definição foi adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e orienta as diretrizes da organização para políticas de saúde reprodutiva dos países membros. O novo enfoque da reprodução, baseado nas noções de direitos humanos, bem-estar social, equidade e igualdade entre os gêneros, inaugurado pela Conferência do Cairo

(CIPD, 1994) e reforçado em Pequim (IV Conferência Internacional sobre a Mulher, 1995), não só legitimou o termo saúde reprodutiva, mas abriu caminho para a construção das noções de direitos reprodutivos e de saúde sexual e direitos sexuais (CORRÊA *et al.*, 2006: 40).

Saúde sexual, por sua vez, não dispõe ainda de uma definição de consenso no âmbito internacional, embora o interesse sobre a questão tenha crescido muito no rastro da epidemia mundial do HIV/Aids. Na falta de um consenso estabelecido, a OMS adota uma definição operativa para saúde sexual, descrevendo-a como:

o estado de bem-estar físico, emocional e mental em relação à sexualidade; não meramente a ausência de doença, disfunção ou enfermidade. A saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e das relações sexuais, assim como a possibilidade de manter experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de coerção, de discriminação e de violência. Para se alcançar e manter a saúde sexual, é preciso que os direitos sexuais de todas as pessoas sejam respeitados, protegidos e exercidos (WHO, 2006, *tradução nossa*).

As noções de saúde sexual e reprodutiva, desenvolvidas no âmbito de um crescente debate internacional de construção e afirmação de novos direitos, estão inerentemente ligadas às noções de *direitos sexuais* e *direitos reprodutivos*, tema do tópico a seguir.

2.2.3 Direitos sexuais e direitos reprodutivos

O ciclo social da ONU¹⁰ foi responsável por colocar em pauta os direitos sexuais e os direitos reprodutivos e por consolidar uma terminologia relativa aos últimos. Desde a promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), a organização tem sido palco de debates envolvendo questões sobre a família, o casamento e a igualdade entre os sexos. Mas foi a partir da década de 1990 que os debates sobre a afirmação de determinados direitos relacionados à sexualidade ganharam impulso.

A CIPD constitui um marco histórico para esses conceitos. Espaço de disputas intensas sobre questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, embora não tenha alcançado um consenso sobre a definição de direitos sexuais, sua declaração final, o

¹⁰ Ciclo de Conferências mundiais das Nações Unidas, iniciado em 1990 com a Cúpula da Infância.

Programa de Ação do Cairo¹¹, logrou definir *direito reprodutivo* como o *direito de decidir livre e responsabilmente o número de filhos, o espaçamento entre os nascimentos e o momento de tê-los; e a dispor de informação e dos meios necessários para isso*. No âmbito do Estado, estes direitos implicam a obrigação de prover os meios e informação adequados a tal tomada de decisão pelos casais e a proibição de impor medidas controlistas ou natalistas. No âmbito privado, o respeito aos direitos reprodutivos significa que nenhuma mulher será obrigada, por parceiro, por familiares ou por outros atores da rede comunitária, a engravidar, a usar métodos contraceptivos, a não abortar ou a realizar um aborto forçado (REEVES & BADEN, 2000).

Ao longo da década de 1990, paralelamente ao ativismo social sobre o tema, a interseção entre sexualidade e saúde atraiu também o interesse de muitos pesquisadores, em diversos campos do conhecimento. Apesar disso, não foi possível ainda alcançar uma definição adequada e consensual para direitos sexuais, dada sua grande complexidade, por levantar questões no campo das identidades e implicar a ingerência do Estado sobre uma esfera íntima da vida humana. De uma maneira geral, a concepção de direitos sexuais busca uma ruptura com a visão biodeterminista das esferas da saúde sexual e reprodutiva e diz respeito à garantia da autonomia de homens e mulheres para exercerem sua opção sexual com segurança, dignidade e respeito (REEVES & BADEN, 2000; CAVENAGHI, 2006)¹².

De parte dos movimentos sociais, várias propostas de definição têm surgido. A *International Women's Health Coalition* (IWHC), organização internacional de defesa dos direitos das mulheres, define direitos sexuais como “o direito de dizer NÃO à violência, ao estupro, ao assédio, à discriminação, ao tráfico de pessoas, ao casamento forçado, ao abuso; e o direito de dizer SIM ao parceiro sexual de sua escolha, ao marido ou esposa de sua escolha, ao prazer, à livre expressão, à integridade física, à

¹¹ Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – Cairo (Egito), 5 a 13 de setembro de 1984

¹² Os movimentos Latino-Americanos de mulheres e LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros) vêm desenvolvendo esforços, desde o início da década de 2000, no sentido de criar e acordar uma Convenção Inter-Americana dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos no âmbito da Organização dos Estados Americanos (OEA). Uma campanha está em curso desde 2003 e uma proposta para a criação da Convenção foi apresentada por representantes do movimento feminista durante a 40ª Assembléia Geral da OEA, em julho de 2010. Para mais informações, ver: <http://www.convencion.org.uy/>

vida livre de violência, à autodeterminação, a opções contraceptivas, ao aborto seguro, a ampla e clara informação sobre seu corpo, seus direitos e suas responsabilidades”¹³.

2.3 Integralidade

A integralidade é um dos princípios orientadores do SUS, sendo oficialmente definida como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”¹⁴. Mas esta é uma definição muito limitada para dar conta dos sentidos da integralidade no âmbito da saúde, pois o termo é portador de um caráter polissêmico que reflete distintas perspectivas da atenção à saúde.

A diretriz tem por objetivo orientar, “no âmbito dos serviços públicos e da ação de seus profissionais, uma atenção à saúde de boa qualidade [...]. Espera-se, com isso, que os profissionais tenham uma abordagem integral, ampla e pluridimensional da saúde individual e coletiva” (TESSER e LUZ, 2008, p. 196). Sob uma perspectiva epistemológica inspirada por Ludwik Fleck e a partir da comparação entre diferentes racionalidades médicas, Tesser e Luz formulam um sentido para integralidade que pretendem como um descritor satisfatório do seu uso clínico usual:

Integralidade seria um atributo usado no contexto da atenção à saúde especializada (mas não só), qualificador de uma ação interpretativa e terapêutica, preventiva ou “curativa” o mais amplo e global possível e, ao mesmo tempo, precisa, que integra muitas dimensões dos adoecimentos e da vida dos doentes, tanto do ponto de vista dos pacientes como do saber especializado que orienta o curador (idem, p. 197).

Este é, de fato, o sentido de integralidade adotado pelo movimento feminista em sua ação voltada às políticas de saúde da mulher. Em face dos diversos fatores que incidem como causas de adoecimento e morte das mulheres, que resultam invisíveis sob a lógica da especialização biomédica, o movimento defende uma atenção integral à saúde, em que integralidade significa escuta além de ausculta, significa a atenção à mulher como sujeito, como pessoa inteira – mente, corpo, contexto e vontade – não apenas um útero, receptáculo da reprodução humana; não apenas mamas, que nutrem ou que adoecem; não um órgão qualquer a ser tratado segundo o critério do

¹³ IWHC: http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=2203&Itemid=824

¹⁴ Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 – Art. 7º, II

especialista, mas uma pessoa, que pode e deve ser agente de sua saúde; que tem direito a uma escolha informada.

O PAISM, lançado pelo Ministério da Saúde em 1984, foi a primeira política de saúde no Brasil a contemplar a noção de integralidade. A abordagem de saúde integral da proposta do programa contemplava pelo menos dois sentidos semânticos: o de atenção à saúde da mulher em todos os ciclos de sua vida, da adolescência à terceira idade, e o de abrangência de toda a cadeia de cuidados, da prevenção à reabilitação.

Por outro lado, os esforços para consolidar este polissêmico termo *integralidade* em um conceito preciso e operativo têm sido infrutíferos, de modo que, como afirmam Tesser e Luz (2008, p.196), ele segue sendo apenas um “princípio normativo, um chamamento ético e um *slogan* político”. Já, para Rubens de Mattos, talvez não se deva mesmo definir o termo de uma vez por todas, pois integralidade consiste em “uma imagem objetivo”, ou seja, um objetivo situado em um horizonte ainda distante – mas não inalcançável; não utópico. É uma imagem que traduz uma transformação social buscada, a qual se acredita possível em um horizonte temporal definido, e que traduz também um pensamento crítico – “um pensamento que se recusa a reduzir a realidade ao que existe” (MATTOS, 2006). Ainda que busque uma mudança, a imagem objetivo não constitui um projeto específico, detalhado; ao contrário, ela é pouco definida, deixando espaço para diferentes leituras e permitindo aglutinar em torno de si distintos atores e distintos projetos específicos que partilhem da mesma indignação com o que existe. Donde, a polissemia intrínseca a toda imagem objetivo. Polissemia que se deveria conservar no caso da *integralidade*, sob o risco de, ao estabelecer um conceito *preciso* e *operativo*, “abortar alguns dos sentidos do termo e, com eles, silenciar algumas das indignações de atores sociais que conosco lutam por uma sociedade mais justa” (MATTOS, 2006).

Buscando, então, responder à questão: o que é integralidade? – e observando que, embora o texto constitucional não utilize propriamente este termo, mencionando apenas “atendimento integral” em seu artigo 198, é o termo *integralidade* que tem sido usado para designar essa diretriz da saúde – Mattos (2006) explora os vários sentidos que se podem atribuir à noção em foco. Em sua reflexão, e partindo das origens dessa diretriz nas reivindicações dos movimentos por reforma na saúde, o autor define três categorias de sentidos para *integralidade*: integralidade como um

traço da boa medicina; integralidade como um modo de organizar as práticas; integralidade e políticas especiais.

Em seu texto, o autor adverte que não “procedeu a um inventário completo dos usos de integralidade”, antes, selecionou aqueles que considera mais relevantes para a construção dessa noção e para um convite à reflexão sobre as possibilidades e limites da mesma na perspectiva de “políticas, sistemas e práticas de saúde mais justas” (MATTOS, 2006).

A primeira categoria de sentidos está associada ao movimento pela medicina integral (*comprehensive medicine*), ocorrido nos Estados Unidos nas décadas de 1940 e 1950, que revelava a insatisfação com o ensino médico naquele país (KENDALL; READER, 1988). As críticas apontavam a abordagem fragmentária e reducionista da prática médica, que atentava exclusivamente para os aspectos relacionados ao sistema ou órgão do corpo humano em que o médico se especializou, ficando incapaz de apreender os aspectos psicológicos, sociais e ambientais que afetam o/a paciente. Tal crítica não tinha por alvo a medicina em si e sim a formação de base flexeriana proporcionada pelas escolas médicas. Tal formação consistia de um ciclo básico (*preclinical*), para o ensino das disciplinas fundamentais como anatomia e fisiologia, tendo por lócus o laboratório, seguido do ensino da prática clínica, cujo lócus principal de aprendizagem é o hospital, a ênfase é a especialização, fase na qual a perspectiva do ser humano como um todo e dos aspectos psicológicos, sociais e ambientais se perde quase irremediavelmente (KENDALL; READER, 1988; MATTOS, 2006). Mattos avalia que,

para a medicina integral, integralidade teria a ver com uma atitude dos médicos que seria desejável, que se caracterizaria pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a queixa desse paciente. Atitude essa que deveria ser "produzida" nas escolas médicas. Relacionava-se, deste modo, com a boa medicina, ou melhor, com a boa prática médica (MATTOS, 2006 p.).

O autor aponta ainda que, no Brasil, a medicina integral tomou novos rumos: sem organizar-se institucionalmente, associou-se inicialmente à medicina preventiva, cujos adeptos representavam parte da resistência ao regime militar e foram os precursores do movimento sanitarista. Tal associação conferiu à medicina integral uma reconfiguração teórica: a partir do desenvolvimento da área de saúde coletiva, fundada na premissa de que as práticas em saúde são práticas sociais e como tais

devem ser analisadas, o eixo típico de interpretação da prática médica (fragmentária e reducionista) deixa de ser prioritariamente a educação médica, passando a envolver todo o complexo médico-industrial (incluindo relações de trabalho, decorrentes de um crescente assalariamento da categoria, articulações entre Estado, serviços de saúde, indústrias farmacêutica e de equipamentos médicos, etc.). Como consequência, a reforma da educação médica não assume um caráter de estratégia prioritária para o movimento sanitário (MATTOS, 2006).

Essa observação fica bastante evidente no relato de Sergio Arouca sobre processo da reforma sanitária brasileira:

As Ciências Sociais, que começaram a ser introduzidas na fase inicial de implantação dos Departamentos de Medicina Preventiva, seguiam a vertente da Medicina Preventiva de feição norte-americana, que privilegiava a relação médico-paciente e os padrões de conduta médica, adotando uma visão antropológica e predominantemente funcionalista da área da saúde. Essa vertente discutia muito pouco a questão da determinação social dos sistemas de saúde, da estrutura social e do processo saúde-doença. Poderíamos dizer, então, que eram ciências sociais aplicadas à saúde, mas era uma abordagem oriunda de um campo das ciências sociais mais conservador, de direita.

O primeiro desafio dentro dos Departamentos de Medicina Preventiva foi começar a ter outra visão da questão social na área da saúde, com a introdução do pensamento marxista. Começamos a discutir a questão das relações entre classes sociais e saúde, da determinação social do processo saúde-doença [...], o que abriu, nos Departamentos de Medicina Preventiva mais comprometidos, uma nova vertente no debate sobre as ciências sociais aplicadas à saúde. Isso produziu enormes mudanças, não só no ensino das ciências sociais em saúde, mas mudanças que acabaram acontecendo na visão da epidemiologia clássica, ao incorporar nessa disciplina a visão da determinação social das doenças.

Esses estudos nos permitiram sair do enfoque centrado na relação médico-paciente, para discutir o trabalho em saúde e a organização de sistemas de saúde (BRASIL-CONASEMS, 2007 pp. 45-46).

É importante destacar que o movimento sanitário comportou uma diversidade de atores, e de correntes políticas e teóricas, alinhadas entre si pela busca comum da democratização do país e pela visão de que a construção de políticas de saúde poderia ser um caminho para esta. Essas distintas correntes produziram disputas internas ao projeto de reforma: uma delas, como aponta Arouca, entre o foco na organização da prática-médica e o foco nos determinantes sociais da saúde; outra estabelecida entre uma ênfase racionalizadora na estrutura de gestão da saúde – privilegiando o processo de unificação, de descentralização do sistema e de universalização dos serviços, especialmente com a implementação do SUDS – e a

ênfase em um projeto de mudança das práticas sanitárias que advoga um novo modelo de atenção à saúde e a superação do paradigma biomédico.

Por outro lado, a influência de autores como Foucault, Illich e Canguilhem permitiu a emergência de um senso crítico em relação à medicalização da sociedade e, como reflexo, gerou uma crítica ao saber médico e sua racionalidade preponderante, a qual veio a distinguir a versão brasileira da medicina integral. Assim, para essa corrente da crítica, a efetivação da integralidade exige a superação da racionalidade biomédica que, segundo Mattos, “não se produz, mas se reproduz na escola médica” (MATTOS, 2006).

Tal interpretação, no entanto, não é pacífica. Opiniões diametralmente opostas e outras híbridas se produziram entre os que advogam a superação da racionalidade dita biomédica e os que a defendem apostando nas mudanças curriculares na medicina para se alcançar a integralidade. Mattos chama a atenção para o fato de que, dessa polaridade de perspectivas, o que resultou foi um “afastamento da saúde coletiva dos temas relativos à prática médica propriamente dita e, portanto, uma redução relativa da importância da noção de integralidade como uma atitude médica desejável, ou como característica da boa medicina” (MATTOS, 2006 p.).

Esse distanciamento entre a saúde coletiva (com foco preventivo) e a assistência médica (voltada a atenuar ou erradicar um sofrimento experimentado individualmente) não faz sentido em uma perspectiva de integralidade. A construção do SUS buscou superar esta brecha, embora sem conseguir transformar as práticas dos serviços de modo a articular prevenção e assistência. Como afirma Mattos,

Uma primeira dimensão da integralidade, na prática se expressa exatamente na capacidade dos profissionais para responder ao sofrimento manifesto, que resultou na demanda espontânea, de um modo articulado à oferta relativa a ações ou procedimentos preventivos. Para os profissionais, isso significa incluir no seu cotidiano de trabalho rotinas ou processos de busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas, posto que menos vinculadas à experiência individual do sofrimento. Para os serviços, isso significa criar dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho que permitam oferecer, para além das ações demandadas pela própria população a partir de experiências individuais de sofrimento, ações voltadas para a prevenção (MATTOS, 2004 p. 1413)

Mas, se esta postura na prática médica traduz a boa medicina, Mattos também alerta para os cuidados que deve envolver tal prática preventiva, uma vez que, sendo uma ação não demandada pelo usuário dos serviços, o profissional dever ter boas

razões para aplicá-la e não incorrer na medicalização, ou *regulação dos corpos*¹⁵ – típica da medicina preventiva e invasora da privacidade – ou na simples expansão do consumo de bens e serviços de saúde. A integralidade como boa medicina reflete, enfim, o encontro entre médico e usuário do serviço – um encontro atento, que envolve escuta, acolhimento e respeito à subjetividade do outro (MATTOS, 2006).

O segundo conjunto de sentidos, o da integralidade como modo de organizar as práticas, está relacionado ao desenho institucional e ao modo de organização dos serviços e das práticas médicas. A crítica que se produz aqui tem dois focos: a divisão histórica que se estabeleceu entre as práticas de saúde pública e as práticas assistenciais, que tem relação com a postura profissional discutida na categoria de sentidos anterior, mas que também se reflete na organização dos serviços; e a fragmentação da assistência e das atividades dentro de uma unidade de saúde, que leva, por exemplo, uma pessoa portadora de distintos distúrbios de saúde a ter de dar entrada em distintos pontos do sistema de saúde para ser tratada. Essa crítica apontou a necessidade de horizontalização dos programas, antes verticais, para que se alcançasse a integralidade. O novo modo de organização dos serviços, buscando integrar práticas assistenciais e de saúde pública, em muitos casos, gerou tensões em prejuízo das atividades de saúde pública, pela pressão da demanda por atendimentos. Nesse contexto, a epidemiologia surge como disciplina privilegiada para apreender as reais necessidades de saúde da população e, assim, possibilitar a articulação entre a demanda espontânea (atendimentos) e a demanda programada a partir do serviço (atividades preventivas). Os serviços assim organizados conseguem atender mais adequadamente as necessidades da população alvo e produzir um melhor impacto sobre sua saúde. A integralidade, então, passa a constituir-se no próprio modo de organização dos processos de trabalho. Um modo que, no entanto, precisa ser dinâmico, contínuo, como contínuas são as mudanças no perfil epidemiológico de um grupo populacional, cujas necessidades de saúde precisam ser constantemente avaliadas e, a atenção a elas, reprogramada (MATTOS, 2006).

O terceiro conjunto de sentidos identificado por Mattos relaciona-se às políticas específicas voltadas a um determinado problema de saúde ou aos problemas

¹⁵ Vale observar que é exatamente isto que é produzido pela Medida Provisória 557, discutida no tópico anterior: a regulação dos corpos das mulheres, com um provável impacto pífio sobre as taxas de mortalidade materna.

de saúde que afetam um determinado grupo da população. Mattos diz que se pode atribuir ao movimento feminista no Brasil este tipo de uso do termo integralidade, especialmente em razão da influência do movimento na construção do PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Trazendo o PAISM como exemplo de como uma política pode ser construída a partir da crítica ao que existe e não satisfaz do ponto de vista dos direitos de cidadania, Ruben de Mattos soma-se a tantas outras análises da implementação dessa política afirmando que, embora sejam inegáveis os avanços alcançados pela mesma na perspectiva da integralidade, são igualmente inegáveis seus limites. Estes seriam decorrentes, em boa parte, do modelo de *programa* assumido pela proposta, o qual impõe limitações institucionais no confronto com outros programas. Como consequência, a assistência integral à saúde da mulher não logrou implementar-se segundo a proposta idealizada pelo movimento e enunciada nas diretrizes – a assistência privilegiou a saúde reprodutiva e doenças do útero e das mamas, deixando de atender outras formas de adoecimento das mulheres decorrentes das especificidades associadas às relações de gênero de ordem cultural e social. Este segue sendo o grande desafio para a abordagem integral da saúde das mulheres.

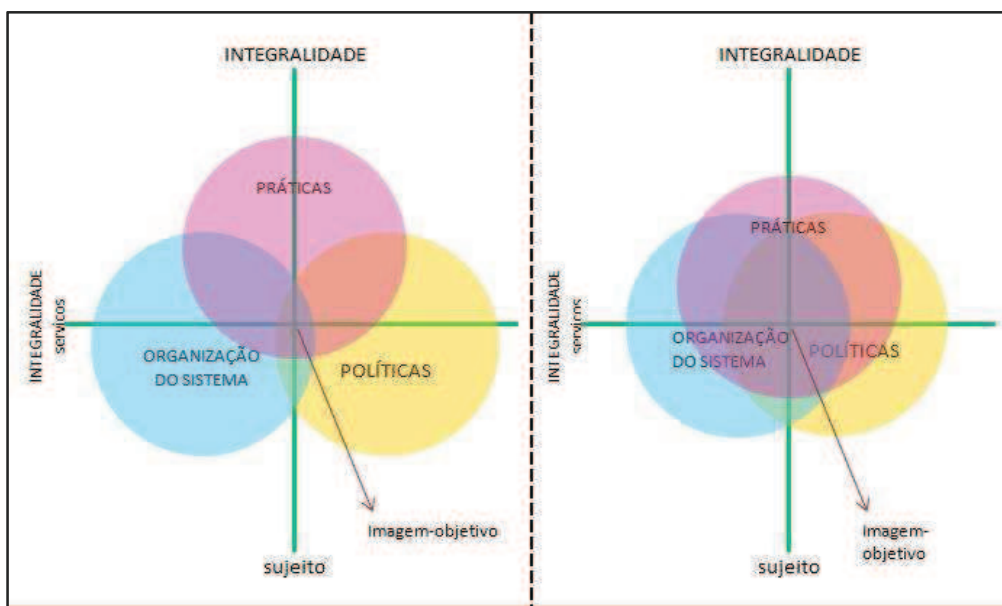
Há ainda um outro sentido para a integralidade, associado a políticas especiais voltadas a determinados problemas de saúde ou a grupos específicos de população - um sentido no qual integralidade implica políticas abrangentes, incluindo desde ações preventivas até as assistenciais relacionadas à questão ou ao grupo específico. Mattos (2006) ilustra este sentido da integralidade com o exemplo da resposta governamental brasileira à epidemia de Aids. Como destaca o autor, contrariando recomendações emanadas de agências internacionais como o Banco Mundial, o governo brasileiro norteou sua política pelo princípio da integralidade, incorporando tanto ações preventivas para controlar a epidemia como a distribuição gratuita de antiretrovirais aos pacientes da doença.

De modo consonante com a abordagem de Mattos, embora mais sintético, Gilson Carvalho (2005) trabalha com o conceito de integralidade atribuindo-lhe uma dupla concepção: a integralidade vertical, que compreende a visão do ser humano em sua totalidade na atenção à saúde – não fragmentada segundo sistemas ou aparelhos, nem focada na doença; e a integralidade horizontal, que entende as ações e serviços

em saúde como um conjunto integrado de ações de promoção (incidentes sobre as causas das doenças), ações de proteção (incidentes sobre os riscos de adoecer) e ações de recuperação (que inclui o cuidado e tratamento das doenças e agravos da saúde). Dois eixos de integralidade que, somados ao resgate dos laços de relacionamento entre o profissional da saúde e o usuário dos serviços, se complementam para constituir o que se vem denominando *humanização* da saúde (CARVALHO, 2005: 99-100).

Em síntese, a noção de integralidade na saúde compreende, pelo menos, três sentidos semânticos principais, cada um deles referido a uma esfera de sua realização: a esfera das *práticas da saúde*, que envolve a postura dos profissionais na relação com os usuários dos serviços e suas queixas/ sofrimentos e especificidades; a esfera da *estrutura*, que envolve os recursos disponíveis e as formas de organização dos serviços; e a esfera das *políticas*, que envolve o escopo, ou seja, a capacidade das mesmas de dar resposta aos problemas de saúde de forma abrangente, levando em conta os determinantes sociais que afetam a saúde dos usuários dos serviços, bem como sua capacidade de integrar ações preventivas, educativas e de assistência. Quanto mais essas esferas se entrecruzem e se encontrem nos eixos vertical (referido ao sujeito) e horizontal (referido à atenção) da integralidade, tanto mais estaremos próximos dessa *imagem-objetivo* que idealizamos para a saúde. A Figura 1 busca representar graficamente a conjugação dessas duas perspectivas da integralidade: a integralidade horizontal, referida ao sistema, estará tanto mais próxima da imagem-objetivo, do ideal que se busca, quanto mais integrais e integradas forem as práticas, a organização das ações e as políticas e quanto mais as práticas estiverem centradas no indivíduo, em sua integralidade como ser humano, não na doença ou no órgão/sistema específico.

Figura 1- Integralidade como imagem-objetivo



Fonte: Elaborada a partir das categorizações de MATTOS e de CARVALHO.

O fato é que a diretriz da integralidade, que orienta o SUS e é reforçada em políticas específicas como a PNAISM, não tem sido observada nas práticas dos profissionais da saúde, especialmente na prática médica; práticas que, de um modo geral, seguem orientadas pela racionalidade biomédica, fragmentária, hegemônica no Brasil, que será explicitada nos próximos tópicos.

2.4 Racionalidades médicas

Racionalidade médica é o termo proposto por Madel Luz, para distinguir práticas diversas relacionadas à saúde e sua abordagem terapêutica. Uma racionalidade médica constitui uma categoria operacional, um tipo ideal weberiano, de uma determinada medicina, e foi definida como:

um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes composto de cinco dimensões interligadas: uma morfologia humana (anatomia, na biomedicina), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa do que é a doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura), todos embasados em uma sexta dimensão implícita ou explícita: uma cosmologia (TESSER e LUZ, 2008, p.196)

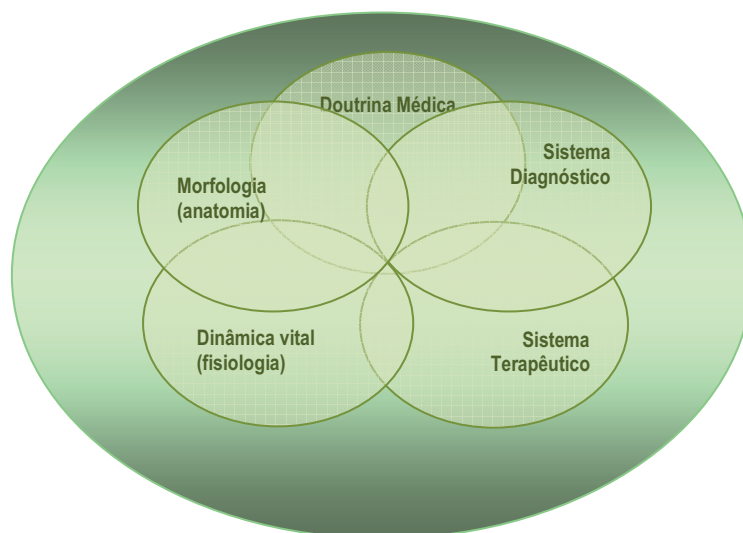
O conceito foi cunhado por Luz no âmbito de um estudo comparativo entre diferentes sistemas médicos, cujos objetivos incluíam o de estabelecer que existe mais de uma racionalidade médica, “o que implica colocar em questão o monopólio teórico

e terapêutico estabelecido pela medicina ocidental, desenvolvida em nossa cultura de um século para cá sob a denominação de medicina científica” (LUZ, 1993, p.2).

Sistemas médicos complexos como a medicina tradicional chinesa, a homeopatia, a ayurveda e a biomedicina apresentam distintas racionalidades, ou seja, são “portadoras de razão médica e de eficácia terapêutica próprias, coerente com seu estilo de pensamento” (TESSER e LUZ, 2008, p.196). No estudo comparativo entre estas quatro racionalidades, o qual utilizou como eixos de análise a perspectiva epistemológica de Fleck e as seis dimensões identificadas (cfe. Figura 2), o grupo de pesquisa coordenado por Madel Luz buscou, ademais, estabelecer relações entre cada uma dessas lógicas e a integralidade em saúde.

Da análise, evidenciou-se uma diferença fundante entre a racionalidade hegemônica, biomédica, e as demais. As últimas têm na integralidade seu alicerce fundador – o indivíduo alvo da ação médica é compreendido em sua integralidade – dimensões psicobiológica, social e espiritual – e na doença um desequilíbrio entre essas dimensões (interno e relacional). Já a racionalidade biomédica funda-se em uma ciência mecanicista, analítica e objetivista, que se organiza crescentemente segundo especializações e que tem *a doença*, e não o sujeito tratado, como seu objeto de ação.

Figura 2 – Dimensões do conceito de racionalidade médica



Fonte: Adaptado de Racionalidades Médicas, s/d

No quadro 3 a seguir, pode-se observar os diferentes fundamentos e práticas que orientam quatro distintas racionalidades médicas estudadas pelo grupo de pesquisa coordenado por Madel Luz, segundo as seis dimensões do conceito identificadas pela autora.

Quadro 3 – Comparação entre racionalidades médicas distintas segundo dimensões

Racionalidades Médicas	Medicina Ocidental	Homeopatia	Medicina Chinesa	Ayurveda
Cosmologia	Física Newtoniana Clássica	Cosmologia Ocidental Tradicional (alquímica) e clássica	Cosmologia Taoista (geração do microcosmo a partir do macro-cosmo)	Cosmologia Samkhya da criação (Purusha e Prakriti)
Doutrina Médica	Teoria da causalidade da doença e seu combate	Teoria da força vital e seu desequilíbrio nos indivíduos	Teoria do Yin-Yang, das cinco fases e seu equilíbrio nos indivíduos	Teoria dos cinco elementos e dos doshas nos indivíduos
Morfologia	Morfologia dos sistemas	Organismo material e força vital animadora	Teoria dos canais e colaterais, pontos de acupuntura e dos órgãos e vísceras (Zang Fu)	Teoria dos Dhatus (tecidos) e malas (excreções)
Fisiologia ou Dinâmica Vital	Fisiologia e Fisiopatologia	Fisiologia energética, fisiologia dos sistemas, fisiopatologia do medicamento e do adoecimento	Fisiologia do Qi, Zang Fue da dinâmica Yin/Yang	Dinâmica dos três doshas e subdoshas, teoria de ojas (essência vital) e srotas (canais)
Sistema de Diagnostico	Semiologia: anamnese, exame físico e exames complementares	Semiologia: anamnese do desequilíbrio individual. Diagnóstico e remédio da enfermidade individual	Semiologia: interrogatório, inspeção, ausculta e olfação e palpação	Trividha Pariksha (as 3 categorias da semiologia): Inspeção, palpação e questionamento
Sistema de Intervenção terapêutica	Drogas, cirurgia e higiene	Medicamentos homeopáticos e higiene	Tui Na, Qi Gong, Tai Chi, Acupuntura, moxabustão, dieta, medicamentos de origem animal, vegetal e mineral	Massagem, oleação, sudação, dieta, rotina diária e sazonal, medicamentos de origem animal, vegetal e mineral e panchakarma (as 5 terapias depuradoras)

Fonte: ROCHA, 2008

Neste quadro, pode-se visualizar uma clara distinção entre a racionalidade da medicina ocidental – analítica, mecanicista e sem perspectiva do ser humano em sua integralidade – e as demais racionalidades que têm por doutrina o equilíbrio entre distintos elementos que constituem a vida do indivíduo. O que suscita a questão: em que medida uma tal racionalidade poderá dar conta da diretriz de integralidade?

Luz (1996) identifica, na medicina ocidental contemporânea, três contradições que convivem inexplicavelmente. A primeira representada pela cisão entre a ciência das doenças e a arte de curar (epistemé/tekné) que se estabeleceu no pensamento médico a partir do século XVIII. A segunda, referente à prática médica de combate às doenças, consistindo na cisão entre diagnose e terapêutica (práxis), que passou a manifestar-se, sobretudo, a partir do século XIX. Por fim, uma cisão manifesta no

interior do agir clínico (Tekné) da unidade relacional médico-paciente, com o “progressivo desaparecimento do contato com o corpo do doente, pela interposição de tecnologias ‘frias’ diagnósticas e terapêuticas” (LUZ, 1996, p.22) que ocorre a partir da segunda metade do século XX. Tais cisões, segundo Luz, podem explicar a crescente busca, na sociedade atual, por medicinas alternativas, bem como aquilo que se vem chamando de “crise da medicina” ou “crise de paradigma da medicina”.

Tendo presentes as teorias e conceitos aqui apresentados, o próximo capítulo busca contextualizar as práticas em saúde das mulheres em face de um arcabouço jurídico e político desenvolvido, principalmente, ao longo da segunda metade do século XX, de modo a evidenciar a dissonância entre esses últimos e práxis médica, através de indicadores epidemiológicos dos desfechos da saúde da mulher no Brasil.

3 ENTRE OS CÂNONES E A PRÁXIS: uma ponte a construir

Uma clara dicotomia pode ser observada entre a prática médica hegemônica no Brasil e os princípios e diretrizes que vêm orientando o processo de formulação das políticas em saúde nos âmbitos internacional e nacional, em particular as políticas de saúde das mulheres. A significativa dissonância entre, por exemplo, o princípio da integralidade, norteador do Sistema Único de Saúde (SUS), e a formação dos profissionais da medicina tem sido apontada, desde pelo menos a década de 1980, por diversos autores¹⁶.

Desde a Carta de Princípios da Organização Mundial de Saúde (OMS), firmada em 7 de abril de 1948, a qual reconheceu a saúde como um direito de toda a pessoa¹⁷, as diretrizes políticas para a atenção à saúde das populações vêm avançando no sentido da equidade, da integralidade, da participação da sociedade e da agência do indivíduo (do respeito às subjetividades). O ciclo de conferências internacionais sobre a saúde¹⁸, realizado pela OMS e iniciado em 1978 com a Conferência de Alma-Ata (Cazaquistão), promoveu consensos e estabeleceu prioridades em saúde, definindo também que a saúde é uma condição humana socialmente determinada e que os Estados são responsáveis por garantir condições sociais que possibilitem às pessoas uma boa saúde e qualidade de vida.

Entre os determinantes sociais apontados pela OMS como significativos para conformar as condições de saúde de uma pessoa, estão fatores como educação, emprego, nível de renda, gênero, raça/etnia, entre outros¹⁹. A organização também destaca que, embora as mulheres, de modo geral, apresentem uma expectativa de vida maior que a dos homens, uma série de fatores de saúde e sociais se combinam de modo a gerar índices piores de qualidade de vida para elas e de criar maiores riscos

¹⁶ Ver, por exemplo, CAMPOS, 1997; 1999; MATTOS, 2005; SCHRAIBER, 1997; 2009; SILVA, 1986

¹⁷ A carta estabelece a obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde e define esta última como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”.

¹⁸ Entre as promovidas pela OMS: Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma-Ata, 1978); I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Ottawa, 1986); II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Adelaide, 1988); III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Sundsvall, 1991); IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Jacarta, 1997); V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (México, 2000); VI Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Bangkok (2005). Além destas, várias conferências regionais, em particular na América Latina e Caribe também foram responsáveis por avanços nas diretrizes políticas para a saúde.

¹⁹ Informação disponível em <http://www.who.int>. Acesso em: 09.09.2011

para sua saúde. A discriminação de gênero, ainda prevalente em grande parte das sociedades, é um dos fatores sociais/culturais que produz muitos riscos à saúde das mulheres. Estes incluem os de sofrerem violência física e/ou sexual, as quais costumam levar a outras formas de adoecimento, e de adquirirem doenças sexualmente transmissíveis como HIV-Aids. Não apenas estes, mas os riscos de sequelas e morte evitáveis por causas relacionadas à gravidez e parto se mantêm elevados em muitos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil. As evidências desses riscos ampliados para a saúde das mulheres conduziram à construção de marcos legais tanto no âmbito internacional como no nacional, que serão introduzidos adiante e confrontados à prática médica vigente no Brasil.

A visão ampliada da saúde, construída ao longo do ciclo de conferências mundiais, refletiu-se também nas pautas do Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil, especialmente mobilizado durante as décadas de 1970 e 1980 e que conjugava diversos movimentos reivindicadores de direitos e de melhores condições de vida, entre os quais os movimentos de mulheres. Tal mobilização conduziu à criação e institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) que, como afirma Roseni Pinheiro (2008), “se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço”. A integralidade constitui um dos princípios fundadores do SUS²⁰. Para Mattos (2004), talvez seja o menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas. É um conceito *polissêmico* e *polifônico* que “implica, necessariamente, a disponibilidade em trabalhar a partir de um plano aberto de possíveis” (PINHEIRO, 2008, p. 262). Uma prática que parece difícil de concretizar-se dentro do modelo hoje prevalente de atenção médica à saúde. Como bem apontam Tesser e Luz (2008), “[a] integralidade constitui um grave problema para a biomedicina, cujo saber esquartejou o doente e centrou sua ação nas “doenças biomédicas” (*op.cit.* p.195).

Na perspectiva de situar a prática e a formação médicas frente às diretrizes políticas da atenção à saúde das mulheres, este capítulo aborda como se constituíram e em que consistem os marcos legais e políticos internacionais e nacionais da saúde

²⁰ A criação do SUS orientou-se por princípios organizativos: descentralização e participação popular; e princípios finalísticos: universalidade, integralidade e equidade.

das mulheres e da integralidade, e também o quadro evolutivo das iniciativas e políticas de reforma curricular na educação médica no Brasil.

3.1 Diretrizes políticas da saúde das mulheres

As políticas direcionadas à saúde das mulheres, surgidas inicialmente com um foco exclusivo materno-infantil, ganharam novos contornos a partir das renovadas mobilizações feministas iniciadas na década de 1970 e que alcançaram constituir marcos jurídicos e orientativos importantes, como se verá nos próximos tópicos.

3.1.1 Marco internacional

A inserção da perspectiva de gênero na arena política internacional da saúde foi, antes de tudo, resultado da articulação transnacional dos movimentos de mulheres em torno das questões ligadas à saúde. O movimento feminista ganhara impulso a partir do início da década de 1970, especialmente colocando em questão a dominação patriarcal centrada na esfera da vida privada e adotando o slogan “o pessoal é político” que buscava levar ao debate público questões relacionadas à opressão das mulheres. Os esforços para trazer a público temas antes tidos como da esfera privada e para problematizar o lugar social desigual atribuído às mulheres levaram a ONU a declarar o ano de 1975 como o Ano Internacional da Mulher e a convocar, neste mesmo ano, a primeira Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na Cidade do México, a qual instituiu os dez anos subsequentes como a Década da Mulher.

A Década da Mulher das Nações Unidas proporcionou um fórum para a discussão de temas ligados à saúde das mulheres, especialmente através de articulações para pautar a questão nas diversas conferências internacionais promovidas pela ONU durante as décadas de 1980 e 1990 e, em particular, nas Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde organizadas pela OMS em Ottawa (1986) e Adelaide (1988).

O caminho trilhado pelas feministas para a construção de um arcabouço legal que garantisse às mulheres igual estatuto que o dos homens na sociedade foi longo e tortuoso. Dos primeiros esforços, que remontam o Iluminismo e que constituem a chamada primeira onda do movimento feminista, passando pelo movimento sufragista

que marcou a segunda onda até meados do século XX, as conquistas foram lentas e esparsas, apesar dos persistentes esforços de introduzir diretrizes internacionais para a equidade de gênero. O Livro Azul das Nações Unidas sobre o progresso da mulher divide o trabalho da ONU (impulsionado pelas feministas) voltado para a igualdade e para o avanço das mulheres em quatro diferentes etapas: 1) assegurar os fundamentos legais da igualdade (de 1945 – 1962); 2) reconhecer o papel da mulher no desenvolvimento (de 1963 -1975); 3) a Década das Nações Unidas para a Mulher (1976-1985); e 4) a partir de 1986, “Rumo à Igualdade, ao Desenvolvimento e à Paz” (PIETILÄ, 2004).

Até 1962, várias convenções abordando estas questões haviam sido preparadas pela ONU, pela UNESCO e pela OIT, através da atuação persistente de mulheres que compunham a Comissão sobre o Status da Mulher e outras ligadas a organizações não governamentais internacionais com *status* consultivo junto à ECOSOC (Conselho Econômico e Social da ONU). Entre esses vários instrumentos elaborados no âmbito das Nações Unidas, o mais importante para a promoção dos direitos humanos das mulheres foi a Convenção pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), assinada em 18 de Dezembro de 1979. Esta convenção²¹ incorpora os princípios de direitos das mulheres e da igualdade de gênero ao direito internacional e estabelece um sistema de monitoramento de sua implementação.

Apesar de sua importância para a definição do estatuto de direitos e igualdade da mulher, a Convenção foi totalmente omissa sobre uma questão crucial para as mulheres em todo o mundo: o problema da violência de gênero que, é bom que se diga, para além da crueldade que envolve por si só, tem impactos importantes sobre a saúde das mulheres, sendo causa de adoecimento e morte. Só a partir de 1985, com a Conferência de Nairobi, é rompido o silêncio sobre o problema que afeta uma parcela significativa da população feminina. Entre os objetivos da Conferência, estava o de avaliar os resultados alcançados durante a Década da Mulher, e a violência de gênero apontava como um agravo persistente à saúde, à qualidade de vida e à liberdade das

²¹ CEDAW – Convention for the Elimination of all forms of Discrimination Against Women: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>. A importância de uma convenção internacional reside no fato de que ela afirma um princípio legal universalmente adotado e induz os estados-parte a regulamentarem no âmbito nacional os temas objeto da convenção. Sem um arcabouço legal internacionalmente aceito, o trabalho de promoção do estatuto de direitos das mulheres seria seriamente dificultado em muitas partes do mundo.

mulheres. Após um longo processo de preparação que se seguiu a Nairobi, a Assembléia Geral da ONU logrou aprovar, em 1993, a Declaração pela Eliminação da Violência contra a Mulher que, diferentemente de uma convenção, não obriga os Estados Partes, constituindo apenas uma declaração de princípios.

Se, no âmbito das Nações Unidas, o tema não alcançou o consenso dos governos, apesar dos esforços institucionais para evidenciar a gravidade do problema, a Organização dos Estados Americanos (OEA) revelou-se mais aberta à questão e logrou estabelecer, em 1994, um marco fundamental para a proteção dos direitos das mulheres do continente: a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher²², a chamada Convenção de Belém do Pará. Este instrumento foi aprovado pela Assembléia Geral da OEA em 9 de junho de 1994 e entrou em vigor em 1995. Ela difere da CEDAW por definir claramente o que é violência contra a mulher e explicitar todas as formas que esta violência pode assumir. A Convenção de Belém do Pará responsabiliza os Estados-parte por adotar medidas para prevenir a violência nos âmbitos público e privado, por investigar exaustivamente qualquer violação, por responsabilizar e punir agressores e por assegurar recursos adequados e efetivos para compensação às mulheres pela violência sofrida.

Como Estado-parte dessa convenção, o Brasil foi responsabilizado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH)²³, em 2001, por omissão e tolerância da violência doméstica contra a mulher, no caso de Maria da Penha Fernandes, vítima de violência física e de dupla tentativa de homicídio por parte de seu marido que, 15 anos depois do crime seguia impune. A Comissão recomendou a

²² Inter-American Convention on the Prevention, Punishment and Eradication of Violence Against Women : <http://www.oas.org/cim/english/convention%20violence%20against%20women.htm>

²³ Em seu relatório nº 54/01, de 4 de abril de 2001, a CIDH considerou que: “o Estado violou, em prejuízo da Senhora Maria da Penha Maia Fernandes, os direitos às garantias judiciais e à proteção judicial assegurados pelos artigos 8 e 25 da Convenção Americana, em concordância com a obrigação geral de respeitar e garantir os direitos, prevista no artigo 1(1) do referido instrumento e nos artigos II e XVII da Declaração, bem como no artigo 7 da Convenção de Belém do Pará. Conclui também que essa violação segue um padrão discriminatório com respeito a tolerância da violência doméstica contra mulheres no Brasil por ineficácia da ação judicial. A Comissão recomenda ao Estado que proceda a uma investigação séria, imparcial e exaustiva para determinar a responsabilidade penal do autor do delito de tentativa de homicídio em prejuízo da Senhora Fernandes e para determinar se há outros fatos ou ações de agentes estatais que tenham impedido o processamento rápido e efetivo do responsável; também recomenda a reparação efetiva e pronta da vítima e a adoção de medidas, no âmbito nacional, para eliminar essa tolerância do Estado ante a violência doméstica contra mulheres”. Disponível em: <<http://www.cidh.oas.org/annualrep/2000port/12051.htm>>. Acesso em: 10.03.2012.

investigação exaustiva de modo a determinar a responsabilidade do agressor, o julgamento deste e medidas de reparação à vítima. Recomendou também medidas nacionais voltadas a eliminar a tolerância ante a violência doméstica contra as mulheres. Dessa recomendação, resultou a Lei Maria da Penha que hoje assegura um pouco mais de proteção às mulheres, embora seja alvo de muitos ataques e tentativas de derrubada.

Avanços no âmbito global foram alcançados também ao longo do ciclo de Conferências Mundiais dos anos 1990, o chamado Ciclo Social da ONU que se iniciou com a Cúpula da Infância, em 1990, e desdobrou-se em oito Conferências Mundiais, a saber: Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio, 1992); Direitos Humanos (Viena, 1993); População e Desenvolvimento (Cairo, 1994); Cúpula do Desenvolvimento Social (Copenhague, 1995); Mulheres (Pequim, 1995); Habitat (Istambul, 1996); Alimentação (Roma, 1997); Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Outras Formas Correlatas de Discriminação (Durban, 2001). A Conferência Mundial de Direitos Humanos, de Viena, em 1993, representou um importante avanço na proteção da mulher contra a violência por afirmar, como lema, que “os direitos das mulheres são direitos humanos” e, assim, abrir caminho em direção à responsabilização dos Estados pela omissão em medidas para prevenir e estancar a violência contra a mulher no âmbito doméstico. A Plataforma de Ação de Pequim, de 1995, destacou entre seus principais objetivos a eliminação de todas as formas de violência contra a mulher, convocando todos os Estados membros das Nações Unidas a moverem esforços persistentes no sentido de erradicar esta forma disseminada de opressão contra a mulher²⁴.

As Conferências do Ciclo Social da ONU foram importantes, primeiramente, por sua natureza cumulativa – proporcionaram avanços sistemáticos na proteção dos direitos humanos e reconhecimento crescente dos direitos das mulheres como direitos humanos. Foram importantes também para estabelecer as bases para o reconhecimento de novos direitos – os direitos sexuais e reprodutivos introduzidos no debate internacional pela Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD, Cairo, 1994).

²⁴ Estudos realizados em mais de 50 países após 1995, dão conta de que entre 10% e 60% das mulheres que casaram ou mantiveram relações conjugais durante algum tempo em sua vida, viveram pelo menos um incidente de violência física perpetrado por seu parceiro atual ou ex.

Durante a CIPD, os 179 países presentes à conferência elaboraram um acordo e adotaram um plano de ação para 20 anos – conhecido como Programa de Ação do Cairo – que colocava a equidade de gênero, a autonomia das mulheres, a saúde e os direitos humanos no centro dos esforços mundiais para dar solução a alguns dos problemas mais prementes da humanidade: pobreza, fome, doenças, desigualdade de gênero, degradação ambiental e instabilidade política.

Conforme apontam Corrêa, Jannuzzi e Alves (2006, p. 35), a grande vitória da CIPD foi a de transformar a perspectiva sobre o “problema populacional” de um ângulo exclusivamente econômico e ideológico, para uma abordagem da reprodução associada a uma concepção de saúde integral e de direitos humanos. A Conferência do Cairo constituiu um importante marco de afirmação dos direitos reprodutivos das mulheres, abrindo caminho para a discussão dos direitos sexuais, no ano seguinte, na Conferência Mundial da Mulher (Beijing, 1995). Cairo foi importante, especialmente, pelo reconhecimento – expresso em seu documento final – do aborto inseguro como um grave problema de saúde pública (parágrafo 8.25 do Programa de Ação do Cairo)²⁵ e por introduzir uma nova abordagem de direitos reprodutivos, definidos como “o direito de decidir livre e responsabilmente o número de filhos, o espaçamento entre os nascimentos e o momento de tê-los; e a dispor de informação e dos meios necessários para isso”. Demarcava-se, assim, de um lado, o direito de livre escolha dos sujeitos e, de outro, o dever do Estado em prover os meios para que tal escolha se efetive.

No ano 2000, reunidos durante a Cúpula do Milênio em Nova York, 189 Estados membros das Nações Unidas firmaram um acordo visando a apoiar os países mais pobres do mundo a melhorarem significativamente as condições de vida de suas

²⁵ Programa de Ação do Cairo- CIPD: “8.25 Em nenhuma hipótese o aborto deve ser promovido como método de planejamento familiar. Todos os governos e organizações intergovernamentais e não-governamentais são instados a reforçar seus compromissos com a saúde da mulher, a considerar o impacto de um aborto inseguro na saúde como uma preocupação de saúde pública e a reduzir o recurso ao aborto, ampliando e melhorando os serviços de planejamento familiar. À prevenção de gravidezes indesejadas deve ser dada sempre a mais alta prioridade e todo esforço deve ser feito para eliminar a necessidade de aborto. Mulheres com gravidez indesejada devem ter pronto acesso a informações confiáveis e a uma orientação compreensível. Todas as medidas ou mudanças com relação ao aborto no sistema de saúde só podem ser definidas, no âmbito nacional ou local, de acordo com o processo legislativo nacional. Em circunstâncias em que o aborto não contraria a lei, esse aborto deve ser seguro. Em todos os casos, as mulheres devem ter acesso a serviços de qualidade para o tratamento de complicações resultantes de aborto. Os serviços de orientação pós-aborto, de educação e de planejamento familiar devem ser de imediata disponibilidade, o que ajudará também a evitar repetidos abortos.” É interessante observar que, embora o idioma oficial do Programa de Ação seja o inglês, este parágrafo 8.25, constituiu uma exceção, e foi negociado em todos os seis idiomas oficiais das Nações Unidas (Relatório da CIPD, Cairo 1994)

populações até o ano 2015. A Declaração do Milênio, firmada por estes líderes mundiais resultou em um conjunto de oito grandes metas, que ficaram conhecidas como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), dentre os quais, quatro relacionam-se diretamente a políticas de saúde voltadas para as mulheres.

Em síntese, pode-se identificar um avanço sistemático ao longo das últimas seis décadas, na construção de um corpo de direitos universais e na criação de um consenso mundial em torno da concepção teórica desses direitos, neles incluído o direito à saúde e os deveres conexos do Estado de prover as condições adequadas ao acesso a esse direito. Pode-se identificar, também, um movimento articulado de atores em nível global, integrados em uma rede produtora de conhecimento e articuladora de consensos, que busca avançar através de um processo paulatino, cumulativo. Há um fio teórico unindo as diversas conferências internacionais, tanto as do Ciclo Social das Nações Unidas como aquelas realizadas no âmbito da Organização Mundial de Saúde e de suas entidades parceiras, o qual permite acreditar na continuidade desse processo, a despeito de algumas resistências que têm sido apontadas²⁶.

3.1.2 Marco nacional

No Brasil, a mobilização das mulheres é intensa durante a década de 1970 e as questões relacionadas às temáticas feministas ganham espaço crescente nos veículos da mídia – um fato surpreendente, a que Rose Marie Muraro atribui como prováveis causas o crescimento espantoso da presença da mulher no mercado de trabalho (quase duplicada de 1970 a 1976) e nas universidades (quintuplicada de 1969 para 1975 e praticamente igualando-se ao número de homens) (MURARO, 1996).

As questões relacionadas à saúde, sexualidade e reprodução eram tema de debate nos vários fóruns do movimento de mulheres brasileiras e latino-americanas desde meados da década de 1970, integradas a outros grandes debates políticos envolvendo exclusão social, falta de liberdades democráticas, discriminação étnico-racial e programas de controle demográfico que se vinham disseminando na América Latina, assim como na Ásia e África. A par da grande mobilização social por democracia

²⁶ Ver, por exemplo, Corrêa, 2004.

no Brasil e do movimento por reforma na saúde, que envolviam feministas e o movimento amplo de mulheres no início da década de 1980, o combate à implementação dos programas internacionais de controle da natalidade marcou em boa medida os debates e a formulação das políticas de saúde sexual e reprodutiva. Os referidos programas, financiados por governos de países do mundo desenvolvido e implementados por entidades privadas de planejamento familiar, eram alvo de intensas críticas por parte do movimento de mulheres e de profissionais da saúde em todo o mundo em razão de suas práticas arbitrárias e nada éticas (ÁVILA, 1993; CORRÊA, 1993; OSIS, 1998; PEDROSA, 2005).

Para além do combate a esses programas, também o foco reducionista das políticas vigentes, que limitava a atenção à saúde das mulheres ao seu ciclo gravídico-puerperal, tratando-as como meros objetos da ação médica e desconsiderando suas necessidades ao longo da maior parte da vida, vinha sendo criticado com vigor pelo movimento feminista. Demandas por autonomia e controle do próprio corpo nas questões relacionadas à reprodução e anticoncepção e por políticas que levassem em conta as desigualdades de gênero nas relações entre homens e mulheres fizeram parte das alianças estabelecidas pelo movimento de mulheres com outros atores sociais como o movimento pela reforma na saúde, entidades de classe, movimentos populares, entre outros.

No contexto político dessas lutas feministas, bem como das lutas por democratização no país e por reformas na saúde, constituiu-se, em dezembro 1983, através de portaria emitida pelo Gabinete do Ministro da Saúde²⁷, Valdir Arcoverde, um grupo de trabalho interdisciplinar localizado no extinto INAN – Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. O grupo, denominado Unidade de Sistema de Promoção da Saúde da Mulher e da Criança (GT/SMC), foi encarregado de elaborar uma proposta de assistência à saúde da mulher. Em 1984, o governo lança o PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, o qual, apesar da denominação de programa, compreende, conforme o texto do documento que estabeleceu suas bases programáticas, ações que “fazem parte de um programa global de assistência primária à saúde da população”, ou seja, constitui uma política nacional de saúde, cujo objetivo

²⁷ Portaria 344 MS/GM, de 05.12.1983.

era o de aumentar a capacidade resolutive da rede básica de serviços, atuando segundo uma nova lógica de *atenção integral* à saúde (BRASIL/MS, 1984).

Segundo relato de Ana Maria Costa (1986), médica sanitária da equipe do Ministério da Saúde e que fez parte do grupo de trabalho encarregado de formular a proposta do PAISM, “o conceito de assistência integral surgiu das reflexões do movimento de mulheres e o Ministério da Saúde através do PAISM o incorporou” (COSTA, 1986: 1137). Assim, antecipando os princípios do SUS que seria instituído alguns anos depois, o PAISM surgia como a primeira política de saúde brasileira a incorporar o conceito de integralidade como princípio norteador. Conforme expressa o documento de proposta do programa:

Em relação à atenção à mulher - objeto primordial desta proposta - os serviços de saúde devem ser dotados de meios adequados, articulando-se os esforços do governo federal, dos estados e municípios, com o objetivo de oferecer atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; **a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente**, do câncer cérvico-uterino e mamário, e a assistência para concepção e contracepção.

As proposições contidas neste documento, sem qualquer veiledade de serem inovadoras, devem refletir o conceito de **assistência integral à saúde da mulher**, preconizado pelo Ministério da Saúde: **ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional** e de aplicação ampla no sistema básico de assistência à saúde (BRASIL, 1984: 6).

(...)

Todas as ações destinadas a **prevenir** as doenças ou **promover** e **recuperar a saúde da mulher e da criança** deverão nortear-se pelo princípio da integralidade da assistência. Este, longe de constituir-se, simplesmente, em forma de atividades isoladas deve traduzir, na prática, uma **abordagem integral do indivíduo e de grupos sobre os quais se atua, procurando efeitos em âmbito coletivo e de proteção duradoura** (BRASIL, 1984: 14).

(...)

O conceito de assistência integral, aqui preconizado, envolve a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde (BRASIL, 1984:15, **grifos nossos**).

O PAISM significou um rompimento com a abordagem materno-infantil, ao enunciar uma política de “saúde integral da mulher” (OSIS, 1994; 1998; PEDROSA, 2005) – um novo conceito de atenção à saúde que tem nas mulheres não mais “objetos reprodutivos”, alvos de ações médicas voltadas ao ciclo gravídico-puerperal, e sim sujeitos ativas no cuidado de sua saúde, em todos os ciclos da vida, para quem “a

reprodução é um direito, não dever ou desígnio” (VILLELA, 2000). Ainda assim, é importante observar, no texto citado, que a atenção integral à saúde da mulher não se descola do cuidado à saúde da criança, o que sugere que, apesar de incluir as demandas do movimento feminista, subjaz ainda na política uma visão da mulher associada à maternidade.

De qualquer modo, a nova política integrou ações para o controle de patologias específicas, como os cânceres de colo de útero e de mama, além de ações de planejamento familiar de abordagem ampla, cobrindo tanto a infertilidade como a anticoncepção. Por seu caráter inovador, o PAISM constitui um marco na história das políticas de saúde no Brasil: uma política que incorporava os princípios defendidos pelo movimento de reforma da saúde – de integralidade, equidade e saúde como um direito de todas e todos e dever do Estado – além de uma abordagem progressista, e ainda em debate, de direitos e saúde reprodutivos.

Justamente em razão desta abordagem, a introdução do PAISM implicava uma mudança de mentalidades, uma mudança cultural importante, uma vez que envolveria não só nova perspectiva e prioridades por parte de formuladores e gestores de políticas nas esferas dos estados e dos municípios, mas também, e especialmente, mudança nas práticas cotidianas de profissionais da saúde.

Ciente desse desafio, a equipe idealizadora do PAISM incorporou às estratégias de implantação da política ações educativas, tanto direcionadas à capacitação de profissionais e técnicos da saúde, através da proposta de criação pelo Ministério da Saúde “de centros de referência regionais para a educação continuada de pessoal da rede básica nas atividades de atenção à mulher e à criança”, como voltadas para as usuárias dos serviços, e que deveriam compor o “conteúdo programático” das atividades das servidoras e servidores da rede básica. Diz o documento:

Em todos os contatos da mulher com os serviços de saúde, serão dadas informações sobre o exercício da sexualidade; a fisiologia da reprodução; a regulação da fertilidade e os riscos do aborto provocado; prevenção de doenças sexualmente transmitidas, do câncer cérvico-uterino e de mama, bem como a melhoria dos hábitos higiênicos e dietéticos. Para execução dessa atividade informativa, os serviços podem optar por discussões individuais, em grupo, ou outras formas mais compatíveis com sua estrutura organizacional (BRASIL, 1984:18).

Entretanto, o PAISM foi alvo de vários debates entre o Ministério da Saúde, sociedades médicas, movimento de mulheres e Igreja Católica, até começar a ser

implantado. Sua regulamentação iniciou em 1986, com a Portaria MPAS/INAMPS nº 3.360 de 04/01/1986, que define o programa como referência para a atenção à saúde das mulheres, orientando sua implementação (COSTA, 1986, 2009).

No período que se estende da regulamentação do PAISM até o presente, mais de uma centena de normativas e planos foi emitida, com origem seja no MS ou no Conselho Nacional de Saúde (CNS) ou no legislativo, regulando aspectos da saúde das mulheres e compreendendo portarias, resoluções, normas técnicas, protocolos clínicos, diretrizes, planos e programas, cujas referências se encontram reunidas no Apêndice 1. Merecem destaque, nesse marco regulatório:

- a Resolução nº 256, de 1º de outubro de 1997, do Conselho Nacional de Saúde (publicada no Diário Oficial da União – DOU em 12 de fevereiro de 1998), que define o óbito materno como evento de notificação compulsória para a vigilância epidemiológica. Esta resolução, no entanto, só se efetivou depois de 2003, com a publicação da Portaria GM 653/2003 e a aprovação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal;
- a Portaria nº 2.816, de 29 de maio de 1998, que institui sistema de crítica para remuneração de serviços de atenção ao parto, estabelecendo tetos para pagamento de cesarianas;
- a Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, de 1999, do Ministério da Saúde, que instituiu um protocolo de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual e estimulou a criação desses serviços no âmbito do SUS, instruindo a prescrição de contracepção de emergência e de interrupção da gravidez para os casos previstos em lei;
- a Lei 10.778/ 2003, de origem no Congresso Nacional, que estabelece a Violência contra a Mulher como evento de Notificação Compulsória nos atendimentos em serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional; e a Portaria MS/GM nº. 2.406, de 5 de novembro de 2004, que regulamenta a Lei, instituindo o Serviço de Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher, bem como o instrumento e fluxo para notificação;

Cada uma dessas normativas introduziu um instrumento novo e importante para o enfrentamento de problemas graves relativos à saúde das mulheres: as mortes maternas e seu subregistro, que dificulta o diagnóstico da real dimensão desse problema, o qual, apesar de subnotificado, apresenta números inaceitáveis no Brasil; as elevadas taxas de partos por cesariana que também são responsáveis por uma parcela significativa das mortes maternas; a falta de acesso das mulheres a serviços qualificados para o atendimento em casos de violência sexual e de garantia do seu direito de não manter uma gravidez decorrente de estupro; a violência física contra as

mulheres, outro problema prevalente no Brasil com sérios impactos sobre a saúde, e do qual, surpreendentemente, após mais de 25 anos da criação das Delegacias Especiais para as Mulheres, não se dispõe ainda de registros oficiais (ver Anexo 1); apenas estimativas de pesquisas estão disponíveis, apontando que uma em cada quatro mulheres brasileiras sofra ou já tenha sofrido violência de gênero²⁸.

Em 2004, o governo federal lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com propostas de atualização e de expansão das ações do PAISM, particularmente no que tange a lacunas identificadas na implementação desta última política na

atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infecto-contagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas (BRASIL,2009: 19).

O documento enunciador dos princípios e diretrizes da nova política reconhece as dificuldades e descontinuidades, de parte do governo federal, na década anterior, em assessorar e apoiar a implementação do PAISM nos níveis estadual e municipal, e aponta também as mudanças observadas a partir de 1998, quando a saúde da mulher passou a constituir uma prioridade para o governo. No Apêndice 1, pode-se observar, no ano de 1998, um bom número de portarias do MS regulando procedimentos e serviços de atenção à saúde das mulheres. Ainda segundo o documento de lançamento da PNAISM, entre 1998 e 2002,

trabalhou-se na perspectiva de resolução de problemas, priorizando-se a saúde reprodutiva e, em particular, as ações para redução da mortalidade materna (pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção). [...] [E]mbora se tenha mantido como imagem-objetivo a atenção integral à saúde da mulher, essa definição de prioridades dificultou a atuação sobre outras áreas estratégicas do ponto de vista da agenda ampla de saúde da mulher. Essa perspectiva de atuação também comprometeu a transversalidade de gênero e raça, apesar de se perceber um avanço no sentido da integralidade e uma ruptura com as ações verticalizadas do passado, uma vez que os problemas não foram tratados de forma isolada e que houve a incorporação de um tema novo como a violência sexual (BRASIL-MS/SAS/DAPE, 2009 p.18).

²⁸ Algumas fontes de referência importantes são: Agência Patrícia Galvão: <http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1975>; Campanha Ponto Final: < <http://www.campanhapontofinal.com.br/publicacoes.php>> Fundação Perseu Abramo: < <http://www.fpabramo.org.br/galeria/violencia-domestica>> Acessados em 10.05.2012.

Vale destacar que o referido avanço no sentido da integralidade está relacionado não a uma visão de saúde integral na perspectiva do sujeito mulher e sim ao acesso aos diversos níveis de atenção à saúde – da atenção básica à terciária – no qual efetivamente se podem observar avanços.

Políticas lançadas mais recentemente sugerem um crescente distanciamento entre as equipes de formulação das políticas no Ministério e o movimento de mulheres. Iniciativas recentes do governo de Dilma Roussef levantaram preocupações e indignação no movimento de mulheres, em razão de um visível retrocesso na abordagem de gênero que já se tinha por consolidada no Ministério da Saúde e que desapareceu na proposição das políticas anunciadas. Particularmente, a chamada Rede Cegonha, cuja denominação sugere a negação do protagonismo da mãe e do pai na reprodução e cujos objetivos e enunciado retomam o foco materno-infantil das políticas de saúde voltadas para mulheres que, se não nas práticas, pelo menos no discurso havia sido superado – um retrocesso inaceitável depois de décadas de afirmação da perspectiva de gênero na construção de políticas.

Outra medida recém divulgada (estratégia, segundo o governo, para redução da mortalidade materna) acirrou ainda mais os ânimos: o cadastramento compulsório e *universal* de todas as gestantes atendidas nos serviços de saúde, inclusive os da rede privada, instituída através de Medida Provisória²⁹ (que tramitou no Congresso em caráter prioritário, vigorando com força de lei) e fazendo referência a direitos do *nascituro*³⁰.

Para além do fato de ter sido assinada em um período de quase completa desmobilização política da sociedade – no dia 26 de dezembro de 2011, portanto entre Natal e Ano Novo – e sem ter sido discutida previamente com a sociedade civil ou com o CNS, a medida gerou polêmica também por vários aspectos de seu conteúdo. Em primeiro lugar, sua inconstitucionalidade³¹, por violar o direito à privacidade, uma vez

²⁹ Medida Provisória nº 557 de 26 de dezembro de 2011.

³⁰ Esta questão remete a um embate de décadas entre setores da Igreja Católica e o movimento feminista no Congresso Nacional. Frentes parlamentares ligadas à Igreja tentam aprovar projeto de emenda constitucional para introduzir o direito à vida desde a concepção, através do “Estatuto do Nascituro”.

³¹ Particularmente em seu Art. 16, que altera a lei 8.080/90 em seu Art.19-J: ‘Art. 16. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação: [“CAPÍTULO VII - DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTAÇÃO E DO TRABALHO DE PARTO, PARTO E PUERPÉRIO - Art. 19-J. Os serviços](#)

que não prevê o consentimento da mulher para o cadastramento; e por atribuir direitos ao *nascituro* equiparados aos da gestante, direitos estes não previstos no texto constitucional, o qual só gera proteção jurídica para o “indivíduo-pessoa”, como bem ilustra o voto do Ministro Carlos Ayres Britto, em uma Ação Direta de Inconstitucionalidade julgada no Supremo Tribunal Federal (STF)³² envolvendo tema conexo:

nossa Magna Carta **não diz quando começa a vida humana**. Não dispõe sobre nenhuma das formas de vida humana pré-natal. Quando fala da “dignidade da pessoa humana” (inciso III do art. 1º), é da pessoa humana naquele sentido ao mesmo tempo notarial, biográfico, moral e espiritual [...]. E quando se reporta a “direitos da pessoa humana” [...], **está falando de direitos e garantias do indivíduo-pessoa. Gente. Alguém**. De nacionalidade brasileira ou então estrangeira, mas sempre um ser humano já nascido e que se faz destinatário dos direitos fundamentais “à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”, entre outros direitos e garantias igualmente distinguidos com o timbre da fundamentalidade (art. 5º). Tanto é assim que ela mesma, Constituição, faz expresso uso do adjetivo “residentes” no País (não em útero materno e menos ainda em tubo de ensaio ou em “placa de Petri”), além de complementar a referência do seu art. 5º “aos brasileiros” para dizer que eles se alocam em duas categorias: a dos brasileiros **natos** (na explícita acepção de “nascidos”, conforme as alíneas *a*, *b* e *c* do inciso I do art. 12) e brasileiros **naturalizados** (a pressupor formal manifestação de vontade, a teor das alíneas *a* e *b* do inciso II do mesmo art. 12). (BRITO, 2008, grifos no original).

O problema com a introdução de “direitos do nascituro” é que abre um precedente perigoso para a revogação de direitos já garantidos às mulheres, de interrupção terapêutica da gestação em caso de risco de morte decorrente da mesma, e de aborto legal em caso de gravidez resultante de estupro, ademais de criar um empecilho fatal aos esforços pela introdução de novos permissivos, como no caso de gestações de fetos anencéfalos³³, e pela total despenalização do aborto, o qual tem seu impacto mais cruel sobre as mulheres das camadas mais vulneráveis da sociedade. Outro aspecto polêmico relaciona-se precisamente com esta questão: o cadastramento, associado à disponibilização do teste rápido de gravidez nas unidades

de saúde públicos e privados ficam obrigados a garantir às gestantes e aos nascituros o direito ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério seguros e humanizados”.

³² Supremo Tribunal Federal – Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 3510-0 referida a pesquisas com células tronco embrionárias. Voto no Ministro Britto disponível em:

http://www.lrbarroso.com.br/pt/casos/celulastronco/votos/carlos_britto.pdf Acesso em: 07.01.2012

³³ Durante o desenvolvimento da presente pesquisa, o STF julgou a constitucionalidade da interrupção terapêutica da gravidez em caso de feto anencéfalo, conforme julgamento final em 12.04.2012. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/peticaoInicial/verPeticaoInicial.asp?base=ADPF&s1=54&processo=54>>. Acesso em: 09.05.12

de saúde prevista na política da Rede Cegonha, poderá incluir gestantes ainda nas primeiras semanas de gestação. Assim, além de invadir a privacidade das mulheres e a confidencialidade de seus prontuários médicos, dado seu caráter compulsório, um cadastro de “monitoramento e vigilância de gestantes” também pode servir à perseguição e punição de mulheres que eventualmente escolham interromper a gestação.

Tal Medida Provisória do governo para redução da mortalidade materna – a qual viola não só a Constituição Federal como também compromissos internacionais firmados pelo Brasil³⁴, e discrimina as mulheres (na medida em que só elas engravidam) ao instituir um sistema de vigilância sobre sua vida reprodutiva – é, ademais, totalmente desnecessária. O país já dispõe de um arcabouço normativo suficiente para o enfrentamento desse problema, conforme se pode observar no Apêndice 1, de coletânea das normativas. Destacam-se nessa coletânea: a Portaria do Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro (MS/GM) número 569, que institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e no Nascimento e as portarias complementares 570, 571 e 572; a publicação, em 2001, pelo Ministério da Saúde, do manual “Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher” com orientações aos profissionais da saúde para uma atenção humanizada não só ao parto e puerpério, mas também aos casos de aborto – normativas estas em perfeita consonância com os direitos reprodutivos das mulheres e com os padrões internacionais estabelecidos. Também em 2001, o relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) sobre a Mortalidade Materna traz uma série de recomendações que bem poderiam ter sido retomadas agora, em lugar da inadequada Medida Provisória 557. O documento reconhece que, para vencer os altos índices de mortalidade materna “são necessárias intervenções sanitárias, educacionais e sócio-econômicas, medidas mais eficazes quando implementadas simultaneamente” (BRASIL,2001 p.190). Entre as constatações e recomendações expressas no documento, destacam-se:

Surge como complicador a dificuldade em incorporar novas ações, especialmente em saúde e educação. A formação do profissional médico

³⁴ Por exemplo, com a CEDAW – Convenção pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, adotada pela ONU em 1979. Disponível em: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>> Acesso em: 29.06.2012

deve ser voltada para as necessidades do país, para a humanização do atendimento, para a priorização da ética no exercício da profissão.

[...]

O aborto clandestino surge como conseqüência da discussão ampla sobre a falta de um planejamento familiar no país. O acesso aos diversos métodos de anticoncepção e a informações sobre seu uso correto devem ser franqueados a toda a população que demande, com a maior urgência.

Neste esforço para reduzir a gravidez na adolescência, uma grande causa de morte materna e de abortos (além do aumento do risco de transmissão de AIDS), vemos como imprescindível a atuação da escola, levando conhecimentos sobre saúde reprodutiva como conteúdos transversais do ensino.

A divulgação sobre o direito à assistência pré-natal de qualidade é essencial. Sugere-se a adoção de divulgação permanente nos diversos meios de comunicação – além de outros veículos - sobre rotinas de um pré-natal de qualidade, sinais de alerta para a gestante e meios de encaminhar denúncias ou reclamações.

[...]

A qualidade das escolas que formam médicos e enfermeiros deve ser revista, excluindo-se as pouco qualificadas. O aparelho formador deve proceder à reformulação de suas premissas de ensino, privilegiando dotar o país de profissionais sintonizados com as necessidades brasileiras. A ênfase na especialização e na tecnologia deve ser dada por fases posteriores da formação, especialmente na Residência Médica. Entendemos que a formação básica já é extremamente extensa e deve ser sólida, inicialmente, nas quatro áreas básicas

[...]

A discussão de formas de reduzir a violência assume relevância significativa. Particularmente no que diz respeito à mulher gestante, a covardia destes ataques causa revolta ainda maior (BRASIL, 2001).

Depois de dez anos da publicação do relatório da CPI da Mortalidade Materna e das normativas estabelecidas pelo MS, a nova estratégia sugere que se deram vários passos para trás, para ter-se, de novo, as mulheres como simples receptáculos para a reprodução da força de trabalho. Em um país em que as desigualdades de poder entre os sexos ainda é forte; onde pelo menos uma em cada quatro mulheres já foi ou é alvo da violência do parceiro; no qual, elas, especialmente as mais jovens, não conseguem negociar com os parceiros o uso de preservativos nas relações sexuais; onde a incidência do HIV/Aids cresce entre as mulheres adolescentes de modo tal que, em 20 anos, a relação de incidência entre os sexos se reverteu³⁵, fica-se a pensar em que bases teriam se apoiado os formuladores dessa nova política para definir suas estratégias.

³⁵ A razão de sexo que, em 1990, na faixa de 15 a 19 anos de idade, era de 89 mulheres para 270 homens (0,33), chegou a 344 mulheres para 242 homens (1,42), em 2000, e para 323 mulheres para 264 homens, em 2008 (1,2) (DATASUS, 2010).

Na medida provisória, adotada sem consulta à sociedade civil e tampouco às instâncias governamentais relevantes para a questão, como a Secretaria de Políticas para as Mulheres, se pode observar, além de tudo, a desconsideração a um outro princípio fundante do sistema de saúde brasileiro e cerne da política nacional de atenção integral à saúde da mulher (PNAISM) – a integralidade.

Nesta polêmica, uma vez mais, o movimento de mulheres deu mostras de sua capacidade de articulação e mobilização nacionais. Após inúmeras manifestações de repúdio à Medida Provisória 557, o governo recuou e a republicou, em 27 de janeiro de 2012, excluindo o artigo 16º, que inseria a figura no nascituro na Lei 8.080/90 que institui o SUS. Mantém-se, no entanto, o cadastramento compulsório e universal das gestantes atendidas nos serviços de saúde públicos ou privados e a falta de menção à atenção humanizada para casos de abortamento inseguro ou a estratégias mais eficazes para disponibilização de um leque maior de opções em métodos contraceptivos e/ou a ações educativas sobre paternidade/maternidade responsável e planejamento familiar. Medidas estas que poderiam evitar um bom número de gestações indesejadas e, assim, também prevenir mortes maternas. Ou seja, a política segue sendo um retrocesso, pois perde de vista a perspectiva da integralidade, este princípio-conceito-valor tão caro ao movimento pela equidade de gênero.

Os significados e a relevância desta noção fundamental são explorados no tópico a seguir.

3.2 Diretrizes do SUS: a integralidade como imagem objetivo

A proposta de um Sistema Único de Saúde (SUS) começa a desenhar-se no Brasil a partir da década de 1970, impulsionada pelo Movimento de Reforma Sanitária, e é legitimada durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. O Movimento pela Reforma Sanitária surgiu entre profissionais da saúde com visão desenvolvimentista apoiados pelas universidades e por setores organizados da sociedade civil como o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde) e a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) (BRASIL, 2006; MATTOS, 2006). Em seu resgate histórico da formação deste movimento e de constituição do SUS, Hésio Cordeiro (2004) aponta o 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde,

realizado em outubro de 1979, cujo documento final incluiu uma crítica aguda à política de saúde vigente, como um marco fundador do movimento. Conforme este autor, o documento aprovado no referido simpósio estabelecia um conjunto de princípios que viriam a nortear o movimento pela reforma sanitária. São eles:

- 1) o direito à saúde como direito universal e inalienável;
- 2) o caráter intersetorial dos determinantes da saúde;
- 3) o papel do Estado no sentido de regular “para obstaculizar os efeitos mais nocivos das leis do mercado na área da saúde”;
- 4) descentralização, regionalização e hierarquização;
- 5) participação popular e controle democrático (CORDEIRO, 2004: 346).

A desigualdade no acesso à saúde marcou a história das políticas e do sistema de saúde brasileiros. Das primeiras políticas, que remontam a 1808 (SCOREL; TEIXEIRA, 2008), até as primeiras décadas do século XX, a assistência médica, quando disponível, era ou privada – e, portanto, acessível somente àqueles que podiam pagar pelos serviços – ou filantrópica, prestada, principalmente por instituições ligadas à Igreja Católica. O Estado não tinha participação na assistência. A população apelava, então, a práticas terapêuticas diversas como boticários, curandeiros, benzedeadas e outras. Na década de 1920, começam a desenhar-se algumas políticas, com a reforma Carlos Chagas, que criou o Departamento Nacional de Saúde Pública e ampliou a interferência do estado nas questões de saúde pública, e a Lei Eloy Chaves, através da qual se instituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) nas empresas ferroviárias, nas quais o Estado desempenhava o papel de regulador. Mais tarde (década de 1930), as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), agora com participação do Estado no seu financiamento. Tais benefícios, que incluíam a assistência médica, pouco a pouco, estendem-se à totalidade dos trabalhadores urbanos ligados à indústria e ao setor de comércio e serviços (LUZ, 2007). Na década de 1960, o sistema previdenciário entra em crise, incapaz de responder às necessidades da massa assalariada urbana com a ampliação dos serviços – uma crise que se estende durante a década seguinte. Em 1966, o governo militar unifica os IAPs, criando o Instituto Nacional de Previdência Social.

Dois aspectos merecem destaque neste brevíssimo apanhado histórico: o fato de que o modelo de assistência médica, curativa e individual, prestado pelo Estado, beneficiava unicamente algumas camadas da população urbana – os trabalhadores

formais ligados aos setores produtivos da economia; e a existência de uma clara dicotomia entre saúde coletiva e individual, com a divisão de atribuições entre o Ministério da Saúde – responsável pelas ações coletivas de prevenção e controle de endemias – e o setor da Previdência e Assistência Social – responsável pela assistência, prestada basicamente através de convênios com o setor privado (LUZ, 2007). Daí, evidenciam-se as deficiências do sistema: sua inadequação às necessidades da sociedade brasileira, sua não integralidade, denunciada na dicotomia entre prevenção e cura. Esforços já se faziam no sentido de ampliar a cobertura e de integrar as ações em saúde – uma integração que enfrentava resistência velada do setor previdenciário, o qual vinha acumulando poder dentro do Estado. Poder este que culminou em 1974, quando o setor, que antes estivera vinculado ao ministério da Indústria e Comércio e depois ao ministério do Trabalho, passa a constituir um ministério – Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS (COHN, 2008; LUZ, 2007). Em meados da década de 1970, também, começa a estruturar-se, no contexto da luta por redemocratização, a proposta de um sistema único de saúde. Como colocam Paim e colegas:

Um amplo movimento social cresceu no país, reunindo iniciativas de diversos setores da sociedade – desde os movimentos de base até a população de classe média e os sindicatos –, em alguns casos associados aos partidos políticos de esquerda, ilegais na época. A concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público. Professores de saúde pública, pesquisadores da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência e profissionais de saúde de orientação progressista se engajaram nas lutas dos movimentos de base e dos sindicatos. O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) foi fundado em 1976, organizando o movimento da reforma sanitária e, em 1979, formou-se a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Ambas propiciaram a base institucional para alavancar as reformas (PAIM et al., 2011, p. 18).

No âmbito mundial, consolidava-se um debate sobre a importância da atenção primária à saúde. A Conferência Internacional de Alma-Ata, em 1978, evidenciou as imensas disparidades entre a situação dos países desenvolvidos e a dos subdesenvolvidos, enfatizando a responsabilidade dos Estados de promover e proteger a saúde de seus cidadãos e a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e implementação dos cuidados à saúde. A conferência tinha por objetivos estabelecer as bases para uma política de saúde global e distinguiu-se por

conceitualizar a atenção primária em saúde (APS)³⁶ e conferir a esta importância política ao vinculá-la ao alcance das metas de saúde para todos no século 21.

No Brasil, na esteira das críticas e debates conduzidos pelo movimento sanitário, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS (1976), tentativa do governo autoritário de contornar a crise abrindo espaço para políticas racionalizadoras (PAIM, 1986), já apontava uma tendência à universalização, descentralização e hierarquização dos serviços. Em 1980, criou-se o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), seguido pelo plano de Reorientação da Assistência à Saúde (plano do – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária - CONASP), em 1982. Este último compreendia Ações Integradas de Saúde (AIS), implementadas a partir de 1983 através de convênios firmados entre o MPAS, o Ministério da Saúde (MS) e as secretarias estaduais e municipais de saúde. As AIS tiveram importância significativa para o processo de descentralização da saúde e para o avanço em direção à integralidade, por repassar recursos a estados e municípios para a prestação dos serviços e por integrar ações curativas, preventivas e educativas. As AIS compreendiam uma estrutura de gestão colegiada e comissões interinstitucionais encarregadas da coordenação e gestão das ações em saúde nos diversos níveis – municipal, estadual e regional.

Após um longo processo de debates e articulações políticas no contexto do movimento de democratização do país, é no âmbito da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 e 21 de março de 1986, que se dão os passos decisivos da reforma do sistema de saúde no país, com as reivindicações formuladas no âmbito do movimento sanitário apresentadas principalmente por secretários municipais de saúde. A Conferência estruturou-se em torno dos temas *Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor*, contando com

³⁶ A Conferência de Alma-Ata destacou que a atenção primária inclui oito elementos básicos: educação em saúde, alimentação e nutrição (vigilância nutricional), abastecimento de água e saneamento básico, atenção materno-infantil e planejamento familiar, prevenção e controle das doenças endêmicas, programa amplo de imunizações, tratamento das enfermidades prevalentes e acesso a medicamentos essenciais. Assim formulada, a atenção básica estaria assentada sobre quatro pilares fundamentais: um adequado desenvolvimento tecnológico, o fortalecimento da gestão administrativa dos serviços de saúde, participação comunitária e processos de intersetorialidade como parte do desenvolvimento econômico e social. A declaração final da Conferência define atenção primária em saúde como “os cuidados essenciais em saúde baseados em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance de todas as pessoas e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam sustentar, em todas e cada uma das etapas de seu desenvolvimento, com um senso de auto-responsabilidade e auto-determinação.

a participação de cerca de três mil pessoas, dentre as quais, mil delegados com direito a voto.

Em 1987, institui-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), tendo por diretrizes a universalização e a equidade no acesso, a integração, hierarquização e regionalização das ações em saúde, e a participação comunitária, consolidando as AIS e antecipando o Sistema Único de Saúde (SUS). O modelo privilegiava um planejamento ascendente, a partir dos municípios, passando pelos estados e chegando à União, que seria a responsável pela política nacional de saúde. Na prática, no entanto prevaleceu a centralização dos recursos. Sua implantação dava-se através de convênios entre o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e as secretarias estaduais de saúde e ocorreu de forma heterogênea, dependendo do grau de centralidade ocupado pelo Estado no projeto político do MPAS, da importância dos governadores/secretários de saúde no sistema político e das condições técnicas e operacionais das secretarias estaduais de saúde e da rede de serviços (PUGIN, et al., 1999).

O SUS é criado oficialmente em 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, a qual enuncia: “[a] saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Art.196)”. A Constituição de 1988 estabeleceu, também, princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, os quais podem ser categorizados em dois grupos distintos, mas inter-relacionados: princípios éticos ou doutrinários; princípios organizacionais ou operativos. O primeiro grupo compreende basicamente a universalidade, a integralidade e a equidade. O segundo, a descentralização, a regionalização e hierarquização da rede, e a participação social. O quadro 4 ilustra esta categorização, definindo sucintamente cada um deles (cfe. BRASIL, 2000).

Quadro 4 – Princípios norteadores do SUS

Princípios éticos/doutrinários	Princípios organizacionais/operativos
Universalidade dos serviços: acesso à saúde como direito público subjetivo, integrante dos direitos da cidadania. A Universalidade é o princípio segundo o qual "A saúde é direito de todos e dever do Estado..." (CF, 196, caput)	Descentralização dos serviços: redistribuição de recursos e responsabilidades entre os entes federados com base no entendimento de que o nível central, a União, só deve executar aquilo que o nível local, os municípios e estados, não podem ou não conseguem. A gestão do Sistema (SUS) passa a ser de responsabilidade da União, dos estados e dos municípios, agora entendidos como os gestores do SUS.
Equidade na prestação dos serviços: a política pública de saúde deve ser redistributiva com o objetivo de corrigir desequilíbrios sociais e regionais. Deve dar-se tratamento desigual para situações desiguais, ou seja, a cada um segundo suas necessidades objetivando proporcionar uma maior uniformidade.	Regionalização e hierarquização da rede: distribuição espacial dos serviços de modo a atender às necessidades da população por regiões e em diferentes níveis de complexidade. Exige ações articuladas entre estados e municípios, sendo-lhes facultada a criação de consórcios.
Integralidade da assistência: direito de as pessoas serem atendidas na íntegra em suas necessidades. É "... entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;" (Lei 8.080, 7.º, II)	Participação social: institucionalização da democracia participativa e do consequente controle social na área de Saúde com a obrigatoriedade de constituição e de funcionamento de conselhos de saúde nos três níveis de governo.

Fonte: BRASIL. 2000. Sistema Único de Saúde (SUS) – descentralização. Pg. 6

Assim, a par de ser um dos princípios doutrinários do SUS, cuja origem remonta os movimentos por justiça social e democracia da década de 1970 (entre os quais os movimentos de mulheres e o movimento por reforma sanitária), a noção de integralidade comporta, como já detalhado no capítulo 2, vários sentidos semânticos no âmbito da saúde, de modo que sua definição conforme expressa na Lei 8.080/90 é muito limitada para dar conta dessa diversidade. Na prática cotidiana dos serviços da saúde, manifesta-se esse caráter polissêmico da integralidade através de distintos sentidos e usos, os quais nas demandas da população podem traduzir-se por tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e escuta.

É justamente esse sentido, o que Mattos traduz como boa medicina, que mais dificilmente se observa nas práticas dos serviços de saúde. Como atestam diversos estudos³⁷, a diretriz da integralidade que orienta o SUS e é reforçada em políticas específicas como a PNAISM, no que concerne a uma atenção que atente às subjetividades e às determinações sociais e ambientais da saúde, não se tem efetivado nas práticas dos serviços, como se buscará evidenciar na próxima seção.

³⁷ Ver, por exemplo, OSIS, 1994; BACHA, 1997; DUARTE, 2002; SOUTO, 2008; REIS e ANDRADE, 2008; COELHO *et al.*, 2009.

3.3 A prática em saúde da mulher e seus desfechos no Brasil

Os indicadores de saúde das mulheres brasileiras apontam, por um lado, a persistência do enfoque materno-infantil, com os recursos da saúde voltados prioritariamente a programas de acompanhamento pré-natal e de aleitamento materno. Se o PAISM logrou desmobilizar os programas de controle da natalidade disseminados antes de sua criação, não conseguiu melhorar as condições de acesso das mulheres brasileiras à saúde integral nem garantir o reconhecimento delas como sujeitos no processo de gestão de sua própria saúde. Mesmo os indicadores relacionados ao ciclo gravídico-puerperal continuaram apresentando-se incompatíveis com o estágio de desenvolvimento econômico e tecnológico do país.

A razão de mortes maternas³⁸, que constitui um ótimo indicador tanto de pobreza e de iniquidade social como da cobertura e qualidade da atenção à saúde de uma população – porque referido a mortes que são quase na totalidade evitáveis – continua apresentando valores inaceitáveis para um país como o Brasil. Enquanto no Canadá e Estados Unidos, por exemplo, a razão de morte materna (RMM) é menor do que nove óbitos por 100 mil nascidos vivos, no Brasil, ela marcou 52,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos, em 2000, e 53,3, em 2005, um patamar elevadíssimo e sinal de ineficácia das políticas, mesmo atribuindo-se o aumento à melhora nos registros. As mortes por causas maternas representaram no país, em 2005, a oitava entre as principais causas de morte de mulheres em idade fértil (BRASIL, 2007b). Uma parte considerável dessas mortes se dá como desfecho de partos cesáreos, os quais, apesar das campanhas e esforços governamentais por sua redução, seguem aumentando no país.

Signo da discriminação de gênero e da negação às mulheres de autonomia em relação ao próprio corpo, uma causa importante dessas mortes é o aborto inseguro, reconhecido pelo Ministério da Saúde como um grave problema de saúde pública. A

³⁸ Conforme o relatório Saúde no Brasil 2007, do Ministério da Saúde/SVS: ‘Morte materna, segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), é a “morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais” (BRASIL, 2007b).

recente publicação “Aborto e Saúde Pública no Brasil: 20 anos”, resultado de um levantamento de pesquisas e publicações sobre o tema no país, informa que:

Os resultados confiáveis das principais pesquisas sobre aborto no Brasil comprovam que a ilegalidade traz consequências negativas para a saúde das mulheres, pouco coíbe a prática e perpetua a desigualdade social. O risco imposto pela ilegalidade do aborto é majoritariamente vivido pelas mulheres pobres e pelas que não têm acesso aos recursos médicos para o aborto seguro (BRASIL, 2008b).

O Ministério da Saúde estima que o número de abortos realizados anualmente no Brasil situe-se entre 700 mil e 1 milhão e calcula que 38,4% das internações hospitalares de mulheres (média do período entre 2002 e 2006) são por aborto (BRASIL, 2007b: 170-182). Mesmo com o reconhecimento oficial da gravidade deste problema e do grau de iniquidade de que este é portador, não se identificam esforços nem alocação adequada de recursos por parte dos gestores da saúde no sentido de preveni-lo, seja através de programas efetivos de planejamento familiar, por exemplo, - um dos principais eixos do PAISM – ou de programas voltados à saúde de adolescentes e jovens de caráter educativo.

Há, além disso, um preocupante processo de desumanização da atenção à gestante e ao parto, um que se poderia chamar de “industrialização” do pré-natal e das cesarianas, no qual as mulheres seriam pouco ou nada mais que insumos da produção. Este processo ocorre na contramão das políticas de humanização do SUS e é denunciado por alguns fatos insólitos (mas não tão infrequentes) colhidos recentemente na mídia conforme exemplos reunidos no Anexo 2 e resumidos a seguir.

Um desses fatos, ocorrido em Belém do Pará, em 2010, despertara a atenção e a indignação da pesquisadora quando foi noticiado, levando-a a buscar informações sobre seu desfecho. A grande surpresa foi descobrir que tal fato se repetia em outros lugares do país, com uma inexplicável ausência de questionamento por parte das instâncias de controle social e, mesmo, do movimento de mulheres. Trata-se de uma gestante de 20 anos, que fez seu pré-natal na rede pública e, em 19 de abril de 2010, foi ao Hospital da Santa Casa sentindo contrações, tendo sido encaminhada à Maternidade do Povo. Lá, foi submetida a uma cesariana de urgência, porque, segundo a equipe, “os batimentos do feto estariam fracos, indicando sofrimento fetal”. Depois da cirurgia, a mãe da moça foi informada de que “não havia bebê”: a moça teria passado por uma “gravidez psicológica” (e foi preciso submetê-la a uma cesariana para

constatar este fato!). Os detalhes deste e de outros casos similares estão descritos no Anexo 2. Cesáreas de outras supostas gestações psicológicas (pseudociese é o termo técnico utilizado) ocorreram também em Campo Limpo Paulista (SP), em junho de 2010, e em Americana (SP), em janeiro de 2012. Além destes, outra mulher, de Mogi Mirim (SP), a qual durante o pré-natal fora informada de que teria gêmeos com base em exames de ultrassonografia, fez o parto normal do primeiro bebê e, como a equipe não ouvia os batimentos do segundo, foi submetida a uma cesariana de urgência, quando constaram que “não havia outro bebê”.

Difícil será saber, a despeito das investigações policiais, se esses foram de fato casos de pseudociese ou ocultam um tipo de erro médico que resultaria em processos judiciais mais graves para os profissionais envolvidos. Porque a disparidade de poder entre as partes é imensa. As informações parecem mudar ao longo dos processos de investigação, nos quais o discurso médico vem sempre revestido da autoridade suprema do conhecimento técnico-científico e da verdade incontestável. Ainda assim, supondo que, efetivamente, se tratassem de casos de gravidez psicológica, então, é de se questionar: que tipo de atenção pré-natal tem sido prestada às mulheres? Uma atenção tão desatenta que é capaz de corroborar, até o momento do parto, uma gravidez que não existe? Onde fica a integralidade neste tipo de atendimento? Onde, a humanização? Esta última também totalmente ausente na forma como a notícia da suposta gravidez psicológica, após uma cirurgia então desnecessária, é dada às famílias e à própria gestante, gerando revolta e desconfiança. Há ainda que lembrar que esses são os fatos que chegam à mídia, por ocorrer com famílias que, apesar de poucos recursos financeiros, possuem um nível razoável de educação e de informação, que lhes possibilita a noção de serem sujeitos de direitos e recorrer à justiça para reparar a violação destes. Mas, quando vemos os dados do Censo de 2010 revelando que mais de 50% da população brasileira não possui o ensino fundamental completo e, portanto, apresenta um monumental déficit de cidadania, pode-se supor que fatos como esses estejam a repetir-se pelo Brasil adentro sem que tomemos conhecimento, porque as disparidades entre os médicos, detentores do saber científico, e as gestantes, não sujeitos, mas objetos das práticas desses profissionais, são frequentemente tão abissais que não deixam margem a questionamentos.

Casos de bebês natimortos e do modo como os profissionais lidam com a fatalidade e a comunicam às famílias, reunidos também no Anexo 2, oferecem outros testemunhos desse processo desumanizador, o qual se apoia, especialmente, em um processo de distinção, de *habitus* de classe (Bourdieu, 2007), em que o profissional se insula em um patamar superior de conhecimento e valor social. O caráter distintivo de sua posição o autorizaria a atuar de forma autônoma e autocrática, desconhecendo na/no paciente um Outro, um igual, um sujeito merecedor de cuidado integral e de respeito.

Há outras evidências do baixo grau de integralidade na atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Uma delas é a incidência crescente de contaminação por HIV/Aids e de mortalidade, entre mulheres e jovens³⁹, por esta infecção, em todas as regiões do país. Dados de 2005 apontam a Aids como a quarta entre as principais causas definidas de morte entre mulheres em idade fértil (10-49 anos) (BRASIL, 2007b, p. 158). Também a persistência de taxas elevadas de gravidez precoce denota a insuficiência das políticas de saúde sexual e reprodutiva no Brasil. Embora a fecundidade geral no país venha decrescendo sistematicamente, verificou-se um aumento importante no número de mães com idades entre 15 e 19 anos. Segundo o relatório do Ministério da Saúde, *Saúde Brasil 2004*, “em 1980, a fecundidade das mulheres de 15 a 19 anos representava 9,1% da fecundidade total do país. Em 2000, esse percentual aumentou para 19,4%” (BRASIL, 2004 p.89). Dados recentes divulgados pelo MS⁴⁰ informam uma redução nos índices de incidência de gravidez na adolescência com base em dados brutos de nascimentos por idade da mãe. No entanto, a informação desconsidera a queda proporcional importante na população brasileira na faixa etária considerada (10-19 anos, queda de aproximadamente 6% entre 1998 e 2009) em comparação com o crescimento proporcional (cerca de 22% no

³⁹ Nota recém divulgada do Ministério da Saúde dá conta de que “Cai a transmissão de HIV da mãe para o filho. Em jovens tende a crescer”. A nota informa também que “A faixa etária em que a aids é mais incidente, em ambos os sexos, é a de 20 a 59 anos de idade. Chama atenção a análise da razão de sexos em jovens de 13 a 19 anos. Essa é a única faixa etária em que o número de casos de aids é maior entre as mulheres. A inversão apresenta-se desde 1998, com oito casos em meninos para cada 10 em meninas.”. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11932. Acesso em 1º/12/2010.

⁴⁰ BRASIL, MS. *Brasil acelera redução da gravidez na adolescência*. Notícia divulgada no sítio do Ministério da Saúde. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11137. Acesso em 1º/12/2010.

mesmo período) da população nas demais faixas etárias de mulheres em idade fértil (20 a 48 anos) (DATASUS 2010, População residente Brasil). Combinando-se este último dado com as informações anteriores, tem-se, na melhor das hipóteses, uma estabilização da incidência de gravidez na adolescência na última década.

Além das evitáveis mortes maternas, do expressivo número de abortos inseguros, da feminização da Aids e da gravidez precoce que muitas vezes induz ao aborto, o número de partos cesáreos continua aumentando em todas as regiões do Brasil, inclusive para o grupo de mães adolescentes (BRASIL, 2008); jovens e adolescentes ainda não dispõem de informação, orientação e acesso adequados com relação a recursos contraceptivos e planejamento familiar (DÍAZ; DÍAZ, 1999; MARTINS *et al.*, 2006; OLIVEIRA e LYRA, 2008).

Se, por um lado, é fato que uma boa parte dos obstáculos à realização da integralidade na saúde e, em particular, na atenção à saúde das mulheres, se deva a deficiências estruturais do SUS – como falta de recursos e de pessoal suficientes –, bem como a problemas de gestão, por outro, há uma variedade de estudos apontando o despreparo dos profissionais da saúde para a prestação de uma atenção integral. Isto é, para o acolhimento do/a usuário/a como um sujeito, uma pessoa portadora de uma história de vida, de uma cultura, de crenças, inserida em um contexto social específico, e com uma demanda de saúde que não está restrita a um conjunto de sintomas ou a um órgão ou sistema enfermo. Enfim, para um encontro, como coloca Mattos (2006), de conhecimentos entre o profissional, com seu saber técnico e especializado, e o/a usuário/a, com seu saber tácito, suas crenças, seus valores e sua história de vida.

Tais estudos, realizados em diferentes regiões do país, têm indicado as concepções, representações e práticas dos profissionais da saúde como obstáculos à integralidade. Concepções e atitudes que, de um modo geral, especialmente quando se trata da prática médica, têm sido associadas ao modelo hegemônico da educação médica vigente no Brasil. Valem destacar aqui alguns exemplos dessas pesquisas para ilustrar o tipo de obstáculos a enfrentar no percurso rumo à integralidade.

Cássia Reis e Sônia Andrade, em um estudo qualitativo das representações sociais de enfermeiras sobre a integralidade na atenção à saúde da mulher, na rede básica da região sul de Mato Grosso do Sul, observaram entre as enfermeiras entrevistadas “uma visão fragmentada da assistência à saúde da mulher, ainda

pautada nas queixas físicas”. Concluíram, ainda, que as entrevistadas não conseguem definir integralidade, referindo-se a um “atendimento holístico”, sem tampouco conseguir defini-lo, e que trabalham de forma individualizada argumentando que o serviço não está organizado para prestar uma assistência integral (REIS; ANDRADE, 2008).

Maia, Guilhem e Lucchese (2009) buscaram analisar a integralidade sob a perspectiva da articulação entre distintas práticas da saúde; no caso, entre a Vigilância Sanitária e os Programas de Saúde da Mulher, em cinco capitais, uma de cada região do país. A Vigilância Sanitária dos serviços de saúde tem por objetivo promover a qualidade da assistência prestada, a qual, segundo os autores, está intrinsecamente relacionada ao monitoramento dos riscos. A Saúde da Mulher, além de ser uma das áreas da atenção à saúde que mais contribuiu com avanços e propostas à integralidade, é também uma área cujos problemas referem-se em boa parte à qualidade da assistência. A análise da articulação entre as duas áreas põe em evidência a segunda esfera de sentidos da integralidade proposta por Mattos (2006), a da horizontalização e integração dos serviços de assistência à saúde e de saúde pública. O estudo evidenciou o isolamento da Vigilância Sanitária nas secretarias de saúde, apesar do reconhecimento, por parte dos coordenadores da área de saúde da mulher, da importância da integração. Os responsáveis e técnicos da Vigilância Sanitária consideram que a integração não ocorre, porque não existem problemas na Saúde da Mulher que demandem sua participação (MAIA; GUILHEM; LUCCHESI, 2010).

Gama e colegas (2009) estudaram as representações e experiências de mulheres com relação à assistência ao parto vaginal e por cesariana em três maternidades do Rio de Janeiro – uma pública, uma conveniada com o SUS e uma privada – e a natureza das relações entre profissionais da saúde e usuárias nesses contextos. Identificaram distintos modelos de organização dos serviços em cada uma das instituições, resultando em diferentes tipos de assistência e de relação entre profissionais da saúde e as mulheres entrevistadas. Apesar de algumas diferenças na assistência e nas relações, na análise sob a perspectiva das relações de gênero, o estudo destaca, em todos os casos, a falta de informação suficiente às mulheres sobre o processo do parto e suas possíveis intercorrências, o impacto das relações assimétricas de poder entre médico e gestante que, pouco informada, fica refém das

decisões do médico sobre o tipo de parto. Revelando uma situação bastante distante seja da integralidade vertical definida por Carvalho (2005), seja da integralidade referida às práticas e postura dos profissionais da saúde proposta por Mattos (2006), as autoras concluem que

a assistência ao parto permanece submetendo quem deve ser sujeito e reproduzindo o projeto da medicalização – mesmo que este processo se manifeste de formas diferenciadas entre os grupos estudados –, o que reduz o campo da assistência e inviabiliza um lugar de poder diferenciado das usuárias, bem como sua conscientização, autonomia e exercício de seus direitos em saúde (GAMA et al., 2009 p. 2487).

Em 1999, após estudar as altas taxas de partos cesáreos no Brasil, em instituições públicas e privadas, buscando elucidar suas causas, Alessandra Chacham chegou a conclusão similar, além de estabelecer uma relação entre a abordagem intervencionista e tecnologicizada da prática obstétrica brasileira e o modelo de assistência obstétrica prevalente no país, que conferia exclusivamente aos médicos obstetras a responsabilidade por essa assistência. O que, para a autora poderia configurar uma das principais razões para as elevadas taxas de partos cesáreos no país (CHACHAM, 1999).

Outras evidências dessa postura têm sido levantadas em diversos estudos empíricos⁴¹ e acabam refletidas nos dados oficiais relativos à saúde das mulheres, os quais persistem em sugerir a ineficácia das políticas como a PNAISM. Nagahama e Santiago (2005) destacam que o modo como o corpo das mulheres vem sendo tratado pela medicina, enquanto seu “objeto de saber e prática”, faz emergir a questão da *medicalização* – uma “distorção da prática médica brasileira”⁴² que as autoras associam, seguindo Foucault (1982), à manipulação dos corpos, útil à manutenção do poder das classes dominantes. Em seu artigo, no qual fazem um resgate histórico do processo de institucionalização do parto, elas concluem que, embora o parto hospitalar tenha sido responsável pela redução das taxas de mortalidade materna e neonatal, ele serviu também como meio de controle ideológico da sexualidade das mulheres, reduzidas a objetos de reprodução. Através da hospitalização,

⁴¹ Ver, por exemplo, ALVARENGA, 2004; FREITAS, 2006; CARVALHO e DIMENSTEIN, 2004; WELLER, 2004; LINDNER, 2005; GAMA et al., 2009.

⁴² Vale destacar que esta não é uma tendência apenas brasileira e sim das sociedades ocidentais de um modo geral, nas quais a prática biomédica é hegemônica e cada vez mais pautada pela grande indústria farmacêutica e pelas altas tecnologias diagnósticas e terapêuticas.

simbolicamente, a mulher foi despida de sua individualidade, autonomia e sexualidade, por meio do *cerimonial de internação* – separação da família, remoção de roupas e de objetos pessoais, ritual de limpeza com enema, jejum, não deambular. Ou seja, a atenção foi organizada como uma linha de produção e a mulher transformou-se em propriedade institucional (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 656).

A persistência de práticas de saúde atravessadas por concepções conservadoras da sexualidade das mulheres, visões estereotipadas de gênero e relações hierarquizadas médico/usuárias é lugar comum nos estudos que analisam serviços de atenção à saúde das mulheres no Brasil⁴³. Segundo Cristião Rosas⁴⁴, referindo-se às políticas de saúde sexual e reprodutiva, apesar

do esforço de alguns gestores públicos na implementação de políticas e programas específicos na área da saúde da mulher (...), encontramos ainda um certo 'conservadorismo' de nossa sociedade e resistência de parcela dos tocoginecologistas, que não compreendem os direitos sexuais e reprodutivos como parte integrante dos direitos humanos e, portanto, não modificam suas posturas e atitudes, tão necessárias para a reversão dos deploráveis indicadores de saúde reprodutiva (ROSAS, 2004).

Michele Pedrosa (2005) destaca que, embora a assistência à saúde da mulher se estruture, tradicionalmente, para o atendimento às condições de saúde relacionadas às funções reprodutivas, as principais causas de contato das mulheres com o sistema de saúde são de natureza não reprodutiva, com ênfase nas doenças crônicas. Para a autora, médica ginecologista e mestre em Epidemiologia, a concepção reprodutiva conduziu à estruturação de serviços específicos para o atendimento à saúde da mulher, resultando em melhor acesso a cuidados com a saúde reprodutiva, mas, por outro lado, contribuindo para a fragmentação da atenção à saúde da mulher, contrapondo-se à abordagem integral. A abordagem de gênero se faz necessária também na atenção à saúde não relacionada à reprodução, mas os serviços não estão qualificados para identificar e considerar as singularidades da condição de saúde das mulheres, sejam elas de ordem biológica, psicológica, cultural ou social. Segundo Pedrosa,

[a] formação dos profissionais de saúde carece, na maioria dos casos, de conteúdos relacionados a aspectos não biológicos da saúde. No que se

⁴³ Vide, por ex. PEREIRA, 2004; COSTA *et al.*, 2006; FREITAS, 2006; GAMA *et al.*, 2009.

⁴⁴ Médico ginecologista, Secretário da Comissão de Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista por Lei da FEBRASGO, coordenador no Brasil do *Projeto FIGO: Iniciativas para Prevenção do Aborto Inseguro*, que reúne cerca de 60 países com o objetivo comum de apontar os principais determinantes e variáveis associados   gestação indesejada e ao aborto inseguro em seus respectivos territórios, formulando políticas públicas e ações para reverter o quadro.

refere especificamente à formação médica, há pouca ou nenhuma incorporação de conhecimentos relacionados às ciências sociais e humanas que podem contribuir para a melhor contextualização e resolução dos problemas de saúde, exatamente como preconiza os princípios e a filosofia inserida no PAISM (PEDROSA, 2005 p.78).

Todos esses estudos, portanto, trazem indícios de que a integralidade está longe de ser realidade na atenção à saúde das mulheres brasileiras, há forte evidência de que o foco materno-infantil continua vigorando na maior parte dos serviços e, a par de deficiências na estrutura e na organização dos serviços, as práticas e, entre essas, especialmente as práticas médicas, têm sido apontadas como um dos principais obstáculos ao alcance da integralidade. Argumenta-se, com frequência, já desde a década de 1990, que o modelo pedagógico e a estrutura curricular adotados na maior parte das escolas de medicina no país não contribuem para a superação desse problema. Propostas de reforma têm sido apresentadas e algumas mudanças vêm sendo introduzidas nas escolas, em diferentes graus.

É na prática da saúde, no encontro do profissional e seus saberes com a usuária do serviço e sua situação de vida, que, em última instância, a integralidade deve e pode se concretizar. Mas é justamente aí que o saber adquirido parece não ajudar a construir a integralidade, porque focado na doença, com crescente especificidade; ou em um órgão ou sistema e seu funcionamento. Perde-se de vista a pessoa, suas condições de vida e seu conjunto de crenças, sua capacidade de agência sobre a própria saúde.

Este capítulo buscou, primeiramente, situar o marco legal, internacional e nacional, e de políticas que orienta a atenção à saúde das mulheres no Brasil, enfatizando o processo gradual e cumulativo de sua construção e a participação de diversos atores sociais, com destaque para a participação do movimento feminista e para os diversos sentidos da diretriz de integralidade na atenção à saúde. Buscou, também, situar as práticas vigentes em saúde das mulheres e os desfechos mais relevantes na forma de indicadores da saúde, bem como apresentar algumas análises conduzidas nas últimas décadas relativas a esses desfechos e sua relação com a prática médica, em especial as atitudes e o preparo dos profissionais da medicina para uma práxis consoante com as diretrizes do SUS e da PNAISM.

Partindo do pressuposto de que a educação desempenha um papel fundamental na conformação dessas práticas e que cabe às escolas médicas preparar

os futuros profissionais para as mesmas, no próximo capítulo se traça um breve panorama da educação médica no Brasil e da evolução de suas diretrizes curriculares, a partir da década de 1970 e do movimento pela reforma sanitária.

4 A EDUCAÇÃO MÉDICA E O SUS: marco situacional

Ao analisar o papel da educação médica na orientação das práticas necessárias à efetiva implementação das políticas de saúde como a PNAISM, é importante destacar que o movimento pela reforma sanitária e, dentro dele, a construção do SUS nasceram no ambiente acadêmico, particularmente nos Departamentos de Medicina Preventiva de algumas universidades. A integração de um processo multidisciplinar de reflexão e construção teóricas com outro de articulação política e mobilização de setores da sociedade, resultou em um projeto de política pública único, fazendo do SUS um sistema modelo. Nas palavras de Arouca:

O inédito no nosso trabalho é essa articulação que ninguém fez [...]. Não aconteceu na Educação, na Assistência Social, uma movimentação para fazer a articulação entre a Universidade, o pensamento crítico, e a organização de serviços, a montagem de um projeto alternativo novo. Tanto assim que, quando vem a redemocratização, e fomos para a Oitava e para a Constituinte, não estávamos inventando a roda. Era um processo que já tinha experiência teórica e prática acumulada na formação de pessoas, na elaboração de idéias, com teses e publicações, como a revista Saúde em Debate. A coisa caminha para a criação do SUS de uma forma quase natural, porque estávamos discutindo durante a ditadura, não só a crítica à ditadura, mas o projeto de substituição da ditadura. Isso é que foi o novo, o que não aconteceu, por exemplo, na área da educação (BRASIL, 2007a, p. 55).

Esse processo de construção caminhava paralelamente a outras iniciativas originadas no movimento pela medicina integral e nas conferências internacionais de saúde, que incentivavam mudanças nos currículos das escolas de medicina no sentido de privilegiar a atenção primária à saúde. Iniciativas que, no Brasil, como vimos no capítulo anterior, assumiu uma configuração distinta através da abordagem da saúde coletiva. Nessa área, se destacaram as pesquisas e as contribuições de Maria Cecília Donnangelo, tida como uma das pioneiras na construção do pensamento social em saúde e precursora das distintas “escolas” brasileiras de saúde coletiva. A partir de estudos sobre a categoria profissional médica e suas relações com o mercado de trabalho, desenvolvidos no final da década de 1960 e primeira metade dos 70, e nos quais identificou a tendência de assalariamento dessa categoria profissional provocada pelo avanço do capitalismo apoiado pelo Estado, Donnangelo aprofundou a análise sociológica do campo do fazer médico e contribuiu para introduzir na área da educação médica disciplinas das ciências sociais (NUNES, 2008; MOTA *et al.*, 2004).

Outro aspecto importante a ter em conta no presente estudo é o de que a esfera pública da saúde constitui um campo – um campo intelectual, um campo de poder, no sentido bourdiano – em que se embatem distintos atores (institucionais e individuais) e interesses, não raro, antagônicos. Um campo do qual a educação médica e suas instituições relevantes formam um segmento, ou subcampo, também conformado por diferentes atores e jogos de interesse. Nesse sentido, os currículos das escolas de medicina e, mesmo, a criação de novos cursos nessa área, têm sido objeto de proposições e de pressões oriundas tanto de organismos e fundações internacionais, como de instituições governamentais e não governamentais além de outros grupos no âmbito nacional, como se verá em mais detalhes adiante.

Para uma melhor compreensão de como se constitui esse campo e como dentro dele se embatem distintos paradigmas – um biologicista, tributário da racionalidade tecnocientífica, especializante, fragmentária e focada nos agentes patológicos e seus efeitos no órgão ou sistema do organismo humano; outro preventivista, representado pela área da saúde coletiva, focada nas necessidades de saúde da população e que vê a educação como estratégia para transformar as práticas – iniciamos por um apanhado histórico sobre a instituição da educação médica no Brasil e o processo de hegemonização da racionalidade biomédica.

4.1 Antecedentes históricos: a construção do saber médico como um *campo de poder*

A apropriação da arte de curar como atributo hegemônico do profissional da medicina e a própria instituição da profissão são relativamente recentes na história do Brasil, remontando ao início do século XIX. A primeira escola de medicina do país, a Escola da Cirurgia da Bahia (hoje Faculdade de Medicina da Bahia - UFBA), foi criada por ato de D. João VI, em 18 de fevereiro de 1808, pouco depois da chegada do príncipe regente e da família real ao Brasil. Em 5 de novembro do mesmo ano, D. João criou também a Escola de Anatomia, Medicina e Cirurgia no Rio de Janeiro, hoje Faculdade de Medicina da UFRJ.

Até meados do século XIX, havia um número muito pequeno de médicos atuando no Brasil, fossem os formados pelas universidades de Coimbra e de Montpellier ou pelas escolas da Bahia e do Rio de Janeiro, depois de sua criação.

Curandeiros, boticários, dentistas, sacerdotes, sangradores, cirurgiões-barbeiros e parteiras desempenhavam um papel fundamental nas práticas de cura. As terapêuticas populares abarcavam uma grande diversidade de ofícios e técnicas e eram as mais demandadas pela população, não só pela maior disponibilidade em relação à incipiente prática médica, mas por uma franca aceitação pela população. Entre esses ofícios, destacava-se especialmente o de parteira. Detentoras dos saberes específicos do trato do corpo feminino, as parteiras, além de realizarem os partos e prestarem atendimento e esclarecimentos para os desconfortos, dificuldades e enfermidades das mulheres, tinham também um papel relevante no tratamento das moléstias infantis (PIMENTA, 2004; WITTER, 2005). Esse ofício manteve-se por todo o período do Brasil colônia como exclusividade das mulheres. O desconhecimento, que em grande medida envolvia a fisiologia feminina, somado aos pudores característicos da sociedade colonial e à vantagem da experiência como fonte de saber contribuiu muito para isso. Como resgata Beatriz Weber,

os “incômodos do útero” tratados pelas parteiras podiam significar desde as mais diversas doenças venéreas até inflamações sem diagnóstico preciso (do útero, do ovário, etc.), tratadas com lavagens de água fervida e líquidos “perfumosos”, tampões de tecido introduzidos no útero (curativos), “sublimados corrosivos”, etc. O maior “incômodo”, entretanto, era a gravidez não desejada, e várias parteiras provocavam abortos. Compartilhavam, portanto, a intimidade feminina, partilhando suas dificuldades, sendo companheiras e confidentes, e, por isso, mais aceitas do que os médicos no atendimento de seus problemas (WEBER, 2010, p. 425).

Vários estudos históricos⁴⁵ desenvolvidos a partir da década de 1970 apontam que as muito variadas práticas terapêuticas populares prevalentes no Brasil colônia até o século XIX, ao contrário do que faziam crer pesquisas anteriores, não eram fruto da ignorância e da superstição, mas constituídas a partir de racionalidades próprias e buscavam responder a distintas necessidades práticas e simbólicas da população (WITTER, 2005). Muitos desses ofícios de curar contavam inclusive com a chancela do Estado, sendo autorizados pela Fisicatura-mor, órgão responsável “pelo controle da medicina exercida por diferentes curadores, como físicos, cirurgiões, barbeiros,

⁴⁵ Para um inventário de diversas pesquisas históricas relacionadas às práticas terapêuticas no Brasil, ver WITTER, 2005.

sangradores e parteiras” (cfe. MAPA – Memória da Administração Pública Brasileira⁴⁶).

Segundo Pimenta,

Os médicos, cirurgiões e boticários consideravam o seu saber superior ao dos terapeutas populares, mas não os desqualificavam totalmente, pois o conhecimento destes sobre a natureza da região era valorizado. Durante o período de existência da Fisicatura-mor, o contexto não era de medicalização da sociedade, de imposição de padrões científicos, de higienização das cidades, de modificação e normalização de condutas [...]. A partir da década de 1830, a relação entre a medicina popular e a medicina acadêmica mudou paulatinamente: já não se tratava então de enquadrar minimamente as práticas populares nas concepções da medicina acadêmica, mas simplesmente de desautorizá-las. (PIMENTA, 1998)

Assim, é a partir das décadas de 1820 e 1830, quando a medicina começa a institucionalizar-se no Brasil, que o exercício das práticas terapêuticas populares passa a sofrer mudanças significativas, com a redefinição dos ofícios curativos considerados legítimos pelo Estado. Em 1828, foi extinta a Fisicatura-mor e suas atribuições repassadas às câmaras municipais e à justiça ordinária. Os curandeiros e sangradores foram desautorizados e excluídos das atividades legais. As parteiras foram desqualificadas para uma posição subalterna e seu ofício passou a ser combatido pela medicina oficial que, gradualmente, foi se apropriando de suas atividades (WITTER, 2005; PIMENTA, 2004). Em 1829, é criada a Sociedade Médica do Rio de Janeiro, por um pequeno grupo de médicos que, segundo Soares (2001, p.415), desejavam “transformar o que se lhes afigurava como um verdadeiro ‘caos urbano’ — uma cidade ‘suja’ e ‘doente’, ‘corrompida’ pelos miasmas e pelos comportamentos ‘pouco recomendáveis’ da população — em um espaço ‘civilizado’”. A sociedade visava, principalmente, a fornecer pareceres em matéria de higiene e saúde pública às autoridades.

Ao longo do século, à medida que se organizava a medicina oficial, aumentava o combate às outras práticas curativas, que passavam a ser qualificadas e punidas pelas autoridades como “charlatanismo”. Na busca pelo monopólio da arte de curar, médicos com diploma acadêmico passaram a se utilizar de seu capital simbólico para influenciar a criação de regulamentos e legislação que combatiam qualquer outra forma de medicina – curandeiros, parteiras, homeopatas e boticários, entre outros

⁴⁶ Disponível no site do Arquivo Nacional/ Ministério da Justiça: <http://linux.an.gov.br/mapa/?p=2662> . Acesso em 02.03.2012

passaram a ser perseguidos e ter suas práticas tachadas como “exercício ilegal da medicina”, particularmente no Código Penal (1890), instituído pela República. Com a política médico-sanitária / higienista que se instalava no novo regime, os métodos tradicionais de cura e seus praticantes deveriam dar lugar aos médicos especialistas e seus conhecimentos técnicos. As parteiras eram especialmente visadas – no discurso de médicos, essas “perigosas mulheres”, “sem instrução, sem educação alguma, boçais e ignorantes inqualificáveis”, deveriam receber atenção redobrada das autoridades (cfe. discurso resgatado por RODRIGUES, 2010 p. 3). Cursos de farmácia e de parto foram instituídos, a partir de 1832, através de lei que também transformava as academias médico-cirúrgicas de Salvador e do Rio de Janeiro em Faculdades de Medicina, as quais passariam a fornecer diplomas de médico, farmacêutico e parteira, doravante exigidos para o exercício dessas profissões. Os cursos de parto buscavam formar parteiras “com hábitos mais civilizados”, coerentes com os padrões da medicina acadêmica. Dessa forma, as parteiras passam a ser enquadradas, através de um modelo de formação “menor”, em uma posição subalterna e a ter sua ação bastante limitada no campo da prática. Com o início do processo de medicalização do parto, a atuação das parteiras vai sendo relegada /tolerada apenas para a atenção às populações mais pobres e em zonas geográficas que não sejam de interesse dos médicos, ou encerrada em hospitais sob o controle médico (PIMENTA, 2004; WEBER, 2010).

Sob a perspectiva da saúde das mulheres, há que se destacar que, se por um lado a justificativa utilizada pelos médicos para a desqualificação do trabalho das parteiras era as elevadas taxas de mortalidade decorrentes, segundo eles, de partos em más condições de assepsia, por outro esse processo de medicalização retirou das mulheres a agência sobre um processo da vida do qual elas têm conhecimento privilegiado. O “partejar” era um ato auxiliado e orientado pelas parteiras, mas no qual a parturiente sempre tivera o papel de protagonista principal. A medicalização e institucionalização do parto, com a mulher deitada e presa a uma cama, pouco a pouco retiraram esse protagonismo, submetendo a parturiente a procedimentos muitas vezes desnecessários como, entre outros, a episiotomia, feita sem sequer consultá-la e com consequências indesejáveis para sua vida. Intervenções que estão hoje agravadas pelo número absurdo de partos cesáreos, e que ainda convivem com números

inaceitáveis de mortes maternas. Nessa instituição nascente, do parto medicalizado em detrimento do “partejar”, é possível identificar claramente aquilo que Bourdieu aponta como o processo de *naturalização* do histórico, do arbitrário cultural que subjaz à dominação masculina e que pode explicar também a hegemonia da “racionalidade científica” sobre as demais racionalidades – a hierarquia entre os gêneros se vê cristalizada e naturalizada na instituição médica do parto, com a mulher despojada de seu conhecimento e experiência do próprio corpo e submetida ao domínio da figura masculina do médico, detentor de uma saber superior, porque racional, “científico”.

E não importa se, mais recentemente, nesse lugar, esteja uma mulher, porque se preserva a hierarquia naturalizada na instituição e na cultura do saber médico como um saber construído a partir da perspectiva do homem (branco, ocidental e burguês). Essa visão masculina que marca as instituições pode ser claramente observada em um caso recente, no judiciário, quando o Superior Tribunal de Justiça (STJ) inocentou um homem de uma acusação de estupro de três meninas de 12 anos, porque “elas já estariam vivendo há um bom tempo em uma vida de prostituição”. Estas foram as palavras da juíza relatora da decisão⁴⁷ para quem, imbuída da cultura patriarcal que domina aquela instituição, ao que parece, só mulheres “direitas” são portadoras de direitos. Meninas (de apenas 12 anos!) que entraram na prostituição (não importa por qual descaminho no seu andar a vida) “já perderam a inocência” e, portanto, a lei que presume violência na prática sexual de adultos com crianças para dar proteção a estas não vale para elas. Decisões dessa monta têm se repetido no judiciário com muita frequência. O inusitado da presente foi ter partido do STJ do qual se esperaria um zelo maior com a equidade na justiça.

O processo de institucionalização da medicina e de regulamentação da profissão, iniciado em 1832, prolongou-se continuamente, com a categoria médica buscando assegurar seu monopólio das práticas terapêuticas. Um processo que, apesar de seu avanço sistemático em direção à medicalização da sociedade e ao disciplinamento dos corpos apontados por Foucault, não se deu tão facilmente. Até o início de século XX, a medicina acadêmica era apenas uma entre diversas

⁴⁷ Decisão da 3ª Seção do Superior Tribunal de Justiça, de relatoria da Ministra Thereza de Assis Moura. Informação disponível em: <<http://ultimainstancia.uol.com.br/conteudo/noticias/55547/stj+absolve+acusado+de+estuprar+garota+s+de+programa+de+12+anos.shtml>>. Acesso em 30.03.2012.

possibilidades de terapêutica e tampouco era a mais popular. Além disso, a simples existência das leis não assegurava sua implementação – muitos estados da federação – como, por exemplo, o Rio Grande do Sul – sequer as ratificavam, e o governo não dispunha de meios para a fiscalização. Assim, a afirmação de uma hegemonia médica, que reclamava a si o caráter de (e a autoridade) ‘científica’ em oposição a práticas qualificadas como frutos da ignorância e da superstição, foi lenta, caracterizando-se por um trabalho de uso do *poder simbólico*, acumulado pelos agentes, para a formação de *representações* da realidade social com vistas a transformá-la. Um trabalho através do qual os agentes buscam impor sua visão de mundo e demarcar sua posição nele (BOURDIEU, 1983; WACQUANT, 2002).

O pensamento iluminista e racional inspirava as sociedades do século XIX e, a partir de meados deste, o pensamento científico ganhou prestígio crescente. A fé na ciência e em seus resultados e no cientista como um profissional independente ampliavam-se à medida que o desenvolvimento tecnológico (energia elétrica, telégrafo, telefone, microscópio) transformava, facilitando, a vida das pessoas. As ideias positivistas de Auguste Comte foram muito influentes na época. Contudo, no Rio Grande do Sul, adquiriram peculiaridades que levaram alguns autores a cunhá-las de *castilhismo*⁴⁸ (KUMMER, 2002). As liberdades espiritual e profissional caracterizaram particularmente o positivismo rio-grandense. Como observa Lizete Kummer, a Constituição Estadual (1891) citava explicitamente a dispensa da exigência de “diplomas escolásticos ou acadêmicos” no território gaúcho para o exercício de todas as profissões e a proibição de se instituir leis para regulamentar profissões⁴⁹. Em vista disso, e também do fato de que foi somente no final do século XIX que surgiu o primeiro curso de medicina no Estado – o terceiro do país, depois de Bahia e Rio de Janeiro – a hegemonia da classe médica tardou mais a se instalar no Rio Grande do Sul. Segundo Beatriz Weber (2010), em 1890, Porto Alegre contava com 52.000 habitantes

⁴⁸ Referência a Julio de Castilhos, adepto do positivismo, Presidente do estado do Rio Grande do Sul de jul-nov/1891 e de jan/1893 a já/1898, e principal autor da Constituição Estadual de 1891.

⁴⁹ Art. 71 da Constituição Estadual: “§5º- não são admitidos também no serviço do Estado os privilégios de diplomas escolásticos ou acadêmicos, quaisquer que sejam, sendo livre no seu território o exercício de todas as profissões, de ordem moral, intelectual e industrial” ; “§17º - nenhuma espécie de trabalho, indústria ou comércio poderá ser proibida pelas autoridades do Estado, não sendo permitido estabelecer leis que regulamentem qualquer profissão ou que obriguem a qualquer trabalho ou indústria.” (KUMMER, 2002, p. 23)

e 37 médicos. Estes, até conseguirem acumular algum poder de influência, “tiveram que manter luta feroz com os demais práticos” (*op. cit.* p.424). Entre estes, estavam as parteiras, que gozavam de ampla aceitação na sociedade – o que teria determinado, como primeira medida do grupo de médicos, a criação de um curso de partos, na Santa Casa de Misericórdia, em 1897, com o objetivo de controlar as atividades dessas terapeutas⁵⁰.

A primeira sociedade médica do Rio Grande do Sul foi criada em 1892, visando a organizar os médicos na oposição à liberdade profissional⁵¹. Por iniciativa dessa sociedade, cria-se em Porto Alegre, em 1898, a Faculdade Livre de Medicina e Farmácia, oriunda da fusão entre a Escola Livre de Farmácia e Química Industrial (criada em 1895 e primeiro curso superior instituído no Rio Grande do Sul) e do Curso de Partos da Santa Casa (VIEIRA, 2009). O associativismo consistiu no modo encontrado pelos médicos de “fazer a classe”, como formulou Vieira (2009) ao pesquisar a trajetória de constituição do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul. Muitos desafios se colocavam à regulamentação da profissão e à sua instituição como forma hegemônica de terapêutica. Para além da ideologia estatal que assegurava a liberdade de práticas, e da cultura instituída tendente a emprestar à medicina acadêmica valor igual ou, mesmo, menor em relação às demais práticas, no que concerne às necessidades das mulheres, os médicos (ainda todos homens) enfrentavam dificuldades adicionais, relacionadas à posição social das mulheres – relegadas ao âmbito doméstico e cujos corpos estavam sob o zelo rigoroso dos homens e da família, protegidos por normas de pudor e decência. Isto dificultava o acesso dos médicos, prolongando o predomínio das parteiras no trato do corpo feminino.

Até o início da década de 1930, o estado do Rio Grande do Sul seguiu sendo o “reduto da liberdade profissional” e espaço de contendas entre médicos e o governo,

⁵⁰ Segundo depoimento de Sarmiento Leite, na Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina, 1915 p.3, sua criação teve como motivação a preocupação com problemas de saúde pública, decorrentes de elevado número de acidentes fatais ocorridos durante partos, atendidos por pessoas não habilitadas, as *curiosas e, ainda “...por unanimidade talvez e para evitar os naturais desastres das APARADEIRAS sem estudo”*

⁵¹ Cfe. LAITANO & LAITANO – *História do Associativismo Médico no Rio Grande do Sul*. Disponível no site da AMRIGS: http://www.amrigs.org.br/centromemoria/associativismo.htm#_Toc261891717. Acesso em 03.03.2012

no sentido de derrubar aquele preceito constitucional. Durante as primeiras duas décadas do século XX, ante a irredutibilidade do governo do Estado na manutenção da liberdade profissional, observou-se uma estratégia alternativa de uso da imprensa para desacreditar outros práticos terapeutas, com incidência particularmente frequente sobre o trabalho das parteiras, acusadas de imperícias que levariam à morte ou à infertilidade, de práticas de aborto e de crimes para esconder transgressões de ordem moral. Como nota Sandra Careli, “a construção do profissional do parto de forma pejorativa e a do paciente como vítima aparece de forma recorrente, anistiando o último das ações ilícitas que solicitava serem empregadas em seus corpos, como, por exemplo, as solicitações de aborto”. Reconhecendo em sua pesquisa um processo sistemático de formação de uma representação de classe, a autora pontua ainda que:

A recorrência do conteúdo era estratégica na formação da opinião pública: a imperícia profissional das parteiras, presente em todos os textos, as providências públicas (prisões, investigações, inquéritos, autopsias, ações da promotoria pública) e a ação dos médicos na denúncia com apenas uma menção, reforçando a idéia de que os profissionais da medicina encontravam-se em processo de construção de sua legitimidade perante a sociedade (CARELI, 2008, p.7)

Em 1932, com um decreto federal assinado por Getúlio Vargas, então presidente do Brasil, o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira passa a ser regulamentado e fiscalizado. Um passo decisivo em direção à formação de uma classe médica, cujo produto, como ensina Bourdieu (2007), resulta sempre de uma longa e lenta elaboração coletiva.

O resgate histórico aqui apresentado tem por objetivo contextualizar o processo *de naturalização* das relações hierárquicas que se constituem no âmbito da medicina “científica” entre a classe médica e a sociedade e entre profissionais e pacientes. Se, por um lado, no início do século XX, vista da perspectiva geral, a medicina não esteve tão focada na doença, configurando-se como uma medicina social, expressa no movimento higienista, por outro, ela objetivava não tanto a saúde e o bem estar das pessoas, mas antes, a regulação dos corpos para melhor servirem aos propósitos da industrialização do país.

O avanço tecnológico, no entanto, foi conduzindo esta medicina cada vez mais para a doença, para a fragmentação do humano e a especialização do conhecimento que caracterizam a abordagem biomédica que passou a pautar o ensino nessa área. Na

próxima seção, são apresentadas algumas críticas a este enfoque prevalente na educação médica e iniciativas recentes no sentido de contorná-lo.

4.2 Críticas ao modelo biomédico e questões relevantes para a integralidade

Como já vimos nos capítulos anteriores, a prática e a formação médicas ocidentais estão fundamentalmente apoiadas na chamada *racionalidade biomédica*, herdeira do pensamento cartesiano, mecanicista e racionalista, resultado de “um deslocamento epistemológico de uma arte de curar indivíduos doentes para uma disciplina das doenças” (LUZ, 1988 p. 83). Uma racionalidade focada na medicina do corpo, das lesões e das doenças, que excluiu de seus objetos de estudo a vida, a saúde e a cura. Uma racionalidade em que o corpo é fragmentado em “sistemas, agrupados segundo as propriedades isoladas por cada uma das disciplinas articuladas em seu discurso”, e a condição de saúde dividida entre o “normal” e o “patológico” (CAMARGO Jr., 1993 p.7).

As críticas ao ensino médico não são exclusividade brasileira. Elas têm sido constantes em vários países, particularmente na Europa e na América do Norte, desde o início do século passado. No Brasil, essas críticas se intensificaram a partir da mobilização pela reforma sanitária, em meados do século XX, e da criação do SUS, especialmente em razão da desarmonia entre o modelo vigente de educação médica e os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde. Segundo Carvalho e Ceccim, o estudo de graduação, na área da saúde,

acumulou uma tradição caracterizada por um formato centrado em conteúdos e numa pedagogia da transmissão, de desconexão entre núcleos temáticos; com excesso de carga horária para determinados conteúdos e baixa ou nula oferta de disciplinas optativas; de desvinculação entre o ensino, a pesquisa e a extensão, predominando um formato enciclopédico e uma orientação pela doença e pela reabilitação (CARVALHO; CECCIM, 2006 p.149).

A necessidade de mudanças nesse modelo vem sendo apontada desde a década de 1960. Nesta década ocorreu, em 1961, a 1ª Conferência sobre Ensino da Clínica Médica, na Bahia, sob patrocínio da Fundação Kellogg; em 1962, a fundação da Associação Brasileira de Escolas Médicas – ABEM, que mais tarde passou a denominar-se Associação Brasileira de Educação Médica. Na década de 1970, mudanças curriculares foram introduzidas e, na década de 1980, criou-se a Rede Unida.

Em 1984, a equipe que propôs o PAISM como a primeira política a enunciar a diretriz da integralidade previu a necessidade de formação e educação continuada dos recursos humanos “especialmente, no que se refere ao pessoal de nível superior, cuja maioria engajou-se nos serviços sem estar preparada para a organização e manejo das tecnologias próprias a uma rede hierarquizada e que deve canalizar recursos através de ações prioritárias” (BRASIL, 1984). O Projeto de Implantação do PAISM no Rio Grande do Sul já indicava que a “humanização da assistência passa necessariamente por um novo profissional de saúde, por outro nível de relação com a usuária, a partir de uma nova perspectiva da mulher enquanto sujeito ativo no mundo” (RIO GRANDE DO SUL, 1987 pp. 5-6).

Na mesma época, Luiz Antonio Santini da Silva (1986), analisando as características das escolas de medicina e da educação médica no Brasil face à Reforma Sanitária proposta pela VIII Conferência Nacional de Saúde, afirmava que a educação médica encontrava-se profundamente desvinculada da realidade socioeconômica e sanitária do país. Em sua análise, Silva identificou nas instituições de ensino da medicina uma “estrutura rígida, burocrática e centralizada” na qual as pretendidas mudanças, preconizadas pela lei de reforma universitária de 1968⁵², não conseguiram vencer resistências e estruturas de poder internas, resultando falsas e perpetuando uma estrutura acadêmica “mais voltada para o formal do que para as necessidades da população e mais voltada para a garantia do *status quo* do que para a modernização do processo educativo” (SILVA, 1986, p.497). Nas estruturas curriculares e nos projetos pedagógicos, Silva observou um modelo autoritário e autocrático, acrítico, a-histórico e cientificista, com marcante predomínio do ensino das especialidades clínicas e cirúrgicas em detrimento das áreas mais gerais – um ensino, enfim, esvaziado de sua função social, no qual o autor não conseguiu identificar os elementos que poderiam garantir a efetivação da integralidade preconizada na proposta da Reforma Sanitária brasileira.

⁵² Lei nº 5.540, de 28/11/68, aprovada pelo Congresso Nacional, fixando as normas de organização e funcionamento do ensino superior. Entre seus dispositivos, estabelecia: o ensino indissociável da pesquisa; garantia de autonomia didático-científica, disciplinar, administrativa e financeira às universidades; modelo organizacional único para as universidades, públicas ou privadas; estabelece o Departamento como "a menor fração da estrutura universitária para todos os efeitos de organização administrativa, didático-científica e de distribuição de pessoal", compreendendo disciplinas afins. Apesar de seus aspectos autocráticos, impostos pelo regime ditatorial vigente, representou considerável avanço na modernização da educação superior brasileira (FRAUCHES, Celso, 2004. Disponível em: <http://www.inpeau.ufsc.br/coloquio04/a8.htm>. Acesso em: 05.06.2012

Tal visão da educação médica vem se repetindo, desde então, com diversos estudos apontando o modelo de formação de profissionais da saúde, especialmente na área médica, como um dos principais obstáculos à efetivação da integralidade. Por exemplo, Campos (1999), em um estudo envolvendo uma amostra de 14 faculdades de medicina (de um universo de 80 existentes em 1995), verificou que 86% do treinamento prático dos alunos dava-se em Hospitais Universitários, estruturados segundo a lógica da especialização e da atenção a problemas de saúde de maior complexidade. Nesses espaços de aprendizagem, aplicam-se preferencialmente os recursos diagnósticos de alta tecnologia, em detrimento do trabalho clínico concentrado no humano, recursos estes que, como afirma o autor “nem sempre implicam uma responsabilidade integral com a cura ou a reabilitação dos pacientes” (CAMPOS, 1999 p.189). Em suas conclusões sobre o estudo, Campos advoga não o abandono da formação médica no âmbito dos hospitais universitários, pois reconhece que o país necessita de hospitais especializados e que estes são espaços de aprendizado importantes para a residência médica, a pós-graduação e a pesquisa de ponta, mas sim sua inadequação para o ensino de graduação em medicina ou enfermagem, pois não estão “servindo para formar médicos com capacidade e responsabilidade de clínica integral” (*ibid.* p. 189).

Para Nogueira (2010), “a formação de profissionais de saúde capazes de atuar de forma mais integral e humanizada” exige a problematização de algumas concepções intrínsecas à medicina, particularmente aquelas de saúde e doença. Além disso, a autora destaca a importância de se dar a “conhecer o processo de construção dos modelos terapêuticos utilizados, para que se possa historicizá-los e conseqüentemente desnaturalizá-los” (NOGUEIRA, 2010 p.2). Entender o processo de construção da racionalidade biomédica, hoje hegemônica, no contexto histórico de afirmação e legitimação de uma categoria profissional e do paradigma tecnocientífico que a orienta permite pôr em questão este paradigma, enquanto detentor de uma “verdade absoluta” e “objetiva” e contrapô-lo a outras perspectivas de abordagem da saúde que comportam uma visão mais integral do seu humano e de sua relação com o ambiente que o cerca. Isto não significa deslegitimar a ciência nem minimizar a importância dos avanços tecnológicos para o enfrentamento dos problemas de saúde, mas sim reconhecer que este conhecimento tecnocientífico corresponde a uma entre várias

formas possíveis de abordagem, e que os hábitos, valores, crenças e cultura das populações atendidas também têm um papel importante nos processos de saúde e doença.

Assim, uma formação médica orientada para a integralidade em saúde deveria manter aberta uma porta para o diálogo com outras racionalidades. Mais do que isso, alinhando-nos a Mattos, podemos afirmar que é preciso ir além, na busca da integralidade. É preciso preparar o profissional para um encontro intersubjetivo, ou seja, para uma prática que envolve uma dimensão dialógica, uma relação com um sujeito, onde os conhecimentos técnicos devem estar a serviço da identificação de necessidades das ações e serviços de saúde de cada sujeito com que o profissional se relaciona. Desse modo, será possível visualizar todo o conjunto de ações que ele/ela pode colocar em prática (incluindo ações de aconselhamento e de educação em saúde) para atender às necessidades identificadas, e ofertá-las de forma adequada ao contexto específico de cada encontro (MATTOS, 2004). A ausência desse encontro, tão comum na prática médica vigente, é bem ilustrada pela fala de uma usuária dos serviços de saúde relatada por Camargo Jr. na abertura de sua dissertação de mestrado:

Há alguns anos, ainda durante o curso de graduação, ouvi de uma paciente, portadora de uma doença crônica, a seguinte frase, referindo-se à médica que a acompanhava já havia algum tempo: "ela tem lá a teoria dela, mas quem tem a prática do meu corpo sou eu" (CAMARGO Jr., 1990).

Por mais avançado que seja o conhecimento médico, ele não é suficiente para antever o que acontecerá com o doente, para assegurar que sua aplicação poderá "alargar o modo de andar a vida" do paciente, isto é, garantir-lhe uma vida melhor do seu próprio ponto de vista. Por essa razão, diz Mattos, esse conhecimento precisa ser articulado com "outras formas de conhecimento sobre a vida, ou melhor, sobre modos concretos de andar a vida, sobre o adoecimento vivido, sobre as concepções, temores e sentimentos das pessoas que sofrem (ou que podem vir a sofrer)" (MATTOS, 2008 p. 338).

Por outro lado, ao identificar-se essa necessidade do estabelecimento de uma empatia que supõe escuta, humildade e solidariedade, uma questão sobressai: como é possível formar profissionais para essa prática em um contexto social e cultural marcado pela competição, pelo individualismo e por uma cultura científica que

estimula e valoriza a especialização crescente? Esta é uma questão que não se limita à área da saúde – é muito mais ampla e precisa ser pensada seriamente pelas Ciências Sociais: a questão da vida na sociedade atual. Uma sociedade em que o modo de andar a vida de grande parte das pessoas leva ao adoecimento, em que os valores que dão suporte à coesão social se esfumam, em que prevalece o individualismo e a competição – uma cultura em que ou se é *winner* (vencedor) ou *loser* (perdedor) e ser *winner* implica desumanizar o outro para submetê-lo, derrotá-lo. Uma sociedade em que predomina a aparência sobre o conteúdo, a resposta rápida sobre a reflexão, a produtividade sobre a qualidade e na qual todas as dimensões da vida estão mercadorizadas. Em um tal contexto, como formar profissionais para o cuidado do outro, para a valorização da subjetividade? São provocações⁵³ que ficam em suspenso, mas que servem para ter em conta que as iniciativas de mudança e reformulação que não coloquem em questão esses paradigmas da sociedade atual e as desigualdades que deles decorrem bem poucas perspectivas terão de transformar atitudes e práticas.

No que se refere às desigualdades prevalentes em nossa sociedade, uma questão particularmente sensível, e que exige do profissional da saúde essa abertura a outros conhecimentos, é a violência de gênero, que afeta uma parcela considerável das mulheres e tem impactos importantes sobre a saúde. Conforme estimativas baseadas em pesquisas diversas conduzidas por grupos de estudos e organizações⁵⁴, pelo menos uma em cada quatro mulheres no mundo experimenta este tipo de violência durante sua vida adulta. A violência praticada por parceiros íntimos leva um grande número de mulheres a procurarem os serviços de saúde – seja nas emergências dos hospitais, quando a agressão provoca danos físicos graves, seja nos serviços de atenção primária, com queixas de saúde várias, reflexos da violência continuada. Schraiber e D’Oliveira (2003) alertam para o papel dos profissionais da saúde na intervenção em situações de violência, em vista dos impactos desta sobre a saúde das

⁵³ Algumas delas tributárias das reflexões estimuladas por Madel Luz, no curso de sua disciplina Debates Teóricos II: Sociologia da Saúde.

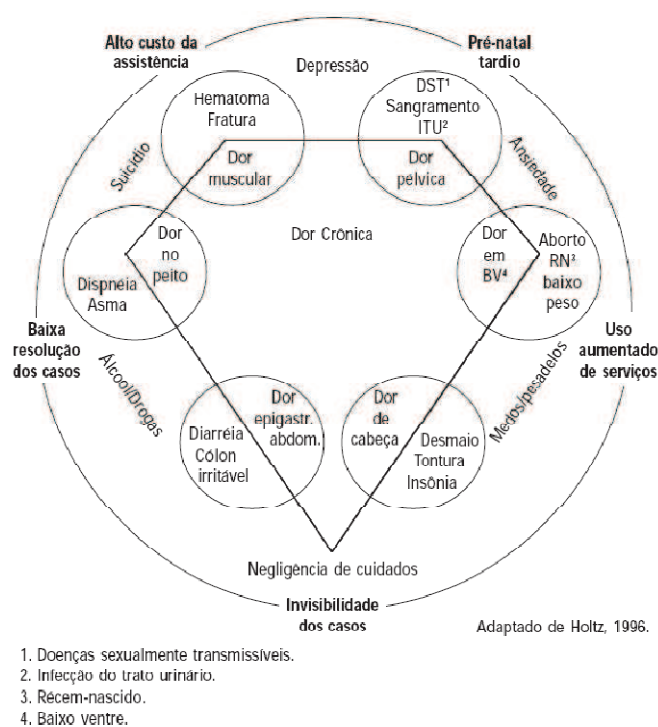
⁵⁴ Ver, por exemplo, a pesquisa Mulheres Brasileiras nos espaços público e privado 2010, da Fundação Perseu Abramo, Disponível em: < <http://www.fpa.org.br/o-que-fazemos/pesquisas-de-opiniao-publica/pesquisas-realizadas/pesquisa-mulheres-brasileiras-nos-es>>. Acesso em 03.06.2011. Ver, também, impactos da violência doméstica sobre a saúde das mulheres, no portal da OMS: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/index.html>>. Acesso em 25.06.2012..

vítimas, e para a necessidade daqueles de saberem identificar nas queixas e sintomas recorrentes os sinais da violência frequentemente invisibilizada. Segundo as autoras,

As situações de violência doméstica e sexual repercutem nos serviços de saúde de forma paradoxal. Ao mesmo tempo em que há um uso aumentado dos serviços, esta assistência tem um baixo poder resolutivo e as mulheres em situação de violência doméstica e sexual avaliam pior sua saúde e tem mais queixas e sintomas do que aquelas que não vivenciam estas situações. Portanto, com uso repetitivo e ineficaz dos serviços, a assistência torna-se de alto custo (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2003 p.16).

A figura 3 a seguir apresenta um panorama sobre os impactos da violência doméstica sobre a saúde das mulheres.

Figura 3 - Repercussões na Saúde Associadas à Violência contra as Mulheres



Fonte: SCHRAIBER; D'OLIVEIRA (2003, p.16).

O desconhecimento da desigualdade nas relações de gênero como um fator social determinante das condições de saúde, o desconhecimento dos impactos da violência de gênero sobre a saúde, a falta de escuta e o olhar fragmentário, incapaz de localizar além do corpo-objeto um sintoma que reflete o problema, mas não é sua causa – ou seja, do cuidado não integral do ser humano – será incapaz também de

resolver a situação da mulher que sofre a dor crônica, a dor-súplica, a dor que é um grito de alerta, um pedido de ajuda.

Assim, a formação de profissionais capazes de uma atenção humanizada e integral à saúde das mulheres implica também oportunizar a reflexão sobre os determinantes sociais da saúde, particularmente, as relações desiguais de gênero e suas implicações sobre a saúde de um modo geral e, especialmente, sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

4.3 Políticas e projetos para a educação superior em saúde

A literatura em geral credita o modelo de formação médica vigente no Brasil desde as primeiras décadas do século XX à proposta de Abraham Flexner. Apresentadas nos Estados Unidos, em 1910, na forma de um relatório de consultoria⁵⁵, realizada por solicitação da *American Medical Association* e executada através da *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, as recomendações de Flexner trouxeram mudanças ao modelo de formação médica naquele país e também no Brasil. Tanto lá como aqui, no entanto, existem controvérsias em torno do verdadeiro impacto desse trabalho sobre as reformas no ensino da medicina (KENDALL; READER, 1988; KEMP; EDLER, 2004). Argumentando que as ideias de Flexner não eram originais e que beberam muito do modelo alemão, Kemp e Edler defendem que o Brasil, à época das reformas flexerianas nos EUA, contava com um ensino médico estruturado de forma complexa e já tradicional, não facilmente suscetível a mudanças incitadas por forças externas. Contava também com médicos que, tendo estudado na Alemanha, voltavam ao país impregnados das mesmas ideias que inspiraram Flexner.

⁵⁵ Considerado o marco fundador da educação biomédica nos Estados Unidos e no Canadá, o Relatório Flexner, elaborado em 1910 por Abraham Flexner, que não era médico e sim um teórico da educação e professor e que atuou como consultor para um levantamento sobre a qualidade e a variedade do ensino adotado nas diversas escolas de medicina então existentes. A pesquisa tinha por objetivo fornecer um diagnóstico de situação para subsidiar os esforços da Associação Médica Americana no sentido de padronizar a educação médica nos EUA, adequando-a aos avanços científicos do início do século XX, especialmente os relacionados à pesquisa clínica e laboratorial. Até então, as muito diversas escolas médicas dos EUA ensinavam vários tipos de medicina tais como científica, osteopática, homeopática, quiroprática, natural etc. (BECK, A. *The Flexner Report and the Standardization of American Medical Education*. JAMA. 2004; 291(17):2139-2140). A proposta de currículo padrão elaborada por Flexner concebia a doença como processo individual, natural e biológico e preconizava o ensino, inicialmente, de um curso básico e, posteriormente, de um profissionalizante, mais focado no estudo de sistemas e órgãos, por disciplinas, segundo especialidades, ministradas de forma independente, tendo como locais estratégicos e de excelência para a implantação do binômio ensino-pesquisa os hospitais universitários (MACHADO, 1997).

Desconhecer estes fatos é minimizar o papel das coletividades médicas locais na seleção, interpretação e adequação dos modelos ditados pelos centros inovadores como as instituições médicas de França, Alemanha e Estados Unidos. A transformação de um sistema educacional consolidado, com suas estruturas de poder, hierarquia e representação consagradas, não se faria simplesmente pela “mudança nas concepções dos médicos sobre o que seria a boa medicina” (KEMP; EDLER, 2004 p.570).

Ao traçar um paralelo entre as reformas defendidas por Abraham Flexner, nos EUA, e por Antonio da Silva Mello, no Brasil, os autores destacam as influências dos modelos francês e alemão na configuração dos sistemas de educação médica nos dois países, as similaridades e diferenças nas propostas defendidas pelos dois acadêmicos e, especialmente, o jogo de interesses e de poder que permeiam as mudanças nesse campo. Nas palavras dos autores:

partimos da premissa de que os modelos médicos educacionais que orientam as condutas dos reformadores são expressões de **determinados arranjos políticos**, quer no contexto em que se originaram, quer naqueles por onde se expandiram posteriormente. Tais modelos, tão recorrentes na retórica dos reformadores, são idealizações que precisam ser reinterpretadas quando aplicadas a casos concretos, **alcançando novos significados e conteúdos específicos ao interagirem com cada estrutura institucional** (KEMP; EDLER, 2004 p. 573, ênfases nossas).

Este é um ponto importante para a análise das diversas propostas de reforma do ensino médico introduzidas no Brasil a partir da década de 1980. Uma análise que foge do escopo desta pesquisa, mas que merece novos estudos à luz de um contexto político amplo que contemple os diversos atores com interesse na questão (*stakeholders*) e as relações entre eles. Diversas iniciativas/propostas de reforma surgiram ao longo das últimas décadas e poucos estudos dão conta do conjunto delas ou analisam as mudanças introduzidas da perspectiva dos seus objetivos.

Carvalho e Ceccim (2006) fazem uma síntese de vários estudos que abordam movimentos de mudança na graduação de profissionais da saúde os quais buscaram construir outras possibilidades pedagógicas e outras possibilidades interpretativas relativas ao fenômeno saúde-doença. Entre eles, os autores destacam as propostas de currículos integrados (básico-clínica), de integração ensino-trabalho, os projetos UNI⁵⁶

⁵⁶ O projeto UNI é uma iniciativa da Fundação W. K. Kellogg que começou a ser implantada em Botucatu em 1993, pressupondo um esforço de cooperação entre a Universidade, serviços locais de saúde e organizações comunitárias.

e os projetos da Rede UNIDA, as Diretrizes Curriculares Nacionais e a organização das executivas de curso do Movimento Estudantil. Na década de 1960, a saúde coletiva surge no Brasil a partir dos debates do Movimento Preventivista que se desenvolvia em âmbito mundial, mas com características próprias, como já mencionamos no capítulo anterior. Esse movimento aponta a formação como estratégia para transformar as práticas de saúde de modo a que os serviços possam responder de forma adequada às necessidades de saúde da população. A partir do Movimento Preventivista constituem-se as primeiras iniciativas de integração de conteúdos do currículo médico da graduação e de criação de departamentos de medicina preventiva em algumas escolas de medicina, embora sem integrar as disciplinas de saúde preventiva com as da área clínica. É de 1968 a reforma da educação superior promovida pelo governo militar, e concebida no âmbito dos Acordos MEC/USAID, como um projeto para “conter” o movimento estudantil que vinha manifestando intensa oposição a tais acordos. Apesar do autoritarismo de que se revestiu, essa reforma introduziu mudanças que tiveram repercussões importantes para a qualidade do ensino e para o incentivo à pesquisa nas universidades brasileiras, especialmente as federais: extinguiu as cátedras vitalícias, introduziu o regime departamental, instituiu uma carreira acadêmica baseada na progressão e no mérito acadêmico e abriu espaço para a criação de um programa nacional de pós-graduação.

A década de 1970 se destaca pelos esforços em superar as dicotomias teoria/prática, ciclos básico/clínico, saúde preventiva/curativa. É desta década a proposta de Integração Docente-Assistencial (IDA), que visava inter-relacionar todos os setores da escola médica e parcela significativa dos serviços de saúde, em um contexto regionalizado e envolvendo todos os níveis da atenção à saúde. Também nos anos 1970, são implantados, com o apoio da OPAS e de fundações norte-americanas, alguns programas experimentais de medicina comunitária, tanto no Brasil como em outros países da América Latina. Começa a organizar-se o novo movimento sanitário. Vários eventos e processos ocorridos no decorrer dos 1970s e 1980s preparam o terreno para o desenvolvimento de novas propostas de mudanças introduzidas na década de 1990 (ALMEIDA, 2001). É importante observar, no entanto, que todas essas propostas

partiam do segmento de profissionais e acadêmicos ligados à saúde coletiva e medicina preventiva e pouco impacto tiveram sobre a essência da educação médica, embora tenham sim contribuído de forma importante para a formulação de políticas de saúde e para a construção do SUS.

Na década de 1990, destacam-se: a inclusão da representação popular nas discussões sobre as mudanças na formação; os Projetos UNI – *Uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade* promovidos pela Fundação Kellogg em vários países da América Latina; e a formação da CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico, composta inicialmente por nove entidades médicas de representação nacional e dos estados com maior número de escolas médicas, com o objetivo de discutir a formação médica. O projeto de trabalho da CINAEM foi importante pelas inovações que aportou em termos de propostas para reformas na área de educação em saúde: a articulação entre vários segmentos com interesse na questão – Escolas, Associações de Classe, gestores do Sistema de Saúde e estudantes; o desafio a se estabelecer uma formação orientada pelas necessidades de saúde e pela intervenção integrada das ciências humanas, ciências sociais e ciências biológicas, ao invés de um modelo focado na doença e orientado por especialidades médicas (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Ao relatar as três fases de avaliação da educação médica brasileira promovidas pela CINAEM, Merhy e Aciole (2003) apresentam uma análise dos processos participativos envolvidos no trabalho do grupo, de construção coletiva dos métodos de avaliação, e também das relações de forças que, com o tempo, penderam para as instituições detentoras do poder econômico e, conseqüentemente, para posições mais conservadoras. Nas palavras dos autores:

Tendo obtido tão marcantes resultados e produtos, que consolidam a construção coletiva de um novo paradigma para a escola médica ou, mais especificamente, para o processo de formação médica, a CINAEM inaugurou sua agenda no terceiro milênio com a perspectiva de uma ação mais local, concretizada na IV Fase e que significaria a efetivação da transformação da escola médica brasileira.

No entanto, para uma certa fração de seus apoiadores, o movimento parece ter ido longe demais e, em um jogo bem típico e tradicional de atuar, trataram eles de recompor a sua diretividade, modificando seu ritmo de ação. A CINAEM se expressou em conflito. Novas alianças se construíram e as perspectivas transformadoras foram retificadas ao modo brasileiro de produzir mudanças: na lógica do desigual e combinado, como diria Florestan Fernandes sobre as etapas de transformações sociais no Brasil que preservaram os antigos grupos sociais, sempre procurando realizar

mudanças mantendo em pacto as elites conservadoras com as inovadoras (MERHY; ALCIOLE, 2003 P.17).

A CINAEM constitui um entre vários movimentos por transformações no ensino médico com o objetivo de harmonizar a formação do profissional da saúde com as demandas sociais por cuidado em saúde. Márcio de Almeida, em um trabalho extenso e relevante que levanta dados sobre processos de mudança no setor de saúde e, particularmente, na educação médica na América Latina, observa a existência de inúmeras referências a resistências e obstáculos impostos às mudanças por parte das instituições de formação dos recursos humanos, especialmente das universidades, com ênfase nas escolas médicas (ALMEIDA, 1999b, p.24). O autor observa ainda a ausência de referências relevantes à educação médica (seja isoladamente ou no contexto de formação dos recursos humanos), por parte dos atores centrais (Ministérios da Saúde), no escopo das propostas de reforma. Conforme o autor,

As manifestações oficiais resumem-se à constatação da inadequação dos atuais perfis profissionais e das dificuldades de mudança no aparelho formador. Parece não haver o reconhecimento de que “a educação médica cumpre um papel fundamental na reprodução da organização dos serviços de saúde e se cristaliza na reatualização e preservação das práticas específicas, tanto nas dimensões do conhecimento quanto nas técnicas e conteúdo ideológico” (OPS, 1976). E, se há reconhecimento, este não tem sido suficiente para que os atores centrais dos processos de reforma formulem propostas de mudança na formação de recursos humanos em saúde (ALMEIDA, 1999b, p. 31).

Sobre eventuais experiências, no âmbito das universidades, de mudanças nos projetos pedagógicos, o autor diz que as poucas existentes são parciais, localizadas e limitadas a iniciativas de integração docente-assistencial cuja eficácia já foi deslegitimada por alguns estudos (ALMEIDA, 1999b). Em sua pesquisa, o autor não identificou, nos países latino-americanos pesquisados, indícios de análises e propostas consistentes de intervenção na educação e na prática médicas, apesar das reiteradas manifestações da importância dessas áreas nas reformas da saúde. Uma lacuna no mínimo curiosa em vista de estudos apontados pelo autor que demonstram a influência “até mesmo determinante da ação – aparentemente individual e atomizada – da categoria médica junto às esferas de decisão das políticas de saúde e nos próprios processos de trabalho de um mercado heterogêneo no qual os médicos criam e recriam suas condições de autonomia” (*op. cit.*, p.31).

Uma década depois da publicação do trabalho de Almeida, Maria Inês Nogueira (2009) sugere que está em curso, no Brasil, um processo de transformação da educação médica, em vista de um número significativo de experiências inovadoras e reformas curriculares em várias escolas médicas, muito embora pesquisas nessa área apontem que a maioria dos cursos de medicina no país ainda esteja organizada segundo as proposições do Relatório Flexner. Como aponta Nogueira, há necessidade de estudos pontuais sobre as experiências na formação médica, fundadas nas políticas e programas instituídos na década de 2000, para que se possa avaliar a real efetividade das mudanças. As principais iniciativas governamentais estão resumidas no tópico a seguir.

4.3.1 Políticas e programas recentes para a reforma do ensino médico

Em 7 de novembro de 2001, a Resolução nº 4 do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Graduação em Medicina, homologadas em 1º de outubro de 2001. Estas diretrizes enfatizam a integração entre teoria e prática, pesquisa e ensino, e a inclusão de conteúdos relacionados a todo o processo saúde-doença do indivíduo, da família e da comunidade, tanto biológicos e psicológicos quanto os determinantes sociais e ambientais da saúde, recomendando projetos pedagógicos que incentivem a participação ativa dos estudantes na construção do conhecimento. Segundo o relatório emitido pela Câmara de Educação Superior do CNE, o objetivo das Diretrizes Curriculares é

levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a ***aprender a aprender*** que engloba ***aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer***, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades⁵⁷.

O perfil definido pelo CNE para o profissional formado na graduação em Medicina é:

⁵⁷ Disponível no site do Ministério da Educação: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>> Acesso em 16/12/2011.

Médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (Resolução nº 4 CNE/CES, de 07/11/2001).

O artigo sexto das diretrizes refere-se aos conteúdos essenciais que devem estar contemplados no currículo dos cursos de medicina e elenca seis conjuntos de conhecimentos fundamentais, entre os quais, o segundo é: “compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença” (Resolução nº 4 CNE/CES, de 07/11/2001).

É, especialmente (mas não só), nesse conjunto de conhecimentos, que se insere a perspectiva de gênero na saúde, tão relevante para assegurar uma atenção integral à saúde das mulheres. Assim, a identificação da presença desses conteúdos nos currículos estudados será crucial para a análise que aqui se propõe.

Após a edição das DCN, que resultou de diversos debates públicos ao longo de 2001 (incluindo audiências públicas no Conselho Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Educação), os Ministérios da Saúde e da Educação, com o apoio técnico da OPAS e em parceria com a ABEM e a Rede Unida, elaboraram o Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (Promed). O programa foi lançado pelo governo através da Portaria conjunta MS/MEC número 610, de 26 de março de 2002, tendo por objetivo incentivar escolas médicas de todo o país a introduzir mudanças em seus currículos com foco na adequação às necessidades de saúde da população e do SUS (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

O Promed previa o lançamento de um edital para seleção de 20 escolas de medicina que apresentassem projetos de reforma curricular. As escolas selecionadas receberiam recursos financeiros para contratação do apoio técnico necessário à implementação dos projetos. O principal objetivo do programa foi o de “adequar a formação dos médicos à realidade do atual sistema de saúde brasileiro” (BRASIL, 2002). Das 20 escolas selecionadas, 19 participaram efetivamente do Promed, cuja estratégia previa três eixos para a implementação de mudanças curriculares – *orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática*. Cada eixo

comportava dois vetores temáticos, os quais, por sua vez, apresentavam três estágios de situação das escolas – de uma situação mais conservadora até a mais avançada em termos de introdução das mudanças, que contemplava os objetivos propostos. O Apêndice 4 resume essa estratégia, descrevendo eixos, vetores e respectivos estágios. O Promed funcionou formalmente até 2005, quando foi lançado um novo programa, o Pró-Saúde. Suas limitações podem ser resumidas no fato de ter incluído apenas a educação médica e de abranger uma parcela muito pequena do universo de escolas médicas então existentes (19 entre as 118 reconhecidas e credenciadas pelo MEC).

Em 2003, o Governo Federal alterou a estrutura do MS, criando a Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde (SGTES)⁵⁸ e sinalizando uma preocupação com a regulação do trabalho e com a formação dos profissionais da saúde. O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)⁵⁹, lançado em 2005, assim como o Promed, visava aproximar a graduação das áreas da saúde demandadas na atenção básica, especialmente definidas na estratégia de saúde da família (BRASIL, 2005).

Inspirado na avaliação do Promed, o Pró-Saúde orienta os processos de reforma curricular a incluírem mudanças simultâneas segundo os três eixos: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica, cada um deles dividido em três vetores que contemplam diferentes estágios de efetivação das mudanças rumo aos objetivos. O apêndice 5 resume a estratégia do Pró-Saúde, descrevendo vetores de mudança e respectivos estágios. Observa-se um avanço nesse programa em relação ao anterior pela inclusão também dos cursos de Enfermagem e de Odontologia; pela inclusão de novos vetores de mudança curricular, especialmente – considerando-se o tema em foco nesta pesquisa –, do vetor sobre determinantes da saúde no eixo orientação teórica; e, finalmente, pela ampliação do número de escolas contempladas nos editais. Nesta primeira fase do Pró-Saúde, foram selecionados 89 cursos – 38 de Medicina, 27 de Enfermagem e 24 de Odontologia. Em 2007, o governo editou uma nova etapa do programa estendendo o apoio a todos os cursos de graduação na área da saúde e, desta vez, selecionando 68 projetos que abrangeram 265 cursos.

⁵⁸ Decreto número 4.276 de 09/06/2003

⁵⁹ Através da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005.

4.3.2 Da retórica da mudança às barreiras estruturais/ ideológicas

O que muda e o que não muda no processo de educação médica, por óbvio, não depende apenas de um currículo reestruturado, de um novo plano pedagógico e de políticas de incentivo governamental. Vários fatores têm influência sobre a formação dos profissionais da medicina, desde a estrutura acadêmico-administrativa da instituição de ensino, até o contexto e a lógica econômicos prevalentes, os quais definem padrões de relações com a prática médica, e o pensamento hegemônico, que se perpetua no campo da medicina. Moura (2004) chama a atenção para um outro fator, com peso importante na formação do profissional da medicina, que é aquela da formação de uma cultura médica, de um *habitus* profissional, que se dá em um espaço de baixa institucionalidade durante a formação, no contexto da relação do estudante com o professor.

Esse conjunto de fatores pode impor limitações ou mesmo anular as mudanças produzidas no processo de ensino (ALMEIDA, 1999a). A estrutura departamentalizada que caracteriza as escolas de medicina e a falta de diálogo e interação entre os departamentos; a necessidade de esforços gerenciais, em geral ainda ausentes, por parte de instituições de ensino e de serviços da atenção básica, para efetivar cenários de práticas diversos dos hospitais; e a quase inexistência de avaliações de impacto dos projetos de mudança curricular são também apontados como obstáculos importantes à transformação das práticas médicas através de mudanças no processo formativo (SOUZA, ZEFERINO & ROS, 2011). Da mesma forma, as estratégias de mudança dos modelos acadêmicos constituem o cerne do problema na visão de Almeida (1999a). Conforme este autor, para que se efetive a mudança,

é fundamental compreender adequadamente os limites e as possibilidades das inovações e das reformas da educação médica frente ao perfil das práticas médicas hegemônicas e frente às estruturas sociais no contexto dos processos de globalização. Também implica compreender as contradições entre tecnologização, custo da atenção médica e eficácia; entre disciplinas e interdisciplinaridade; entre prática uniprofissional e multiprofissional; entre ética profissional e bioética e assim por diante (ALMEIDA, 1999a p.131).

Empecilhos à mudança podem também resultar da divisão do campo em dois grandes blocos ideológicos. Um deles defensor da medicina comunitária e da formação

de médicos com um perfil generalista, que fará parte de uma equipe interdisciplinar de profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, odontologistas e outros) podendo ocupar posições de coordenação ou subordinadas dentro desta equipe; e outro que aglutina os defensores da medicina tradicional, da formação técnica especializada, a qual capacita o profissional para lidar com conhecimentos complexos e tecnologias sofisticadas em sua área, e que confere a ele um *status* diferenciado em termos de ser detentor de uma saber técnico altamente especializado (Da ROS, 2004; PIERUCCI, 2007). A esses poderíamos acrescentar a falta de políticas públicas de valorização do profissional cuja prática está voltada para uma atenção integral e humanizadora.

Por outro lado, resistências relacionadas às transformações no modelo de educação médica, especialmente as promovidas a partir da década de 1970, podem ainda estar associadas à defesa do capital simbólico acumulado pelos médicos, à luta pela manutenção do estatuto social construído e historicamente reproduzido (BOURDIEU, 2007). Uma luta que se evidencia em campanhas como a que se opõe à abertura de novos cursos de medicina, lançada em 2000 e ainda vigente, assinada pelo Conselho Federal de Medicina, pela Associação Médica Brasileira e outras⁶⁰ e cujo lema é “os novos cursos de medicina fazem mal à saúde”; e também na disputa em torno do “Ato Médico” que, entre outras ações em saúde as quais poderiam ser realizadas por outros profissionais da área, buscava qualificar o parto como ato médico exclusivo, impedindo enfermeiras obstétricas e parteiras de realizá-lo.

Por fim, da perspectiva do tema da presente pesquisa, pode-se apontar como possível barreira à efetivação de uma prática médica consistente com a atenção integral a saúde das mulheres a eventual ausência nos currículos de uma perspectiva de gênero na abordagem dos determinantes sociais da saúde, que será objeto de investigação nos conteúdos e programas de disciplinas nas escolas pesquisadas.

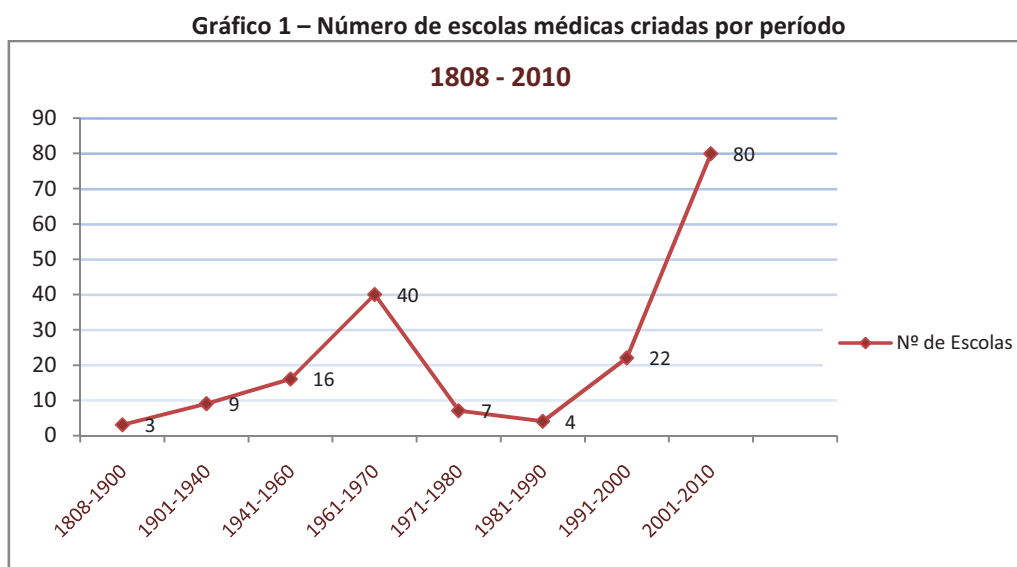
⁶⁰ A campanha é uma coalizão de 9 entidades da classe médica e dispõe de um sítio na internet: <http://www.proteja-se.org.br/?siteAcao=Dossie&id=9>

4.4 Escolas médicas no Brasil: evolução e panorama atual

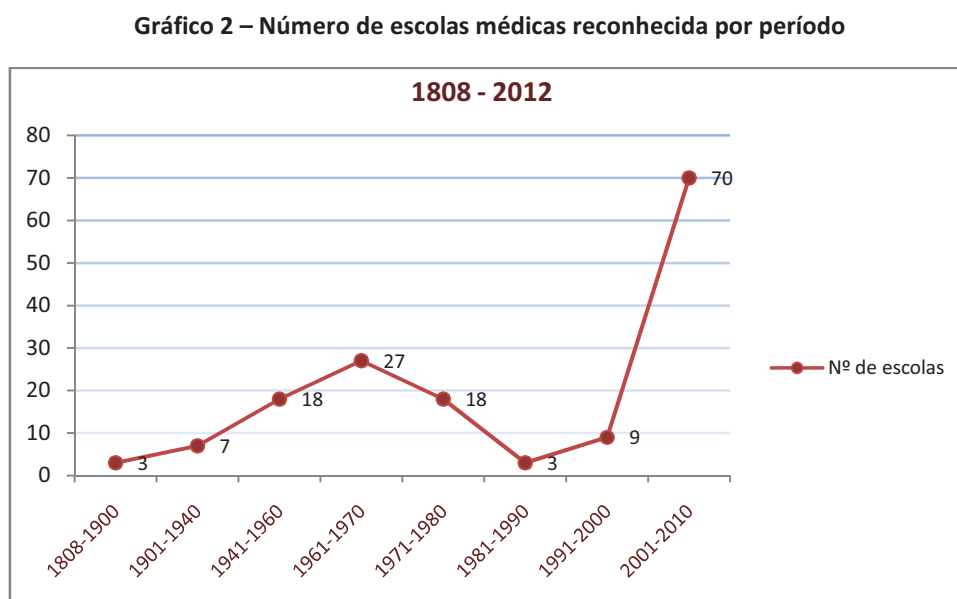
Caracterizada, inicialmente, por um crescimento lento (decorreram noventa anos entre a criação das duas primeiras escolas na Bahia e no Rio de Janeiro e a da terceira no Rio Grande do Sul), a evolução do ensino da medicina no país experimentou, na última década, uma aceleração inusitada da autorização de novos cursos, impulsionada pelo Ministério da Saúde. Ao analisar-se a expansão das escolas médicas no país, pode-se ver que, até o início da década de 1950, todas as escolas criadas estão localizadas nas capitais, predominantemente na região sudeste, e têm caráter público (ver Apêndice 2)⁶¹. É na década de 1950 que tem início processo de interiorização dos cursos de medicina, embora não se possa identificar nesse processo um planejamento da implantação de novos cursos de acordo com as necessidades de vagas por região ou estado da federação. Em 1954, são criadas a segunda e a terceira escolas médicas do Rio Grande do Sul, em Santa Maria e em Pelotas. Esta década é, também, palco da primeira mobilização corporativa, através da Associação Médica Brasileira (AMB), no sentido de intervir no processo de expansão dos cursos de medicina, tentando pautar na agenda do ministério da Educação a questão da avaliação desses cursos. Segundo publicação da própria AMB (intitulada *Abertura de Escolas de Medicina no Brasil – relatório de um cenário sombrio*), a rápida expansão do número de escolas entre 1948 e 1956 – de 13 para 24, representando um aumento de 84,6% – “passou a preocupar as entidades médicas, levando a Associação Médica Brasileira a criar, em 1956, a Comissão de Ensino Médico para avaliar a qualidade e os objetivos deste sistema de ensino” (BUENO; PIERUCCINI, 2004 p.14). O resultado do trabalho da comissão foi levado ao governo, resultando na formação de uma comissão interministerial, da qual participaram professores de medicina, com a finalidade de “avaliar o ensino médico brasileiro e apresentar subsídios à elaboração de um projeto de lei adequando à nova realidade do ensino de medicina no Brasil” (*idem*, p. 16). Aparentemente, a pressão não surtiu os efeitos esperados, pois o número de escolas continuou a crescer. Os gráficos 1 e 2 evidenciam os períodos de “pico” de

⁶¹ Dados coletados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira- INEP, disponíveis através do e-MEC: <http://emec.mec.gov.br/>

crescimento no número de escolas – o primeiro com base na data de início dos cursos e o segundo com base na data de reconhecimento oficial do curso.



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados INEP /e-MEC



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados INEP /e-MEC

Como se pode observar nos gráficos 1 e 2, na década de 1960, o país experimenta sua primeira “explosão” no número de cursos de medicina (um aumento de 138%, entre 1961 e 1970), com forte ênfase na interiorização: quarenta novos cursos são criados no período, vinte e cinco deles (62,5%) em municípios interioranos (ver Apêndice 2). Continua o predomínio na região sudeste (60%), seguida do sul

(22,5%). Cresce também, nessa década, o número de escolas privadas – até o final dos anos 1950, estas representavam menos de 15% e, em 1970, já conformam 35% do total – uma tendência que irá se intensificar até o presente, como se pode ver no gráfico 2. O Rio Grande do Sul mais que dobrou seu número de escolas, passando de três cursos no início da década de 1960, para sete no final da mesma.

Conforme já se tratou anteriormente neste trabalho, os anos 1960 foram marcados também por debates, iniciados em âmbito internacional já na década anterior, em torno do tema da educação médica, especialmente sobre seu modelo hegemônico, com foco na doença e na especialização, e inconsistente com uma visão de integralidade do ser humano. Tais debates vinham sendo estimulados e apoiados pelas OPAS e por fundações norte-americanas e ocorriam paralelamente aos acordos MEC/USAID que visavam à reforma universitária no Brasil. A 1ª Conferência sobre o Ensino da Clínica Médica (1961), na Bahia, e a fundação da ABEM (1962), dedicada a promover a formação de um profissional capaz de atender às necessidades de saúde da população, se dão no contexto dos referidos debates. A ABEM congrega faculdades de medicina de todo o Brasil e instituições médicas e, desde 1963, promove congressos anuais focados em temas relacionados à educação médica (ver Anexo 4). Ao longo de seus 50 anos de existência, a entidade desenvolveu diversos projetos visando a contribuir para a convergência entre a formação de profissionais da medicina no país e o SUS e as necessidades de saúde da sociedade. Destaca-se, entre eles, o projeto CINAEM, que “reúne entidades representativas ligadas à comunidade acadêmica, universitária e da classe médica; com o objetivo principal de avaliar os componentes da qualidade para a transformação da realidade revelada do ensino médico no Brasil” (ABEM, 2008). O projeto foi dividido em três fases: a primeira envolveu uma autoavaliação de desempenho por parte de 76 escolas médicas participantes, através de um questionário elaborado pela CINAEM espelhado em um “padrão desejado” para a educação médica; a segunda fase envolveu representantes docentes e discentes de 48 escolas médicas, os quais, com base no resultado da primeira fase, discutiram em oficinas “a possibilidade de construção coletiva de novos métodos, técnicas e instrumentos para a avaliação da educação médica”; a terceira fase do projeto objetivava “a ‘construção’ das transformações necessárias à boa qualidade do ensino médico” (ABEM, 2008). Passada uma década da última fase,

fazem falta avaliações de impacto do projeto. A ABEM conta hoje com a CAEM, uma comissão de avaliação das escolas médicas, mas que se apoia tão somente em um instrumento de *autoavaliação* pelas escolas.

Por outro lado, a grande expansão do ensino médico na década de 1960, mais uma vez, levou a AMB a mobilizar-se e pressionar o governo para estancar a criação de novos cursos. Conforme o já citado relatório produzido por essa entidade,

Não é de hoje que as entidades médicas brasileiras tentam incluir na agenda das políticas públicas a questão da avaliação e controle da abertura de cursos de medicina. Sempre tiveram interesse em relação ao número de escolas médicas, ao número de médicos que se formam ano a ano e à qualidade do ensino ofertado.

Diante do crescimento acelerado verificado na década de 1960, a Associação Médica Brasileira (AMB) encaminhou às autoridades responsáveis o documento. *Problemática do Ensino Médico no Brasil*, cuja repercussão gerou a constituição pelo MEC da Comissão de Ensino Médico, em 1971. Após investigar o assunto, a comissão produziu o Documento n.1, que reafirmava as conclusões e proposições do documento da AMB. Este documento serviu de subsídio a uma portaria ministerial suspendendo a criação de novas escolas médicas. Somente aquelas que haviam requerido autorização de funcionamento antes da nova regra conseguiram implantar-se. Assim, durante 13 anos, de 1971 a 1976 e de 1979 a 1987, nenhum curso de medicina recebeu autorização de funcionamento no país (BUENO; PIERUCCINI, 2004 p.7).

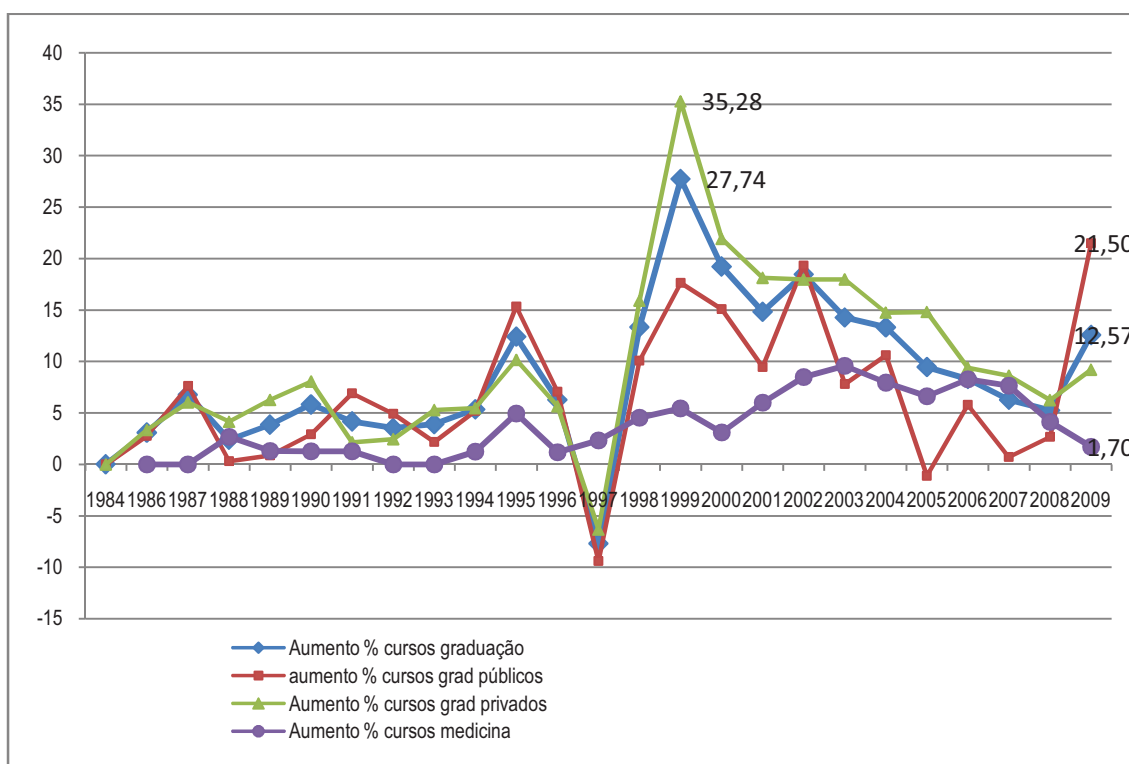
É importante observar que a expansão do ensino médico não é um fato isolado. Como apontam Renato Veras e colegas, ela se dá no contexto de um processo mais amplo de difusão do ensino superior no Brasil. Tal processo, por sua vez, precisa ser interpretado à luz das mudanças políticas e sociais por que passava a sociedade brasileira e da necessidade de legitimação de um modelo político ou de ocultamento de disparidades crescentes. Esses autores observam que a expansão das universidades brasileiras se dá de forma contínua a partir de 1930, mas que as taxas mais elevadas de incremento anual no número de matrículas ocorrem justamente no período entre 1968 e 1972; ou seja, ocorrem paralelamente à “explosão” das escolas médicas, evidenciando que tal aceleração se insere em um contexto geral de crescimento do ensino superior (VERAS *et al.*, 1983).

A partir de meados da década de 1970 até meados da de 1990, observa-se uma sensível redução no incremento do número de novas escolas de medicina no Brasil (cfe. gráficos 1 e2). A mobilização da categoria médica., bem como os questionamentos que se colocavam à qualidade dos novos cursos de medicina e ao modelo de formação prevalente, desconectado das necessidades da sociedade,

contribuíram para a significativa desaceleração da criação de novos cursos. O período, como já vimos, foi caracterizado também por diversas iniciativas de reformas curriculares e de avaliação do ensino médico no sentido de adequá-lo às demandas de saúde da população e ao SUS.

O crescimento do número de escolas médicas volta a tomar impulso a partir da segunda metade dos anos 1990, desta vez com um salto muito maior do que o apresentado no pico anterior. Este salto, no entanto, não foi maior do que o observado na evolução da educação superior como um todo no Brasil, no mesmo período. Ao contrário, os cursos de medicina apresentaram uma taxa de crescimento algo menor em relação aos cursos de graduação tomados em conjunto.

O gráfico 3, elaborado a partir de dados do INEP, disponíveis no sistema e-MEC, mostra a evolução percentual do ensino superior no Brasil, destacando, com vistas à comparação, também a evolução percentual dos cursos de medicina e a dos cursos em IES públicas e em IES privadas. Pode-se observar que, no período abrangido pelo gráfico (1984-2009), apenas em dois momentos a taxa de crescimento dos cursos de medicina supera a dos cursos de graduação como um todo: em 1997, quando ocorreu uma redução no número de cursos de graduação no país, mas criaram-se seis novos cursos de medicina; e em 2007, quando o aumento percentual de escolas médicas foi levemente maior do que a graduação como um todo. Além disso, houve três momentos em que essas taxas estiveram praticamente igualadas (1988, 2006 e 2008). Nos demais anos, a taxa de crescimento dos cursos de graduação excedeu significativamente aquela dos cursos de medicina.

Gráfico 3– Evolução % comparativa – cursos de graduação - geral e medicina – Brasil, 1984-2009

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do INEP e do e-MEC.

As reações à expansão dos cursos de medicina observada a partir dos anos 1990 não tardaram em se apresentar. Mesmo um crescimento inicialmente modesto em comparação com a evolução do ensino superior já suscitou ações corporativas na tentativa de conter essa expansão. Ao final de 1999, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) lança uma campanha sob o lema “Novos cursos de medicina fazem mal à saúde”, baseada no argumento de que “médicos despreparados aceitam trabalhar sob qualquer condição”⁶². Mais recentemente, com a aceleração da abertura de novos cursos, o Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira lançaram uma campanha, também assinada por várias outras entidades médicas, que tem por *slogan* “Proteja-se. Lute pela proibição da abertura de novos cursos de Medicina” e está fundada em uma suposta “grave situação” gerada pela expansão dos novos cursos que traz “sérias consequências para a saúde de todos”. Consequências essas que não são explicitadas em nenhum momento nos informes, artigos e levantamentos produzidos por essas entidades e disponíveis em seus *websites*. O

⁶² Conforme matéria publicada pelo jornal O Estado de São Paulo - 01/05/2001 e reproduzida no sítio Escolas Médicas do Brasil: http://www.escolasmedicas.com.br/news_det.php?cod=17 Acesso em : 24.01.12

material faz referência tão somente à situação da categoria frente a uma concorrência aumentada por postos médicos, especialmente nas capitais. A menção à queda nos honorários é uma constante em todos os documentos, assim como a uma carga excessiva de horas de trabalho para compensar tais perdas. A figura 4 exibe um adesivo da campanha e um excerto de sua justificção. As entidades reivindicam a suspensão da autorização de novos cursos de medicina e uma avaliação rigorosa sobre os que já estão em funcionamento e alegam, com certa razão, que o problema do Brasil não é de falta de médicos e sim de sua distribuição no país.

Figura 4 – Campanha contra novos cursos de medicina



“Diante da grave situação gerada pela abertura irresponsável de novas escolas médicas, que colocam em risco o exercício ético da Medicina, com sérias conseqüências para a saúde de todos, as entidades médicas convocam os setores organizados da sociedade civil e a população em geral para aderirem à campanha e lutarem pela suspensão desses cursos, pela avaliação dos já existentes e por uma Medicina ética, com qualidade e compromisso social”.

Fonte: <http://www.proteja-se.org.br/?siteAcao=Dossie&id=7>

Se o crescente assalariamento da categoria médica, já apontado por Donnangelo na década de 1970 e agravado pela expansão da saúde suplementar, de fato, tem produzido um aviltamento dos honorários médicos e a precarização das condições de trabalho de uma grande parcela desses profissionais, por outro lado, a medicina continua sendo apontada como uma das profissões mais bem pagas no Brasil, quando não a de maior ganho médio. No entanto, há que reconhecer que a categoria encontra-se, cada vez mais, dividida em escalões segundo o capital simbólico herdado/acumulado e/ou as especialidades de maior ou menor prestígio, sendo os escalões superiores ocupados majoritariamente por médicos homens, cujo poder de influência política está associado ao prestígio da profissão e ao pertencimento às entidades de classe. Esse escalonamento se faz mais intenso à medida que cresce o ingresso de mulheres na profissão – uma tendência que será discutida adiante. Há uma luta evidente da corporação contra o que vem sendo identificado como “uma sistemática campanha de desmoralização”⁶³. Em suas pesquisas com profissionais da medicina, Maria Cecília Donnangelo observou que

⁶³ Conforme uma coluna-“desabafo” de um médico no sítio Portal Médico: http://www.portalmedico.org.br/atomedico/include/mostra_artigo.asp?opcao=artigo&id=224

a insatisfação com a remuneração e o prestígio constituíram formas de expressão das resistências da categoria ocupacional à substituição da medicina liberal pela medicina socializada, ou a coexistência de ambas. (...) Todos os elementos até aqui descritos refletem, no nível do comportamento individual, as mudanças que se vêm processando no sistema social global e na profissão médica. E expressam aproximadamente o mesmo tipo de reação a essas mudanças que se encontra na literatura divulgada sobretudo pelas associações de classe (1969 *apud* MOTA *et al.* 2004).

Como afirmam Veras *et alli* (1983), tal reação não constitui fato novo na história – o controle do acesso à profissão já constituía a principal estratégia das corporações de ofício medievais para manter seu valor. Os autores observam ainda que, na verdade,

não se trata de um problema puramente quantitativo; teme-se – e em alguns casos com fundada razão – que a qualidade do ensino seja prejudicada. E para os que vêm na escola a detentora e transmissora do único conhecimento verdadeiro na área médica, essa ameaça aparece como sumamente grave, já que implica na perda do valor econômico e do valor simbólico da profissão (*op.cit.* p.405).

Sobre o capital simbólico que envolve a profissão médica e o papel da educação médica na conformação de uma identidade de classe, o estudo desenvolvido por Moura traz uma contribuição importante ao incluir como objeto de análise o espaço não institucionalizado da relação entre professor e aluno como formador de um *habitus* profissional, isto é, uma relação que funciona como “uma escola paralela”, a qual complementa o trabalho de educação médica cumprido pelo currículo institucional que “ensina medicina”, “ensinando o aluno a ser médico”. Moura (ele mesmo médico) afirma que

Médicos são instruídos, treinados e socializados no interior de uma cultura profissional para a consecução de um projeto coletivo de poder e de mobilidade social [...]. Isso ocorre de acordo com um discurso ideologicamente formulado que tem como objetivos últimos a reprodução da dependência social de seus serviços, a manutenção do controle sobre a gênese do conhecimento que anima sua prática, a difusão de seus valores e da cultura profissional, a autonomia e liberdade de controles leigos e a catividade de um mercado que demanda a sua produção monopolizada (MOURA, 2004, p.75).

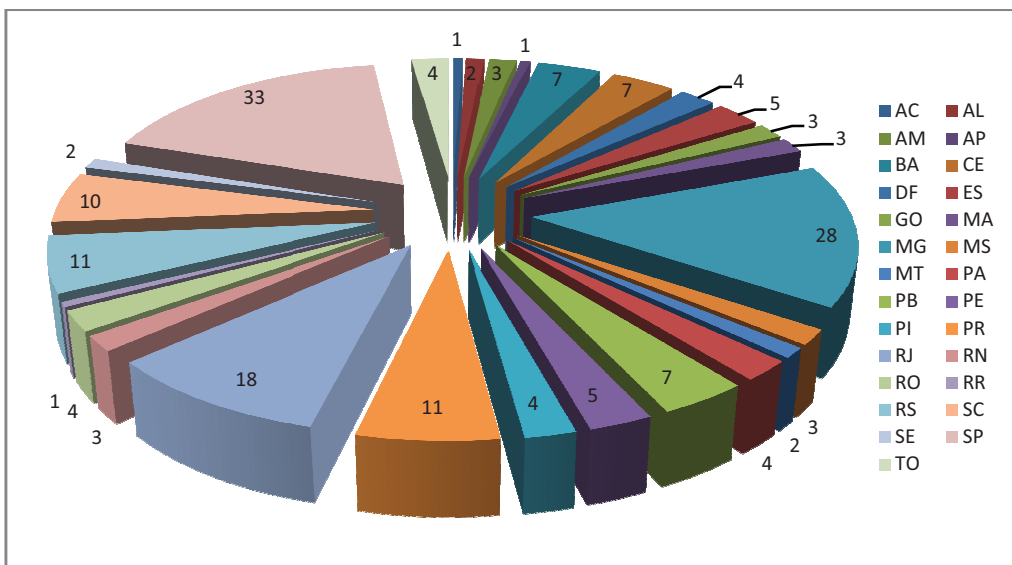
É, provavelmente, esse *habitus* profissional que mantém as escolas médicas quase impermeáveis à intervenção ou influência das demais instâncias da sociedade, dificultando uma mudança efetiva na forma como se processa a educação médica, a despeito de mudanças curriculares e pedagógicas experimentadas.

Voltando ao contexto macro da evolução da educação médica no Brasil, vale destacarem-se algumas tendências evidentes nas últimas décadas. O gráfico 3, antes

apresentado, revela uma tendência à privatização do ensino superior já anunciada na década de 1960, mas que se acentua significativamente a partir dos oitenta, chegando a constituir, em 2009, setenta por cento do total de cursos de graduação no país (ver Apêndice 2). Considerando-se somente as escolas médicas, em 2009, as privadas representavam 57% do total. Esse é um desenvolvimento preocupante por duas razões, pelo menos. Uma é que tende a preservar o caráter elitista da educação médica, dificultando o acesso de pessoas de camadas menos favorecidas da sociedade e mais conhecedoras das realidades e das condições de vida dessas camadas. É notável, ainda hoje, a virtual ausência da população negra no ensino superior no Brasil, especialmente nos estados no sul – ausência ainda mais marcante (quase total) nas escolas médicas. Outra razão é que essa privatização, alinhada ao processo crescente de mercadorização de todas as dimensões da vida, pode dificultar ainda mais a adequação do ensino médico no país às necessidades de saúde da sociedade e do sistema público.

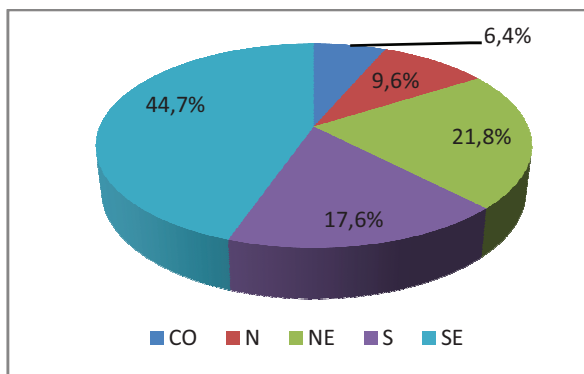
As últimas décadas vêm evidenciando também uma segunda tendência – a qual, em parte, decorre da primeira, pelo interesse de instituições privadas de se estabelecerem nos grandes centros urbanos: a da concentração regional dos cursos de medicina, geradora de desequilíbrios entre a oferta de profissionais e as necessidades do país. A relação direta entre essas duas tendências fica evidente ao se observar o padrão da expansão inicial do ensino médico (até 1960), quando o crescimento se dava principalmente mediante escolas de medicina públicas e distribuídas no país de forma razoavelmente equilibrada (embora sempre com predomínio da região sudeste). A partir de 1966, esse padrão começa a mudar com o crescimento rápido de escolas privadas, altamente concentradas nas regiões sudeste e sul, com ênfase no eixo Rio-São Paulo (VERAS *et al.*, 1983). Uma representação visual dessas tendências é apresentada nos gráficos 4, 5 e 6 a seguir.

Gráfico 4 – Distribuição das escolas médicas por UF -2011



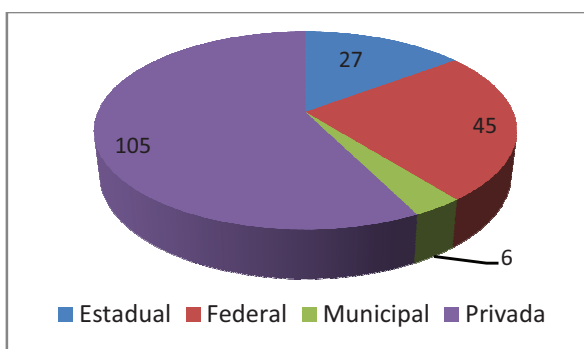
Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do INEP – e-MEC

Gráfico 5 – Distribuição das escolas médicas por região do Brasil - 2011



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do INEP – e-MEC

Gráfico 6 – Distribuição das escolas médicas por vinculação administrativa – Brasil 2011

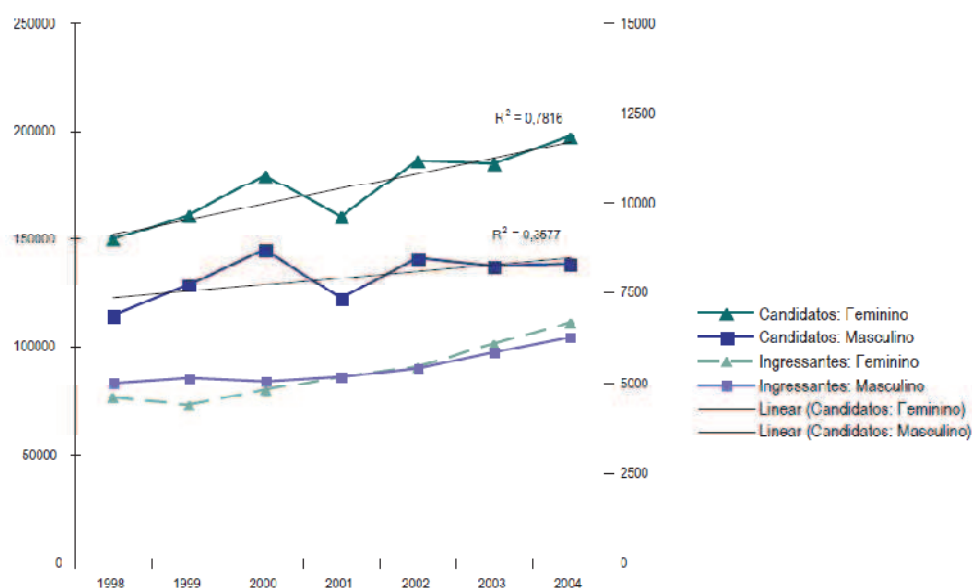


Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do INEP – e-MEC

Por fim, uma terceira tendência, mais recente, do perfil da educação médica no Brasil é sua crescente feminização. Como as demais, essa também não constitui um fator exclusivo da área médica, mas reflete (e mais tardiamente, nessa área) o

processo contínuo, desde meados da década de 1960, de busca pelas mulheres da educação como forma de emancipação social. Um processo que resultou, na década de 1980, em reversão da proporção de matrículas no ensino superior entre mulheres e homens, passando as mulheres a predominar na grande maioria dos cursos. O gráfico 7 mostra a evolução, desagregada por gênero, do número de candidatos a cursos de medicina e do número de ingressantes nesses cursos entre 1998 e 2004⁶⁴. Nesse gráfico, pode-se observar que, a partir de 2002, o número de mulheres ingressantes nos cursos de medicina passou a superar o de homens na contagem geral das matrículas, embora ainda pareça haver uma predominância dos homens nos ingressos em escolas públicas em vista dos resultados de concluintes como demonstram os dados de concluintes apresentados no gráfico 8 (INEP, 2006, 2008).

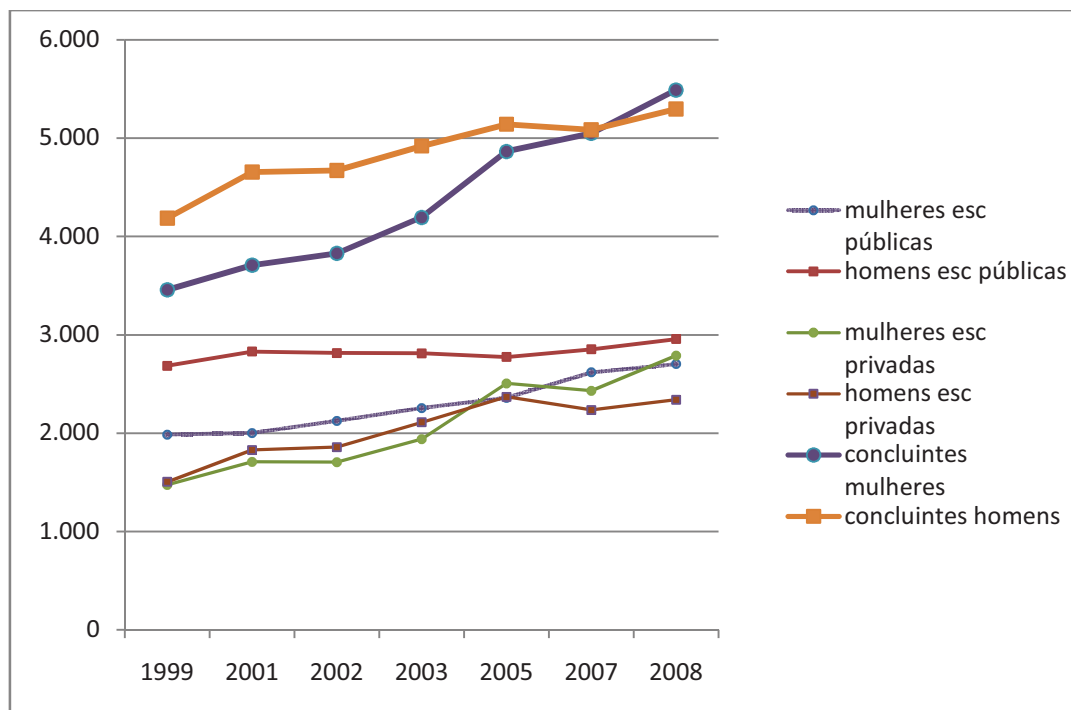
Gráfico 7 – Evolução do número de candidatos e ingressantes nos cursos de medicina por gênero - Brasil, 1998-2004



Fonte: INEP, 2006 p.288

⁶⁴ Infelizmente, o INEP não dispõe de dados desagregados por sexo para períodos anteriores a 1998 (sem falar em dados desagregados por raça, que não existem nem para os períodos mais recentes, apesar de o Plano de Desenvolvimento da Educação – PDE apresentar, desde 2005, programas voltados à inclusão e à diversidade). Além disso, os dados disponibilizados no sítio do instituto não possibilitam fazer consultas desagregadas por gênero e por área de conhecimento e curso, mesmo para os períodos atuais em que a coleta já contempla a informação de gênero.

Gráfico 8 – Evolução do número de concluintes dos cursos de medicina por gênero e por dependência administrativa – Brasil, 1999 - 2008



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do INEP e do Datasus- Indicadores de Recursos⁶⁵

A tendência à feminização da profissão está também documentada pelo CFM, que aponta uma reversão na proporção dos novos registros de médicos e médicas, em 2009, quando as últimas superaram os homens. Uma tendência que tende a se acentuar nas próximas décadas. Segundo o CFM, desde 2011, no grupo de médicos com 29 anos ou menos, as mulheres já são maioria. Mas, conforme afirma o documento “Demografia Médica no Brasil” (CREMESP/CFM, 2011), “o mercado ainda é masculino” e deve permanecer com maioria de homens por duas décadas ainda, “já que até 1970 a profissão era predominantemente masculina” – uma frase tranquilizadora para o grupo no poder das principais entidades representativas da categoria, cuja esmagadora maioria é de homens⁶⁶.

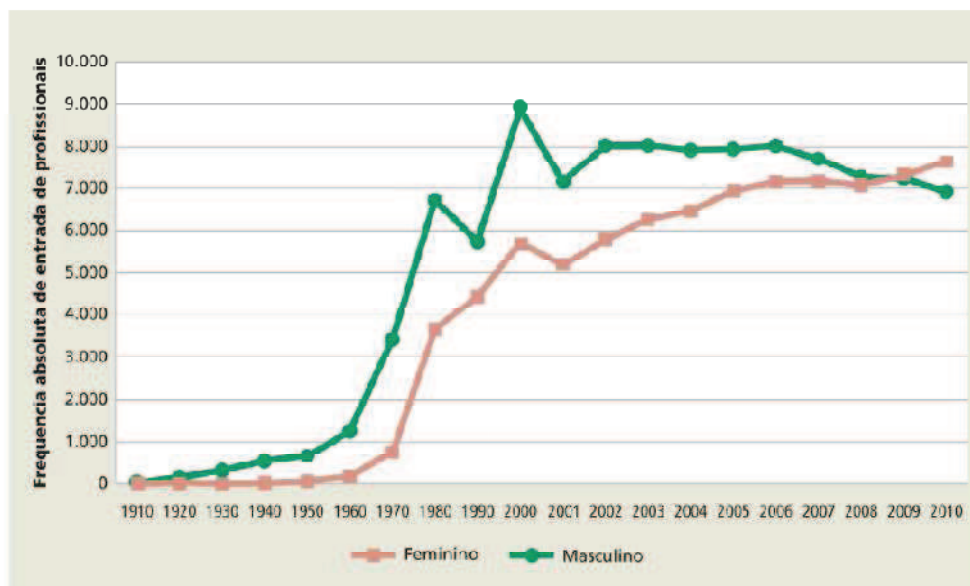
⁶⁵ INEP: <http://portal.inep.gov.br/indicadores-educacionais>; Datasus - Indicadores de Recursos <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2009/e15.def> - Acessado em 25/03/2012

⁶⁶ CFM – 28 conselheiros: só 2 são mulheres; AMB – Diretoria-29 membros: 2 são mulheres; FENAM- Federação Nacional dos Médicos – Diretoria - 27 membros: só 1 mulher (a cargo da “Secretaria de Discriminação e Gênero”; CREMESP – Diretoria-13 membros: 2 mulheres/ Conselho: 42 membros: 6 mulheres; CREMERJ – Diretoria (uma exceção)- 11 membros: 5 são mulheres (incluindo a Presidente)/Conselho: 42 membros: 6 são mulheres; CRMMG – Diretoria – 10 membros, nenhuma mulher / Conselho – 21 membros: 3 mulheres; CREMERS - Diretoria 13 membros: 2 mulheres (em cargos de Ouvidoras) / Conselho – 23 membros: 1 mulher; FEBRASGO – Diretoria – 10 membros: 1 mulher.

Sobre esse ponto, é interessante resgatar Bourdieu. Ao tratar da construção das classes, esse autor chama a atenção para as propriedades de gênero, afirmando que uma classe se define pelo lugar e o valor que atribui aos dois sexos e a suas disposições socialmente constituídas. Constata, também, que “no crescimento da parcela de mulheres exprime-se o verdadeiro devir de uma profissão e, em particular, a desvalorização absoluta ou relativa que pode resultar da transformação da natureza e da organização do próprio trabalho” (BOURDIEU, 2007 p. 102).

Gráfico 9 – Evolução da entrada de médicos, 1910 a 2010, segundo sexo

Evolução da entrada de médicos, 1910 a 2010, segundo sexo



Fonte: CFM, Demografia Médica no Brasil, 2011

Quais impactos esse processo de feminização da profissão trará para a atenção à saúde das mulheres, é difícil prever. Talvez bem poucas mudanças de abordagem, se os cursos de formação não lograrem incluir um enfoque de gênero tanto nos conteúdos teóricos, como nas atividades práticas de integração docente-assistencial, pois o fato de ser mulher não é condição suficiente para garantir o cuidado integral e o reconhecimento da outra mulher como sujeito autônomo de sua saúde. As instituições médicas – a escola, o hospital, as entidades de classe preservam a cultura da dominação masculina e a insuflam em seus membros, que reproduzem práticas, atitudes e estereótipos sem sequer perceberem que essas servem àquela dominação (BOURDIEU, 2010). Além disso, é preciso não esquecer que, em se tratando das

práticas na atenção básica à saúde, também as diferenças de classe operam contra as possibilidades do encontro e da escuta desejáveis entre profissional e usuário/o.

Este capítulo buscou apresentar o processo histórico através do qual a medicina se constituiu com um *campo de saber e de poder* dominante sobre outras formas e artes de cuidar e curar, tornando-se hegemônica no Brasil, por meio de uma retrospectiva da instituição das escolas e da prática médicas, com ênfase na disputa de espaços por parte dos médicos junto a outras práticas terapêuticas então prevalentes e nas estratégias utilizadas para demarcar território. Seguindo-se a este resgate histórico, e tendo presente a discussão teórica do capítulo anterior sobre os princípios do SUS frente às distintas racionalidades médicas que hoje concorrem na busca de saúde pela população, destacaram-se as críticas colocadas ao modelo vigente de educação médica, por sua inconsistência com as diretrizes de atenção integral à saúde, as quais pontuam a necessidade de mudanças nos processos de formação médica. Apontou-se, ainda, a questão das desigualdades sociais como fator determinante da saúde, com ênfase no impacto das desigualdades de gênero sobre a saúde das mulheres. Apresentou-se uma síntese das principais iniciativas, em grande medida incentivadas pela OPAS e por fundações internacionais, surgidas a partir da década de 1970 e dedicadas a tentar vencer essas inconsistências na educação médica, bem como alguns dos obstáculos que se têm oposto às mudanças. Por fim, desenhou-se um panorama da evolução e da expansão das escolas médicas no Brasil, de sua criação até a atualidade.

O próximo capítulo está dedicado a contextualizar a educação médica no estado do Rio Grande do Sul, apresentar o perfil das escolas gaúchas e discutir seus currículos e propostas pedagógicas à luz das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e confrontando-os com os indicadores de análise definidos para a pesquisa.

5 A EDUCAÇÃO MÉDICA E A PNAISM: o caso do Rio Grande do Sul

A educação médica no Rio Grande do Sul, como já se apresentou no capítulo anterior, tem uma trajetória bastante recente – o primeiro curso, que deu origem à Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, só foi criado no final do século XIX, com a fusão da Escola Livre de Farmácia e Química Industrial com o Curso de Partos da Santa Casa. Ainda assim, foi a terceira escola de medicina a ser criada no país, depois das instituídas pela coroa portuguesa na Bahia e no Rio de Janeiro. Ao longo desse pouco mais de um século de existência, experimentou mudanças mais, ou menos, substanciais, decorrentes ora dos avanços científicos e tecnológicos, ora das críticas e pressões oriundas dos movimentos de medicina social ou saúde coletiva.

Buscando contextualizar o campo da pesquisa, o presente capítulo tem quatro propósitos: (i) discutir como evoluíram as políticas de saúde e como se situa (ou não) dentro delas a educação médica no estado do Rio Grande do Sul, a partir da década de 1980, em vista do processo de implementação do PAISM e do SUS; (ii) situar as escolas de medicina gaúchas em comparação com o quadro nacional; (iii) apresentar o perfil institucional e acadêmico das escolas do estado; e (iv) discutir os dados coletados em vista da hipótese que orientou a pesquisa.

5.1 A década de 1980 e o contexto da reforma sanitária no Rio Grande do Sul

Examinando as políticas de saúde, no Rio Grande do Sul, sob a perspectiva histórica da década que antecedeu a instituição do SUS, Maíra Baumgarten (1999) distingue três períodos ao longo dos anos 1980 marcados por diferentes conjunturas políticas e de estrutura de poder: 1980 - 1985; 1985 – 1988; e 1989 e 1991.

O primeiro deles compreende o início da década até a instalação da Nova República (1985), caracterizando-se, no âmbito nacional, por uma conjuntura de crise, tanto econômica como na previdência e na atenção à saúde, que levou o governo à criação de planos como o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) e o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP). Nesse período, no Rio Grande do

Sul, as ações em saúde são marcadas, segundo Baumgarten, por alguma complementaridade entre os diversos órgãos da saúde, especialmente a Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente (SSMA) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), cabendo a este último ofertar atendimento médico aos segurados, através de uma política privatista e de repasses e convênios com prestadores privados. A população excluída da previdência (desempregados, trabalhadores informais, donas-de-casa e crianças) ficava ao cargo da SSMA, através do sistema de atenção primária à saúde que, existente no estado desde a década de 1970,

buscava concentrar recursos em um conjunto restrito de tecnologias de alto impacto na mortalidade e de baixo custo, exercitando uma simplificação no atendimento à saúde e implementando programas por áreas de risco, tais como saúde materno-infantil, nutrição e doenças crônico-degenerativas (BAUMGARTEN, 1999, p.146).

Tais programas, embora tenham tido alguma eficácia sobre os indicadores de saúde do estado, traziam a marca da desigualdade, pois, além de apoiarem-se em “tecnologias baratas e compensatórias” e em força de trabalho de baixa qualificação, não contemplavam a possibilidade de referência aos níveis de maior complexidade na assistência à saúde para a população economicamente desfavorecida. Assim, frente à deterioração das condições econômicas e ambientais, esses programas evidenciaram seus limites no início da década de 1980, somando-se à crise previdenciária que repercutia no atendimento à saúde dos segurados. No âmbito nacional, como já apontamos no capítulo 3, instituía-se o plano de Reorientação da Assistência à Saúde, do CONASP, visando a contornar a crise. Esse plano compreendia as Ações Integradas em Saúde (AIS)⁶⁷. Propostas inicialmente como uma iniciativa racionalizadora, ao longo do período de distensão política, tais ações experimentaram uma redefinição democratizante que as posicionava como estratégia para reformulação do setor de saúde rumo à proposta de um Sistema Único de Saúde (BAUMGARTEN, 1999; PAIM, 1986).

⁶⁷ As AIS surgem no âmbito do Plano de Reorientação de Assistência Médica da Previdência (Plano do Conasp), incorporando os princípios de universalização, equidade, descentralização, regionalização e reforço do Poder Público e, neste, inserindo os governos estaduais e municipais na cobertura assistencial. Desse modo, a proposta transcendia a Previdência Social, expandindo-se convênios entre o Ministério da Previdência e Secretarias de Saúde (Rodríguez Neto, 1988). (LIVRO Construção do SUS, p. 104 – nota – mudar redação)

Uma segunda conjuntura política passa a definir-se a partir de 1985, com a instauração da Nova República. O início desse período, até o final de 1986, é marcado pela dissonância entre as ações das gerências estaduais do INAMPS e do Ministério de Saúde (sob controle do PMDB) e as da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente (SSMA) do estado, ainda sob governo ligado ao PDS. No final de 1986, mudanças nas configurações do poder político no Estado possibilitam o planejamento de uma política de saúde afinada com a política nacional e com as proposições da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no início daquele ano. A Secretaria Estadual de Saúde, com novo direcionamento político, definiu estratégias para a consolidação das AIS no estado, e foi pioneira no desenvolvimento de um plano estadual de saúde e de um modelo de Convênio SUDS que possibilitava o desenvolvimento qualitativo das AIS (BAUMGARTEN, 1999).

No âmbito do Programa das Ações Integradas em Saúde (AIS), previam-se diversas instâncias de planejamento e gestão que visavam a facilitar a integração das ações dos provedores públicos de serviços, denominadas comissões interinstitucionais de saúde. Tais comissões – nominalmente, a Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN), a Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), a Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS), e as Comissões Interinstitucionais Locais (CLIS) e/ou Municipais de Saúde (CIMS), além da já mencionada Comissão Interinstitucional e Comunitária do PAISM – podem ser consideradas embriões dos futuros conselhos de saúde previstos da Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), pois, embora resultassem da lógica racionalizadora da gestão do Estado, tornaram-se permeáveis aos princípios e ações democratizantes do movimento sanitário e marco inaugural da institucionalização da participação (CÔRTEZ, 2002; BRASIL, 2006). As CIMS e CLIS instituíram-se no Rio Grande do Sul em 1987, a primeira delas, na cidade de Pelotas, sendo constituída por gestores, prestadores, trabalhadores e usuários do sistema de saúde e reunindo-se periodicamente para discutir, avaliar e propor encaminhamentos a respeito da prestação de serviços de saúde no município⁶⁸. As CIMS e as CLIS previam o envolvimento de entidades comunitárias, sindicais e outras representativas da população local e se

⁶⁸ Informação disponível no site do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas: <<http://www.pelotas.rs.gov.br/cmspel/historia.htm>>. Acesso em 04.02.2012

institucionalizaram como importantes fóruns de debate no setor, transformando-se gradativamente “em canais de representação política dentro da organização estatal” (CÔRTEZ, 2000).

Houve, no estado, no período 1987-1988, um processo acelerado de reformas na saúde rumo a um sistema único e uma abordagem mais integral, inclusive com o traçado de uma política de produção de conhecimento e também de formação complementar das equipes de saúde centrada na Escola de Saúde Pública. Esta formação tinha seu foco na atenção integral à saúde e na perspectiva de gênero, tendo em vista a implementação do PAISM já em curso. Tal política, no entanto, não logrou consolidar-se, em vista de mudanças internas ao governo do estado, que acabaram afastando um grupo importante das pessoas responsáveis pela condução do Plano Estadual de Saúde. Desenvolvendo sua análise sob a perspectiva das condições instituídas para a pesquisa e produção de conhecimento, Baumgarten observa que a falta de uma política científica e tecnológica estadual na área de saúde acabou caracterizando a terceira conjuntura das políticas de saúde na década 1980-1990, ficando a produção de conhecimento nessa área limitada basicamente àquela desenvolvida nas universidades, especialmente na UFRGS, e desarticulada de uma política de planejamento estratégico em saúde e da produção de insumos para o setor (BAUMGARTEN, 1999). Esta observação é corroborada por informes da própria universidade: um resgate histórico da FAMED-UFRGS dá conta de que, à época, as pesquisas desenvolvidas na universidade estavam todas focadas nos atendimentos prestados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o hospital escola vinculado à UFRGS desde 1970, quando foi fundado (Relatório FAMED-UFRGS, 2007).

Se a pesquisa nessa área se fazia de forma dissociada das necessidades do sistema público de saúde, a formação de pessoal de nível superior não foi diferente. Segundo a FAMED-UFRGS, “[n]este momento o ensino de graduação tende a se organizar a partir dos serviços do próprio hospital: a prestação de serviço tende a dominar sobre a ação pedagógica” (FAMED-UFRGS, 2005 p. 43). Uma formação muito distante, portanto, da atenção primária, pois centrada no hospital. O relatório refere ainda um esforço de adaptação do currículo vigente “às novas normas ministeriais” e “às pressões para inclusão no currículo médico de conteúdos humanísticos”, promovendo a fusão de várias especialidades em disciplinas de clínica médica ou

cirurgia, e introduzindo disciplinas sobre desenvolvimento humano e sobre relação médico-paciente. Iniciativas que, no entanto, se mostravam insuficientes, pois não alteravam a estrutura geral do curso, mantendo a cisão entre ensino básico/clínico e a tendência a especialização (FAMED-UFRGS, 2004; 2007).

Tentativas pioneiras de contornar a distância entre a formação e as necessidades de saúde surgiram em 1976 em Porto Alegre (Unidade Sanitária São José do Murialdo), no Rio de Janeiro (Serviço de Medicina Integral da UERJ) e em Vitória de Santo Antão (município próximo a Recife-PE) representadas pela criação dos primeiros programas de residência em medicina de família e comunidade (PRMFC) do país (FALK, 2004). Esses programas constituíram um desdobramento dos Serviços de Medicina Integral ligados aos departamentos de medicina preventiva das universidades. Buscavam superar o modelo hospitalocêntrico e focado na concepção biotecnológica a que os estágios de medicina integral continuavam ancorados, através da formação de profissionais com “elevada qualificação clínica, capacidade de planejar, implementar e avaliar as ações de saúde no nível de sua área de atuação, além de realizar estudos/pesquisas com base na população a qual assistia”, focados na Atenção Primária à Saúde (APS) (RODRIGUES, 2007, p.151). Na Unidade Sanitária São José do Murialdo, hoje Centro de Saúde Escola Murialdo, pertencente à Escola de Saúde Pública da SES-RS, foi criada, em 1979, a primeira Residência Multiprofissional em Saúde Comunitária, hoje ainda ativa e denominada Residência Integrada em Saúde. Esses programas foram experiências precessoras do atual Programa de Saúde da Família, mas, segundo Rodrigues,

foi necessário enfrentar poderosos obstáculos para implantar um programa de residência que visava à formação de especialistas a partir de uma racionalidade médica inovadora, capaz de torná-los protagonistas de um processo de mudança do modelo assistencial adotado neste país, cuja hegemonia, entretanto, estende-se até os dias atuais (RODRIGUES, 2007, p.150).

Duas linhas argumentativas costumam opor-se, ainda hoje, a programas de residência médica na área da Medicina de Família e Comunidade: uma postula que programas de pós-graduação nessa área são desnecessários, em vista do conceito de terminalidade da graduação em medicina; a outra afirma que tais programas são desnecessários, dada a “simplicidade” dos problemas atendidos no nível da Atenção Primária à Saúde e que os problemas mais complexos são referidos aos centros de

atenção secundária e terciária. Especialmente essa segunda corrente argumentativa desperta críticas de alguns autores por confundir APS com “Atenção Primitiva”, isto é, com uma medicina de segunda classe, prestada por pessoa de segunda classe, uma concepção simplista que desconsidera a complexidade dos problemas de saúde envolvidos na atenção primária, que envolve não só o atendimento a questões de saúde de várias ordens, como também o compromisso com a saúde de todos (RODRIGUES, 2007).

Mesmo reconhecendo a importância desses programas, é preciso ter em conta que eles envolvem uma parcela muito restrita dos profissionais formados no estado e que os cursos de graduação, apesar das diversas mudanças curriculares introduzidas desde a década de 1980 – iniciativas de integração docente assistencial, currículo integrado e outras – parecem manter o mesmo modelo de formação tendente à especialização crescente e no qual a proposta de integralidade é apenas retórica.

No que concerne especificamente à saúde das mulheres, no Rio Grande do Sul, até 1986, a área responsável pelas políticas estava estreitamente ligada à SSMA, através da divisão Materno-Infantil e de programas vinculados ao Ministério da Saúde. No escopo das Ações Integradas de Saúde, cria-se no Estado, em meados de 1986, a Comissão Interinstitucional e Comunitária do PAISM composta por representantes do Ministério da Saúde, do INAMPS, da SSMA, da LBA, da Secretaria Municipal de Saúde e da sociedade civil organizada. No entanto, o trabalho da comissão foi inicialmente dificultado por resistências da SSMA a operar interinstitucionalmente. A partir de março de 1987, com a nova gestão no governo, agora alinhada ao governo federal, foi possível oficializar a comissão e pôr em curso o planejamento e a implementação de uma política de atenção integral à saúde da mulher (BAUMGARTEM, 1999). A política proposta no Estado antecipava as diretrizes que seriam estabelecidas para o SUS nos anos seguintes, com a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde de 1990, buscando reorganizar a rede básica, articular os serviços de forma hierárquica e garantir a integralidade, a universalização e a equidade no atendimento (RIO GRANDE DO SUL, 1987).

Desde então, programas de saúde da mulher foram criados tanto no âmbito do Estado como no de vários municípios, os quais reproduzem o discurso da integralidade e as diretrizes do PAISM e do SUS. Contudo, como se procurou demonstrar no capítulo

três, embora esses programas tenham alcançado melhoras significativas em termos dos indicadores de saúde, diversos estudos apontam para a não realização dos princípios norteadores da política de saúde das mulheres, bem como para uma prática de atenção não humanizadora, ambas decorrentes de vários fatores que afetam o SUS, mas também, na hipótese que aqui se levanta, do despreparo dos profissionais da medicina para uma abordagem de gênero consistente com aquelas diretrizes. Para explorar esta hipótese, as próximas seções apresentam um panorama da educação médica no Rio Grande do Sul em comparação ao quadro nacional, seguido do perfil das escolas médicas do estado.

5.2 A educação médica no Rio Grande do Sul

O estado do Rio Grande do Sul abriga onze escolas de medicina (5,9% das EM brasileiras), dentre as quais algumas das melhores do país, todas inseridas em instituições universitárias. Três dessas escolas estão na capital, Porto Alegre, uma na região metropolitana, e as demais distribuídas em alguns dos principais centros urbanos do interior. Ao todo, as escolas médicas do estado oferecem 940 vagas (que correspondem também a 5,9% do total de vagas de medicina no Brasil). Quanto à vinculação administrativa, cinco são públicas (federais) e seis privadas (54,5%). Da tabela 1, pode-se observar que, com exceção de duas (ULBRA e UNISC), as escolas gaúchas foram criadas até a década de 1970, durante a primeira fase de expansão do ensino médico no Brasil.

Tabela 1 – Escolas Médicas do Rio Grande do Sul - 2011

Instituição	Sigla	Data Início	Município	UF	Vagas	Caráter	CH Min
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS	UFRGS	01/03/1898	Porto Alegre	RS	140	Federal	9.675
Universidade Federal de Santa Maria - RS - UFSM	UFSM	19/05/1954	Santa Maria	RS	100	Federal	7.755
Universidade Federal de Pelotas - UFPel	UFPel	29/11/1959	Pelotas	RS	98	Federal	8.277
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - RS - UFCSPA	UFCSPA	22/03/1961	Porto Alegre	RS	88	Federal	9.353
Universidade Católica de Pelotas-RS	UCPEL	01/03/1963	Pelotas	RS	100	Privada	8.048
Universidade de Caxias do Sul/RS - UCS	UCS	01/03/1966	Caxias do Sul	RS	70	Privada	8.010
Universidade Federal do Rio Grande/RS - FURG	FURG	01/03/1966	Rio Grande	RS	70	Federal	8.355
Universidade de Passo Fundo/RS - UPF	UPF	19/03/1970	Passo Fundo	RS	80	Privada	7.620
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC-RS	PUCRS	02/03/1970	Porto Alegre	RS	74	Privada	7.980
Universidade Luterana do Brasil - Canoas - RS - ULBRA	ULBRA	05/04/1996	Canoas	RS	60	Privada	7.390
Universidade de Santa Cruz do Sul - RS - UNISC	UNISC	19/04/2006	Santa Cruz do Sul	RS	60	Privada	8.520
Total de vagas:					940		

Fonte: Elaborada pela autora a partir de dados do e-MEC

Todas as instituições gaúchas de ensino de medicina possuem um hospital escola associado ou próprio da universidade e desenvolvem ações educativas na atenção primária à saúde em unidades básicas e em postos de saúde do SUS. Quanto à avaliação pelo MEC, quatro obtiveram a nota máxima do ENADE (5), cinco têm nota 4, uma tem nota 3 e a UNISC ainda não está avaliada, pois formou sua primeira turma no final de 2011 (ver tabela 2).

Tabela 2 - Classificação das escolas médicas gaúchas no ENADE

RS	Nº	%
ENADE 5	4	36,4%
ENADE 4	5	45,5%
ENADE 3	1	9,1%
SC	1	9,1%
	11	100,0%

Fonte: Elaborada a partir de dados do e-MEC

O RS conta atualmente com 25.315 médicos registrados, dos quais 9.761 (38,6%) são mulheres⁶⁹ (ver tabelas 3 e 4). Destes, segundo dados do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), em janeiro de 2012, 18.991 encontravam-se ocupados em postos de trabalho incluindo as redes pública (federal, estadual e municipal) e privada. Os mesmos dados apontam 35% dessa força de trabalho ocupada na rede pública, e 65% na rede privada. Em relação à população do estado, o total de profissionais ativos (incluindo os da esfera privada) corresponde a 1,77 médicos por cada mil habitantes, uma razão ainda distante 30% da meta do governo para o Brasil, de 2,5 médicos para cada mil habitantes até 2.020. Como se pode observar nas tabelas 2 e 3, quase metade dos médicos e médicas gaúchos registrados no CFM (46,7%) concentra-se na capital e, considerando-se apenas as médicas, mais da metade está na capital (52%). Uma distribuição razoavelmente equilibrada, considerando-se que a região metropolitana concentra 44,3% da população do estado⁷⁰ e, certamente, necessidades de saúde ampliadas pelas más condições sanitárias e ambientais de muitas populações de favelas e da periferia urbana.

⁶⁹ Dados disponibilizados pelo Conselho Federal de Medicina – CFM

⁷⁰ Conforme dados do Censo 2010 – Região metropolitana de Porto Alegre: 4.742.302 habitantes; demais regiões: 5.951.627 habitantes (IBGE – Censo 2010), população total do RS: 10.695.532.

Tabela 3 – Total de médicos com registro ativo no RS, 2012*

Tipo	Capital	Interior	Outros estados	Desatualizado	Total
RS -					
Primária	11715	12337	309	450	24811
Secundária	115	196	126	65	502
Total	11830	12533	435	515	25313
Somatório Total	11830	12533	435	515	25313

* Inclui mulheres e homens

Fonte: Conselho Federal de Medicina

Tabela 4 – Total de mulheres médicas com registro ativo no RS

Tipo	Capital	Interior	Outros estados	Desatualizado	Total
RS -					
Primária	5031	4303	105	157	9596
Secundária	45	69	36	13	163
Total	5076	4372	141	170	9759
Somatório Total	5076	4372	141	170	9759

Fonte: Conselho Federal de Medicina

Nos registros do CNES para o RS, observa-se, entre 2007 e 2012, um aumento na proporção de clínicos gerais, de 30,4% para 35,7% (ver tabela 5), o que pode ser resultado dos programas de participação de várias das escolas de medicina gaúchas nos projetos Pró-Med e Pró-Saúde e da adequação às Diretrizes Curriculares Nacionais. Houve também um aumento importante na proporção de pediatras em relação ao total de médicos ocupados, de 6,8% em 2007, para 11,6% em 2012, o que também pode ser reflexo dos esforços no sentido de adequar a formação médica às necessidades do SUS, embora tenha crescido a parcela desses profissionais ocupada na rede privada (de 44,4% em 2007, para 54,4% em 2012). Por outro lado, observa-se uma redução na proporção de gineco-obstetras, de 7,8% em 2007, para 5,5% em 2012.

Tabela 5 – Médicos ocupados no Rio Grande do Sul, SUS e não SUS – algumas categorias

Médicos	2007 Ago	%	2008 Ago	%	2009 Ago	%	2010 Ago	%	2011 Ago	%	2012 Jan	%
CLÍNICO GERAL	5000	0,304	5619	0,316	5957	0,320	6308	0,323	6689	0,355	6788	0,357
GINECO OBSTETRA	1277	0,078	1132	0,064	998	0,054	1004	0,051	1022	0,054	1044	0,055
MÉDICO DE FAMÍLIA	748	0,045	722	0,041	709	0,038	663	0,034	634	0,034	679	0,036
PEDIATRA	1118	0,068	1116	0,063	1082	0,058	1124	0,058	2219	0,118	2209	0,116
Total de médicos	16465		17781		18624		19512		18836		18991	

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Várias escolas médicas do estado têm participado dos programas de incentivo a reformas no ensino médico. As faculdades de medicina da UFRGS e da PUC-RS participaram do Pró-Med, lançado em 2002. Do Pró-Saúde 2005, participaram as escolas de medicina da UFRGS, da Universidade de Passo Fundo (UPF), da Universidade de Caxias do Sul (UCS) e da Universidade Federal de Rio Grande (FURG). O Pró-Saúde 2007 incluiu as escolas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), da Universidade Católica de Pelotas (UCPel), da UPF, da recém criada Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), da Universidade Federal de Pelotas (UFPe) e da UFRGS.

Todas essas escolas introduziram mudanças em seus projetos pedagógicos com o fim de adequarem a formação profissional que oferecem às necessidades do SUS. O documento que fundamenta e define os objetivos do Pró-Med fala da autonomia das escolas médicas no estabelecimento de seus currículos e metas como um fator que gerou distanciamento entre o perfil dos profissionais formados e as necessidades sociais.

Os órgãos de formação superior seguem, na maioria das vezes, sua lógica própria, reafirmando sempre a tradição de autonomia. Se, por um lado, essa autonomia foi positiva, livrando as universidades de imposições conjunturais, por outro propiciou o afastamento de seu constituinte principal, que é a sociedade, na qual prevalecem vários problemas de resolução complexa. Uma das traduções dessa autonomia indesejada é fortemente expressa nos perfis da formação dos médicos, cuja tendência, ao longo das últimas décadas, foi de extensão e de segmentação (BRASIL, 2002, p.1).

Assinalando que a missão das instituições de ensino superior (IES) é a formação do médico generalista, o documento segue destacando os objetivos estabelecidos nas Diretrizes Curriculares Nacionais como um caminho rumo ao alcance dessa meta:

Apesar disso, as IES seguem perseguindo, como missão institucional, a formação terminal do médico generalista. As diretrizes curriculares propostas para os cursos de medicina apontam nessa direção. Alcançar os objetivos estabelecidos no Artigo 3o das Diretrizes Curriculares em vigor constituiria um enorme progresso, visto que ela preconiza: (1) postura ética, visão humanística, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania; (2) orientação para a proteção, promoção da saúde e prevenção das doenças; (3) capacidade de compreensão, integração e aplicação dos conhecimentos básicos na prática profissional; (4) orientação para atuar em nível primário e secundário da atenção e resolver com qualidade os problemas prevalentes de saúde; (5) capacidade para o primeiro atendimento das urgências e emergências; (6) capacidade para comunicar-se e lidar com os múltiplos aspectos da relação médico-paciente; (7) capacidade de aprendizagem contínua durante toda a vida profissional e de auditoria do próprio desempenho; (8) capacidade de atuação e eventual liderança na equipe de saúde (BRASIL, 2002, pp. 1-2).

Tendo presente que estas são características necessárias a uma atenção integral à saúde, mas talvez não suficientes para uma atenção que respeite as especificidades da saúde integral das mulheres, nas próximas seções serão apresentados os perfis de formação de cada uma das onze escolas médicas em atividade no Rio Grande do Sul e, então, discutidas as características mais relevantes frente à hipótese da presente pesquisa. O Apêndice 3 apresenta o quadro de grades curriculares das escolas, montado com vistas à análise e comparação dos currículos e de ementas de disciplinas selecionadas.

5.2.1 Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – FAMED-UFRGS

O Curso visa à formação geral do aluno em Medicina, capacitando-o a promover e proteger a saúde da gestante, da criança, do adulto e do idoso; prestar assistência aos problemas de saúde de maior prevalência na população e encaminhar, adequadamente, os níveis mais complexos; tomar medidas necessárias à preservação da vida em situações de urgência médica; estabelecer uma relação profissional adequada com pacientes, famílias e comunidade, respeitando normas éticas; conhecer os princípios básicos de planejamento, organização e direção dos serviços de saúde; avaliar trabalhos científicos, elaborar e executar projetos de pesquisa, e continuar sua educação médica de forma autônoma (FAMED-UFRGS).

A terceira escola de medicina fundada no Brasil, a FAMED-UFRGS, é também uma das melhores do país, apresentando índice 5 no ENADE⁷¹ e Conceito de Curso (CC)⁷² também 5. Desde sua criação, a partir do Curso de Partos da Santa Casa e da Escola Livre de Farmácia e Química Industrial, o curso de medicina da UFRGS passou por diversas reformas curriculares, especialmente a partir da década de 1970, quando se intensificaram as discussões sobre o ensino médico e o perfil do profissional a ser formado pelas escolas. A faculdade foi federalizada em 1931 e, em 1936, foi incorporada à, então, Universidade de Porto Alegre. A inauguração do Hospital de

⁷¹ **Enade:** o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes avalia o conhecimento dos alunos em relação ao conteúdo previsto nas diretrizes curriculares do respectivo curso de graduação, suas habilidades e competências. Participam do Exame os alunos ingressantes e concluintes dos cursos avaliados. Os resultados do Enade são considerados na composição de índices de qualidade relativos aos cursos e às instituições (como o CPC e o IGC) (e-MEC).

⁷² **Conceito de Curso (CC):** composto a partir da avaliação in loco do curso pelo MEC, pode confirmar ou modificar o CPC. A necessidade de avaliação in loco para a renovação do reconhecimento dos cursos é determinada pelo CPC: cursos que obtiverem CPC 1 e 2 serão automaticamente incluídos no cronograma de avaliação in loco. Cursos com conceito igual ou maior que 3 podem optar por não receber a visita dos avaliadores e, assim, transformar o CPC (Conceito Preliminar de Curso) em CC, que é um conceito permanente (e-MEC).

Clínicas de Porto Alegre, em setembro de 1970, vinculado academicamente à UFRGS, segundo informa o sítio de internet da escola, constituiu um marco significativo na qualificação do curso. Os serviços do hospital, à medida que iam sendo postos em funcionamento, foram integrados às áreas de ensino da faculdade, e a pesquisa passou a centrar-se nos atendimentos realizados no hospital. O histórico da instituição apresentado em seu sítio de internet afirma que “naquele momento, o ensino de graduação tendeu a se organizar a partir dos serviços do próprio hospital: a prestação de serviço tendeu a dominar sobre a ação pedagógica” (FAMED-UFRGS).

A reforma curricular da década de 1980 buscou responder às críticas e aos movimentos que se opunham à crescente especialização do ensino médico e defendiam a volta do profissional generalista, implantando um novo currículo que visava à formação do médico geral com ênfase em quatro grandes áreas – clínica médica, cirurgia, pediatria e gineco-obstetrícia. O novo currículo contemplou também o estudo dos aspectos sociais (disciplina de socioantropologia da saúde); a proposta de uma abordagem integral dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais; e o estímulo ao atendimento ambulatorial, comunitário e da família, através do ensino integrado multidepartamental (disciplinas de *Acompanhamento de Família*), propiciando a inserção precoce do aluno na realidade da saúde, com o objetivo de dar ênfase, no ensino, aos níveis primário e secundário de atenção à saúde. A mudança buscava também sinalizar o comprometimento com necessidades de saúde da comunidade e com a terminalidade da graduação (FAMED-UFRGS, 2005). No entanto, a instituição aponta três fatores de dificuldade nesse processo: “um referencial teórico confuso onde termos como médico geral, médico de família, médico de comunidade e prático geral foram usados como sinônimos”; o crescimento da residência médica que ocupou espaço importante no Hospital Universitário, “dificultou a integração dos alunos da graduação e a terminalidade da formação médica; e a desestruturação crescente da rede pública de saúde” o que teria dificultado a expansão do ensino na rede de postos de saúde municipais e estaduais por falta de espaços para a instauração de disciplinas como *Acompanhamento de Família* que acabaram sendo substituídas por disciplinas de *Promoção e Proteção à Saúde* (*ibid.*).

As discussões que levaram à reforma curricular de 1989 (Resolução nº 08/89 da COMCAR/MED de 20 de setembro de 1989, implantação do novo currículo de código 242.00) definiram princípios gerais orientadores do ensino de graduação em medicina:

compromisso com a melhoria da saúde da população, ação médica baseada no conhecimento científico e numa relação humana de qualidade, visão ampla do processo de saúde-doença, formação geral do médico, ensino indissociável do treinamento em serviço e da pesquisa, contato precoce do aluno com os problemas de saúde (disciplinas de *Promoção e Proteção à Saúde da Criança e do Adolescente; Promoção e Proteção à Saúde da Mulher e Promoção e Proteção à Saúde do Adulto e Idoso*) e com os serviços, integração vertical e horizontal no currículo, ensino baseado nos problemas prevalentes de saúde, desenvolvimento no aluno do hábito do estudo autônomo e da busca da auto-educação continuada, e avaliação contínua e personalizada do aluno (FAMED-UFRGS, 2005 p.43).

Com essa reforma, as disciplinas clínicas foram transformadas em estágios (com exceção da disciplina de patologia), “o que implicou uma prática pedagógica desenvolvida em pequenos grupos nos ambulatórios e na internação, numa prática de atenção particularizada ao paciente” (FAMED-UFRGS, 2005 p.44). Em 2002, outra reforma da grade curricular ampliou o internato de 12 para 18 meses, fazendo ajustes nas disciplinas e estágios das áreas clínicas pra abrir espaço a mais um semestre de internato. Em 2005, para adequação às novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de medicina, uma nova reforma instituiu o currículo Medicina atual, que passou a vigorar paralelamente ao currículo 242.00, até a extinção deste último, em 2010/1. Em 2007, houve nova expansão do internato, de 18 para 24 meses, com a finalidade de adequar o curso às DCN (que determinam internato com número de horas não inferior a 35% da carga horária total do curso).

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), hospital federal integrante da rede de hospitais do Ministério da Educação, é o hospital escola da FAMED, atuando de forma integrada ao SUS por meio de contratualização com a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (SMS-PMPA). Além do HCPA, a faculdade de medicina da UFRGS utiliza outros cenários de ensino-aprendizagem: a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (Santa Casa), a Fundação Universitária de Cardiologia (Instituto de Cardiologia) e a Rede Básica de Saúde de Porto Alegre.

O currículo atual está estruturado em 12 etapas semestrais, organizadas por disciplinas, e apresenta atividades de integração básico-clínica desde o primeiro semestre. Inclui também disciplinas de métodos de abordagem em saúde comunitária,

no primeiro semestre; promoção e proteção da saúde da criança e do adolescente, no segundo semestre; e de promoção e proteção da saúde da mulher e da saúde do adulto e do idoso, no terceiro semestre. A escola forma cerca de 70 alunos por semestre, tendendo, a partir de 2005, a um equilíbrio entre homens e mulheres, embora ainda com predomínio dos homens.

Embora o modelo de estrutura curricular, por disciplinas, da FAMED-UFRGS não se diferencie muito dos demais currículos assim organizados, esta escola se distingue pela carga horária extensa e pelo conteúdo de algumas disciplinas como, por exemplo, a de Atividades de Integração Básico-Clínica I, que inclui tópicos sobre outras culturas/racionalidades médicas no estudo da história da medicina. Além disso, a disciplina Métodos de Abordagem em Saúde Comunitária inclui, adicionalmente aos conteúdos sobre SUS, APS e ESF e vigilância em saúde, atividades continuadas (observação participante) em Postos de Saúde da ESF (não simplesmente visitas pontuais), seguidas de seminários para discussão de casos (seguindo a metodologia da aprendizagem baseada em problemas), bem como estímulos aos estudantes para participarem de reuniões do Conselho Municipal de saúde e de conselhos distritais de saúde.

A disciplina Saúde e Sociedade, prevista para o sexto semestre do curso, tem por objetivos

possibilitar, através do instrumental teórico das ciências sociais e, em especial, da antropologia médica, a compreensão dos diferentes fatores envolvidos no processo saúde-doença e a análise crítica das relações entre saúde e sociedade. A disciplina busca ainda, por meio do conhecimento antropológico, melhorar a comunicação entre médico e paciente (FAMED-UFRGS- Plano de Ensino MED05517, 2012).

A disciplina inclui, entre outros, conteúdos de antropologia médica, construção social da doença (incluindo sua relação com gênero), humanização e saúde, violência e desigualdade social, recursos de cura e terapias alternativas.

Por outro lado, a disciplina de Promoção e Proteção da Saúde da Mulher parece enfatizar o ciclo reprodutivo da mulher, embora o conteúdo inclua tópicos como “aprender a anatomia e fisiologia da mulher nas diferentes idades (achados normais)” e “identificar os problemas comuns da mulher nas diferentes idades”. A disciplina serve como introdução a Ginecologia e Obstetrícia e seu plano de ensino não faz menção às políticas de saúde da mulher. Diz a súmula:

Contato com os problemas de saúde da mulher, através de ações destinadas à promoção e proteção da saúde da gestante e do recém-nascido, considerando os fatores de risco e medidas para a sua redução ou resolução. Noções básicas de sexualidade humana; doenças sexualmente transmissíveis; câncer ginecológico e Planejamento Familiar. Promove o desenvolvimento pessoal do próprio aluno ao focar assuntos necessários a sua formação como pessoa. A aplicação se dará pelo acompanhamento de pacientes junto aos ambulatórios do HCPA, Santa Casa, Postos de Saúde e visitas domiciliares.

Durante o I Seminário Nacional do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde II – Pró-Saúde II, na oficina de avaliação, os representantes da UFRGS apontaram como dificuldades, para as mudanças pedagógicas, a baixa adesão dos docentes às práticas de formação na Atenção Básica e a persistência de um Modelo Departamental, que não favorece a integralidade das ações e da formação (DEGES, 2009).

Quadro 5 – Avaliação dos representantes da UFRGS sobre a implementação do Pró-Saúde II

Curso	Gestão do Projeto	Mudanças pedagógicas	Atividades nos serviços
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS	<ul style="list-style-type: none"> • Comissão Gestora Local está em processo de implantação. • Pouca sensibilização dos atores ao Pró-Saúde II. • Modelo envolve três “esferas de gestão (Federal, Municipal e Privado) acarretando problemas de Gestão. • CIES com baixo comprometimento com o Pró-Saúde II. • Participação de variados responsáveis pelos parceiros nas reuniões, não permitindo um processo contínuo de responsabilização e prestação de contas. • Não reconhecimento do “Con-trole Social” como cenário de formação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa adesão dos docentes as práticas de formação na Atenção Básica. • Modelo Departamental não contempla a integralidade das ações e da formação. • Baixo investimento na qualificação dos docentes. • Mudanças nos currículos são incipientes as necessidades do projeto. • Existe a necessidade de valorizar e reconhecer as ações de ensino e extensão como produção docente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atividades de ensino dissociada da prática. • Falta de compreensão por parte dos discentes e docentes do que vem ser o conceito de atenção integral.

Fonte: Relatório do I Seminário Nacional do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde II – Pró-Saúde II – Brasília – 25 e 26 de março de 2009 (DEGES, 2009).

5.2.2 Curso de Medicina – Universidade Federal de Santa Maria

O curso de graduação em medicina tem como perfil do formando egresso/profissional, o médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (UFSM, 2010).

O curso de medicina da Universidade Federal de Santa Maria foi o segundo do estado, criado em maio de 1954 como uma extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Também está entre os melhores do país, com índice 5 no ENADE e CC 4. O curso de medicina é um dos sete cursos de graduação do Centro de Ciências da Saúde da UFSM.

Destacam-se algumas mudanças curriculares na história da escola: em 1986, houve uma reforma, mas esta não alterou a estrutura do curso organizada segundo um ciclo básico e um profissionalizante, com o aprendizado centrado no hospital. Em 2000, a escola iniciou um processo participativo de discussão de uma nova reforma, envolvendo professores, alunos e funcionários da instituição, bem como a consulta a gestores da saúde do município. Dos debates e do trabalho de uma Comissão de Reforma Curricular formada por docentes e discentes resultou um projeto político pedagógico que contempla três Pilares Pedagógicos:

Pilar Humanístico: espaço curricular destinado à práxis dos saberes humanísticos da formação médica;

Pilar Técnico-científico: espaço curricular destinado à práxis dos saberes técnico-científicos da formação médica;

Pilar Social: espaço curricular destinado à práxis dos saberes sociais da formação médica (UFSM, 2010).

A nova estrutura curricular foi implementada a partir do primeiro semestre letivo de 2004 e estrutura-se em regime semestral (12 semestres), segundo Módulos e Disciplinas. Os módulos de conhecimento constituem eixos articuladores das disciplinas em torno de uma área temática específica, com vistas a estabelecer o relacionamento entre as diversas disciplinas e a integração dos conteúdos e a evitar uma visão fragmentada dos conhecimentos (UFSM, 2010).

A matriz curricular foi organizada contemplando uma parte fixa, que corresponde ao conteúdo nuclear do curso – o conjunto de conhecimentos necessários e suficientes à formação geral do médico; e outra flexível (ou complementar) que contempla disciplinas e estágios eletivos e outras atividades complementares ao longo do curso. Esta parte flexível visa a adaptar o currículo às alterações do conhecimento científico e ao avanço médico e possibilita também a inclusão de conteúdos humanísticos.

O *pilar humanístico* do currículo da UFSM tem por objetivo “desenvolver a capacidade humanística e a postura ética, necessária ao exercício da profissão médica,

através das competências, habilidades e atitudes humanísticas”⁷³. As competências, habilidades e atitudes humanísticas que o curso pretende desenvolver nos estudantes incluem:

- Compreender o ser humano nos seus aspectos **biopsicossociais**, individual e coletivamente;
- Conhecer os princípios éticos e bioéticos em medicina;
- Conhecer os múltiplos aspectos da comunicação nas relações humanas e na relação médico-paciente;
- Desenvolver a capacidade de trabalhar com seres humanos, levando em consideração os aspectos biopsicossociais, tanto individual como na coletividade;
- Atuar com postura ética;
- Comunicar-se e trabalhar com os múltiplos aspectos da relação médico-paciente;
- Atuar em equipe multiprofissional;
- Cuidar de sua própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico (UFSM, 2010).

O *pilar humanístico* organiza-se em dois grandes módulos: (1) Módulo de Desenvolvimento Humano, que se estende do primeiro ao terceiro semestre e compreende três disciplinas – Gestante, Recém-nascido e Contexto; Criança, Adolescente e Contexto; Adulto, Idoso e Contexto; (2) Módulo de Formação da Identidade Profissional, que se estende de quarto ao sexto semestre, incluindo quatro disciplinas - História da Medicina; Relação Médico-Paciente; Saúde do Estudante de Medicina e do Médico; Bioética e Deontologia Médica (UFSM, 2010).

O *pilar social* tem por objetivo “desenvolver visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde, através de competências, habilidades e atitudes sociais”⁷⁴. Tais competências incluem a compreensão dos determinantes sociais, culturais e ecológicos do processo saúde-doença, além de “conhecer a Atenção Integral da Saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência”. O pilar social organiza-se também em dois módulos – o Módulo de Saúde Pública e o Módulo de Atenção Básica à Saúde – o primeiro estendendo-se do primeiro ao quarto semestre e o segundo do quinto ao sétimo (UFSM, 2010).

⁷³ Cfe. documento Projeto Político Pedagógico – Curso de Medicina – UFSM. Disponível em: <http://w3.ufsm.br/prograd/cursos/MEDICINA/ESTRATEGIAS%20PEDAGOGICAS.pdf>. Acesso em: 13.02.2012

⁷⁴ *Idem* nota 7.

Observa-se no currículo do curso de medicina da UFSM uma ênfase nos aspectos sociais e nas políticas de saúde que podem favorecer a formação para uma atenção integral à saúde. O paralelismo entre disciplinas que abordam ciclos vitais e contexto e disciplinas de saúde pública com ênfase nos determinantes sociais da saúde, na Atenção Básica e nas Políticas de Saúde sugere um enfoque abrangente da integralidade em saúde. Um outro ponto a destacar nesse currículo, é a inclusão de um Internato Regional (IR), no qual o interno permanece dois meses em um município conveniado com a instituição, atuando na atenção primária à saúde. No entanto, o currículo ainda estrutura-se de modo tradicional, com um ciclo de formação básica, no qual se concentram as disciplinas com enfoque social e de saúde coletiva e outro de formação biomédica específica, por disciplinas, onde predomina o estudo dos sistemas orgânicos e das patologias. No que se refere à abordagem de gênero, o currículo, as ementas e os programas das disciplinas do curso de Medicina da UFSM sugerem a persistência de um enfoque materno-infantil e ênfase no ciclo reprodutivo da saúde da mulher – as disciplinas referidas especificamente à saúde das mulheres estão relacionadas à gestação e à ginecologia e obstetrícia.

A UFSM também participou do I Seminário Nacional do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde II – Pró-Saúde II, em março de 2009, e igualmente aponta resistências por parte de docentes e baixa adesão ao processo de mudanças como dificuldades do processo (DEGES, 2009).

Quadro 6 – Avaliação dos representantes da UFSM sobre a implementação do Pró-Saúde II

Curso	Gestão do Projeto	Mudanças pedagógicas	Atividades nos serviços
Universidade Federal de Santa Maria – UFSM	<ul style="list-style-type: none"> • Existe grupo interdisciplinar (docentes, discentes, Município e Controle Social) na condução do projeto. • Existe uma cartilha de divulgação do Pró-Saúde II. • Participação efetiva nas CIES Regional. • Plena Integração com o COGERE. • Gestão do projeto coletiva atendendo as demandas da IES e da SMS, com reuniões quinzenais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resistência por parte dos docentes quanto às mudanças propostas no modelo pedagógico. • Em processo a integração das grades curriculares entre os cursos. • Baixa participação dos Docentes e Discentes no processo e • Já é realizada uma Semana Acadêmica Integrada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Já ocorre a inserção dos alunos nas UBS e ESF. • Verificada a dificuldade em trabalhar em equipe em função do Modelo Hegemônico. • Existe maior inserção da Medicina e Enfermagem proporcionalmente aos demais cursos. • Carência de espaços físicos adequados para executar as ações de ensino e de assistência. • Carência de Profissionais nas UBS em algumas áreas (equipes incompletas).

Fonte: Relatório do I Seminário Nacional do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde II – Pró-Saúde II – Brasília – 25 e 26 de março de 2009 (DEGES, 2009).

5.2.3 Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Pelotas

O curso visa a formar médicos dotados de conhecimentos e proficiência que os habilitem a ampla concepção biológico-social de saúde e doença, orientando-o na prática de princípios éticos e humanitários, nos diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (Medicina- UFPEL)

A Faculdade de Medicina da UFPEL foi criada em 1963 e era conhecida, na época de sua fundação, como “Medicina Leiga”. Mantida, originalmente, pelo Instituto Pró-Ensino Superior Sul do Estado (IPESSE), foi integrada à UFPEL em 1969, embora a manutenção continuasse sob responsabilidade do IPESSE até 1978, quando sua administração passou para o controle do governo federal. A instituição oferece 98 vagas anuais e está avaliada no sistema do MEC com índice 4 no ENADE e CC 3. Ao contrário das demais escolas, a FAMED-UFPEL não disponibiliza nenhuma informação em sua página de internet sobre o projeto pedagógico do curso, matriz e organização curricular. O sistema e-MEC informa que o curso adota o regime curricular semestral e o *site* Escolas Médicas do Brasil atribui à FAMED-UFPEL metodologia de ensino tradicional.

Na relação das disciplinas que compõem o curso, uma só remete a uma integração com a saúde pública – Medicina e Comunidade -, mas não foi possível obter sua ementa nem o programa para identificar sua potencial contribuição para uma abordagem integral da saúde.

Em um documento de 2005, que resgata a história de formação da “Faculdade Leiga” até aquela data, Maria Elizabeth Urtiaga relata que,

[e]m seu Programa de Modernidade, publicado em 1997, a Faculdade de Medicina da UFPel, coloca em destaque no documento de intenções, a seguinte afirmação: **“O HOSPITAL ESCOLA É O LABORATÓRIO PRINCIPAL DO ESTUDANTE DE MEDICINA”**.

Apesar deste destaque, no seguinte parágrafo do mesmo documento, em aparente contradição, destaca como prioridade e objetivos uma formação que se propõe a:

1. formar médicos com **ampla concepção biológica social de saúde e doença** orientando-o na prática dos princípios éticos e humanitários (grifo da autora).
2. promover e incentivar a pesquisa nos vários setores por ela abrangidos.
3. propiciar especialização e aperfeiçoamento permanente, incentivando os hábitos de aprendizado continuado.

Organizada com estrutura departamental, modelo adotado por toda a Universidade, na Faculdade de Medicina o currículo é dividido em dois ciclos, um básico e outro profissionalizante que respeitam, ainda, o modelo definido pelo relatório Flexner¹ e obedecem a estrutura curricular

predominante em quase todas as Escolas Médicas do País (URTIAGA, 2005, pp.2-3).

O *website* da Faculdade de Medicina da UFPel informa que, como cenários de aprendizagem, além do Hospital Escola da universidade, o curso conta com três postos periféricos conveniados, onde os alunos desenvolvem atividades práticas. Mas não há informação sobre o tipo de prática ou sua vinculação com a atenção básica do SUS. A instituição afirma ainda que

O Hospital Escola da UFPel desempenha um papel fundamental para a aquisição destes conhecimentos práticos, tão importantes na prática médicas. Ainda que a maioria dos problemas de saúde possam e devam ser solucionados fora do ambiente hospitalar, existem situações em que a retaguarda hospitalar de alta complexidade se faz necessária para manter a vida do paciente. Em virtude disto, a experiência vivida pelos alunos no ambiente hospitalar se faz necessária.

Atualmente, o Hospital Escola encontra-se em condições de fornecer aos nossos alunos esta oportunidade, pois, não apenas dispõe de pacientes para ser tratados e acompanhados, mas também dispõe de tecnologias modernas para diagnóstico e tratamento e de ambiente adequado para troca de informação entre o corpo docente e corpo discente e a troca de experiência com outros profissionais da saúde (Faculdade de Medicina-UFPel⁷⁵, grifo nosso).

O texto da informação sugere uma ênfase na medicalização e uma abordagem docente focada na visão biomédica e nos recursos tecnológicos da medicina moderna. Mais do que isso, “dispõe de pacientes para ser tratados...” passa a ideia de “hospital-depósito”, de pacientes “insumos” para a produção de médicos.

Matéria do Departamento de Comunicação Social da UFPel, de 19 de fevereiro de 2009, informa que, naquele mesmo ano, entrou em vigência um novo currículo, mas não faz comentários sobre as mudanças ou seus objetivos. Dá destaque, no entanto, para a implantação de um ambulatório na escola de medicina e para o plano de início das obras do Hospital Escola.

A UFPel não disponibiliza em seu *website* informação sobre a estrutura curricular, ementas ou programas de disciplinas, nem sobre projeto pedagógico e práticas de ensino-aprendizagem. O texto de apresentação do curso informa que

a Faculdade de Medicina – UFPel conta com 3 postos periféricos conveniados com a comunidade onde os alunos de graduação e pós-graduação desenvolvem atividades práticas relevantes ao ensino médico atual, privilegiando as necessidades mais presentes da população e servindo de cenário prático dos problemas reais da comunidade e do próprio médico (UFPEL, 2012).

⁷⁵ Informação disponível no site da instituição: <http://www.ufpel.tche.br/medicina/principal.htm>. Acesso em 13.02.2012

No entanto, essa prática parece estar associada basicamente ao estágio curricular, que ocorre nas etapas finais do curso. As buscas na internet associando a Medicina UFPel a “currículo integrado”, “reforma curricular”, “integração básico-clínica”, “integração docente assistencial”, “atenção primária” “saúde comunitária” só devolvem resultados que remetem ao Departamento de Medicina Social da Escola. A página do departamento informa que

A atividade em APS é marca do DMS desde sua fundação, sendo desenvolvida em três unidades básicas de saúde (Posto de Saúde da Vila Municipal, Posto de Saúde do Areal e Posto de Saúde do Centro Social Urbano). Estes serviços são campo de estágio para alunos dos cursos de medicina, enfermagem e nutrição.

O ensino voltado para SF e APS inclui atividades na graduação nas disciplinas de medicina de comunidade, epidemiologia e estágio de medicina social e na Residência em Medicina Preventiva e Social. O Departamento também liderou um Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família na modalidade presencial em 2008-2009 que titulóu 80 alunos.

Criado em 1977, o Departamento de Medicina Social coordena hoje um curso de ensino à distância (EAD) de Especialização em Saúde da Família. Não há informação na página sobre as disciplinas ministradas na graduação.

A participação da UFPel no Pró-Saúde parece estar ainda limitada aos cursos de Enfermagem e Nutrição. O Conselho Municipal de Saúde de Pelotas recomendou a inclusão do curso de Medicina na fase Pró-Saúde III em elaboração em 2012 (CMSPEL, 2012). Mesmo para as outras áreas da saúde implicadas em reforma curricular, parece haver dificuldade para a mudança. Presentes ao I Seminário Nacional do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde II – Pró-Saúde II, em sua avaliação, os representantes da UFPel apontaram resistências internas ao processo de mudança pedagógica (DEGES, 2009).

Quadro 7 – Avaliação dos representantes da UFPel sobre a implementação do Pró-Saúde II

Curso	Gestão do Projeto	Mudanças pedagógicas	Atividades nos serviços
Universidade Federal de Pelotas	<ul style="list-style-type: none"> •O Coordenador do projeto participa na CIES. •Gestão do projeto é compartilhada e pactuada com a SMS. •O Projeto foi encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde aguardando aprovação 	<ul style="list-style-type: none"> •Existe resistência interna às mudanças na graduação. •Utilização de metodologia ativa no processo ensino aprendizagem. •O projeto pedagógico com ênfase na Atenção Básica (primeira turma 2009). 	<ul style="list-style-type: none"> •Profissionais da Rede de Saúde foram contratados para a Rede de Educação Permanente. •Existe espaço para troca de saberes. •Existe inserção precoce do aluno no cenário de práticas no mundo do trabalho e possibilidade de construção de trabalhos acadêmicos em espaços reais.

Fonte: Relatório do I Seminário Nacional do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde II – Pró-Saúde II – Brasília – 25 e 26 de março de 2009 (DEGES, 2009).

5.2.4 Medicina – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

O profissional egresso do Curso de Medicina desta Universidade deverá ser capaz de promover a melhoria da qualidade de vida de seus pacientes e da sua comunidade – através de atuação pautada por princípios éticos, embasada em conhecimentos sólidos e praticada com habilidade e competência (Medicina- UFCSPA).

A escola de Medicina da UFCSPA foi criada em 1961, com o nome de Faculdade Católica de Medicina de Porto Alegre. Em 1980, a faculdade foi transformada em fundação federal (Fundação Faculdade de Ciências Médica de Porto Alegre e, em 2008, tornou-se uma universidade, com a denominação atual de Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e incluindo novos cursos na área da saúde.

O curso de medicina da UFCSPA está entre os mais qualificados do país, com índice 5 no ENADE e CC também 5. Está estruturado em seis séries anuais, as quatro primeiras correspondendo às disciplinas básicas e clínicas, e os dois últimos anos (5ª e 6ª séries), dedicados ao internato, no qual os alunos fazem rodízios obrigatórios nas áreas de Medicina Interna, Cirurgia, Medicina Comunitária, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia.

Segundo o *website* da instituição, a matriz curricular está orientada pelas DCN para graduação em medicina. A página do curso na internet informa, além disso, que “as atividades propostas indicam conteúdos nucleares, desenvolvidos em diferentes disciplinas, que compõem até 75% da formação do aluno”. Compreendem conteúdos, atitudes e habilidades fundamentais para a formação do médico, os quais são definidos a partir dos problemas mais frequentes da população. Incluem, ainda, conteúdos vinculantes, desenvolvidos em atividades transdisciplinares e conteúdos complementares, desenvolvidos de forma eletiva pelos alunos (Medicina – UFCSPA).

Não há, no entanto, nenhuma informação que permita identificar um possível enfoque *transdisciplinar* – um currículo organizado de forma totalmente tradicional, com apenas duas disciplinas com potencial de abordagem social (carga horária total de 120 horas equivalente a 1% em um currículo de 9.353 horas) e, ao que permitem inferir os cenários de aprendizagem informados, nenhuma integração com a atenção primária à saúde (APS).

Os relatórios de gestão da UFCSPA de 2010 e 2011, no tópico que explicita as ações de inclusão de disciplinas de humanidades nos cursos de graduação, dão conta

de que o curso de medicina não prevê nenhuma dessas. É interessante observar, nos dois relatórios, o “silêncio” quase absoluto em relação ao curso de medicina no que concerne à recomendação das adaptações curriculares às DCN, que leva a supor a existência de resistências internas. O relatório 2010, na avaliação da atividade “Tornar obrigatórias as disciplinas de humanidades nos cursos de graduação” informa que:

Foi realizado um levantamento das disciplinas da área de humanidades que fazem parte do currículo obrigatório dos **oito cursos de graduação** oferecidos pela UFCSPA em 2010. Constatou-se que as disciplinas obrigatórias de responsabilidade do Departamento de Educação e Informação em Saúde, da Área de Humanidades são:

- Curso de Biomedicina (nova matriz curricular) – História das Ciências da Saúde, Sociologia e Antropologia da Saúde, Educação e Comunicação em Saúde, Metodologia de Ensino = 04 disciplinas
- Curso de Enfermagem – História das Ciências da Saúde, Sociologia e Antropologia da Saúde, Filosofia da Ciência, Ética e Bioética, Educação para a Saúde I e II, Redação Acadêmica = 07
- Curso de Farmácia - História das Ciências da Saúde, Sociologia e Antropologia da Saúde, Filosofia da Ciência, Bioética, Redação Acadêmica = 05
- Curso de Fisioterapia - História das Ciências da Saúde, Sociologia e Antropologia da Saúde, Fundamentos Pedagógicos em Fisioterapia = 03
- Curso de Fonoaudiologia - Ética e Bioética = 01
- Curso de Nutrição – Antropologia e Sociologia Alimentar, Educação Alimentar e Nutricional = 02
- Curso de Psicologia – Introdução à Sociologia e Antropologia da Saúde, Português instrumental e Redação científica, Saúde Mental e Educação = 03

Convém destacar que o Curso de Biomedicina em sua reestruturação curricular (que contou com assessoramento da coordenação de Ensino e Currículo em 2009), passou de uma disciplina obrigatória a quatro disciplinas obrigatórias da área de humanidades. E, o Curso de Farmácia implantado em 2010 iniciou já oferecendo 05 disciplinas da área de humanidades.

Tais ações apontam avanços na oferta de disciplinas obrigatórias da área de humanidades nos cursos oferecidos na UFCSPA (UFCSPA, 2010 p.41, grifo nosso)

O curso de medicina está omitido – o relatório menciona oito cursos, mas só discrimina sete. O relatório referente a 2011 repete a mesma informação, porém, desta vez, incluindo o curso de medicina assim:

- Curso de Medicina = 00 (nenhuma disciplina obrigatória até o momento)

[...]

Durante o ano de 2011 foram realizados estudos e análises das possibilidades de inclusão de disciplinas obrigatórias da área de humanidades nos cursos de graduação e feito um projeto de implantação de disciplinas para 2012 (UFCSPA, 2011 pp.34-35).

Com relação à integração docente-assistencial no âmbito da APS, o relatório de 2011 informa sobre a assinatura de um convênio com a Secretaria Municipal de Saúde

(SMSO e o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), no final de 2011, definindo o território da Zona Norte/Eixo Baltazar de Porto Alegre como o Distrito Docente Assistencial da UFCSPA (*ibid.* p.37). Mas não é feita referência a quais cursos desenvolverão atividades docente-assistenciais nas unidades de saúde dessa região. A julgar pelo conteúdo referente à Medicina no Plano de Metas dos Cursos de Graduação da UFCSPA (2012), este curso não será um deles. O plano prevê para o período 2011-2014, a reestruturação curricular do Curso de Medicina, de forma a estabelecer “linhas de ação pedagógica comuns a todas as séries”, “ampliar o uso das metodologias ativas utilizadas no processo de ensino-aprendizagem”, “aprimorar a integração entre as disciplinas do curso” qualificando a horizontalidade e a verticalidade no currículo, entre outras propostas voltadas ao aprimoramento de competências e implantação de um laboratório de habilidades específicas.

O curso de medicina possui uma ênfase evidente na formação para a pesquisa, com várias súmulas reforçando sua importância. O currículo, organizado em disciplinas e obedecendo a uma clara divisão básico-clínica, e a descrição de perfil do egresso sugerem um enfoque biomédico clássico, sem nenhuma ênfase em integralidade e, menos ainda, um foco em gênero. O curso conta com uma disciplina Medicina e Comunidade e outra Medicina Social, mas as ementas reforçam o caráter “especialista” da formação e a falta de uma abordagem social: “a ênfase da disciplina é no cuidado médico baseado em evidência, nas doenças de impacto social e nos sistemas e políticas de saúde. Conhecer a especialidade de Medicina de Família e Comunidade” (UFCSPA-Sala de aula virtual: Cursos⁷⁶).

Contudo, no conjunto oferecido de atividades complementares, o qual inclui as disciplinas não obrigatórias, encontram-se disciplinas como: “Ciência, Saúde e Espiritualidade: um enfoque histórico-antropológico”, “Violências nos Ciclos da Vida”, “Gênero, Sexualidade e Cinema”, “Gênero, Sexualidade e Saúde”, “Saúde, Violência e Vulnerabilidades Sociais”, além de outras associando saúde e literatura, saúde, cinema e filosofia, em meio, é claro, a diversas de especialidades médicas (UFCSPA-Sala de aula virtual: Cursos). Além disso, há dois grupos de pesquisa na instituição –

⁷⁶ Disponível em: < <http://moodle.ufcspa.edu.br/course/category.php?id=1>>. Acesso em 14.04.2012

“Enfrentamento de Violências” e “Humanidades e ciências da saúde: perspectiva multidisciplinar” – que contam com a participação de alunos da graduação.

A UFCSPA não havia participado ainda dos programas do governo federal de estímulo à reestruturação curricular, mas teve seu projeto selecionado no mais recente edital do Pró-Saúde.

5.2.5 Medicina – Universidade Católica de Pelotas

A Medicina é a área do conhecimento humano ligada à sustentação e à restauração da saúde. Num sentido amplo, corresponde à profissão que atua na prevenção e na cura de doenças que acometem o ser humano. Totalmente de acordo com as exigências curriculares do Ministério da Educação (MEC), a graduação atende à formação generalista, humanista e ética, despertando o lado crítico e reflexivo dos acadêmicos e aproximando-os da realidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Criado em 1962 e reconhecido em 1968, o curso de Medicina da Universidade Católica de Pelotas faz parte do Centro de Ciências da Vida e da Saúde. Segundo informa a instituição, a graduação em medicina está estruturada em conformidade com as DCN e “atende à formação generalista, humanista e ética, despertando o lado crítico e reflexivo dos acadêmicos e aproximando-os da realidade do Sistema Único de Saúde (SUS)”. O curso apresenta índice ENADE 4 e CC 3 e disponibiliza 100 vagas anuais. Utiliza como hospital escola o Hospital Universitário São Francisco de Paula.

A Faculdade enfrentou uma crise séria em 1999, quando foi avaliada com conceito a nota mínima no Enade e foi ameaçada de fechamento pelo MEC. Depois disso realizou investimentos e reestruturou seu currículo enfatizando a medicina comunitária. Apesar disso, estudo realizado por Abreu (2009), comparando métodos ativos e tradicionais de ensino médico, traz na fala de um dos professores da Medicina UCPel o testemunho de que as mudanças propostas não estavam ainda consolidadas. Ao ser interrogado sobre as práticas pedagógicas adotadas, o professor responde que

[n]ão é uma coisa [mudanças pedagógicas] que nesse momento seja o carro chefe. Nós estamos num momento anterior a esse. Uma coisa que, por exemplo, não havia e passou a haver, nos últimos três anos: não havia reuniões clínicas, reuniões clínicas em que todos os professores participassem, todos os professores emitissem sua opinião. Então, nós estamos num momento muito mais de construção de um grupo (...) isso como uma coisa do grupo, de pessoas estudando, a questão de metodologia, de pedagogia, não é uma coisa do grupo no momento (Prof. Darci/UCPEL [nome fictício] *apud* ABREU, 2009, p. 50).

Em sua pesquisa, Abreu evidencia, na fala dos professores, as resistências às mudanças e a persistência de uma prática pedagógica tradicional na UCPEL e o pouco espaço para o protagonismo discente no processo ensino-aprendizagem (ABREU, 2009).

O currículo do curso está estruturado em seis séries anuais, das quais as duas últimas correspondem ao internato que compreende rodízios obrigatórios nas áreas de medicina intensiva e emergência, clínica cirúrgica, clínica médica, saúde coletiva, ginecologia e obstetrícia, pediatria e estratégia de saúde da família. Segundo a instituição, o exercício do trabalho interdisciplinar nos cursos do Centro de Ciências da Vida e da Saúde possibilita que mais de 450 acadêmicos das áreas de Medicina, Serviço Social, Psicologia, Fisioterapia e Enfermagem trabalhem na prestação de serviços às comunidades, principalmente por intermédio do Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP).

A matriz curricular se apresenta de forma distinta do modelo tradicional por disciplinas, com unidades agregadas, e contempla, nas duas primeiras séries, disciplinas de humanidades e atividades complementares gerais e específicas. No entanto, a simples agregação de disciplinas em módulos ou unidades não significa um rompimento com o modelo tradicional nem assegura a interdisciplinaridade (como aponta Santos (2009) em um estudo sobre outra escola médica. Nas disciplinas de humanidades há um forte enfoque da ética religiosa católica, como se pode observar no plano de ensino e bibliografia da disciplina de “Antropologia Médica” e na disciplina de “Teologia e Saúde”. O currículo contempla, ainda, uma disciplina de Bioética, decrita na ementa como “[a]nálise crítica, compreensão e contextualização dos avanços técnico-científicos na área da saúde e de suas implicações éticas, à luz da ciência, em diálogo com a fé cristã” e cujo plano de ensino inclui o aborto como um dos tópicos de estudo (UCPel, 2004).

Como cenários de aprendizagem, a UCPel utiliza, além do Hospital Universitário São Francisco de Paula, três Unidades Básicas de Saúde, próprias da instituição, localizadas em bairros da periferia do município e, também, o Ambulatório do Campus da Saúde.

Em sua avaliação, durante o I Seminário Nacional do Pró-Saúde II, os representantes da UCPel mencionaram um novo currículo com maior integração entre

disciplinas e docentes e, como dificuldades, falta de capacitação do docente para as mudanças propostas (DEGES, 2009).

Quadro 8 – Avaliação dos representantes da UCPel sobre a implementação do Pró-Saúde II

Curso	Gestão do Projeto	Mudanças pedagógicas	Atividades nos serviços
Universidade Católica de Pelotas	<ul style="list-style-type: none"> •O Convênio foi assinado recentemente. •A CGL está articulada. •Os atores já foram envolvidos e •Relação com a CIES é ainda incipiente. 	<ul style="list-style-type: none"> •Existe um novo currículo com maior integração entre disciplinas e docentes. •Currículo dos cursos de acordo com as DCN. •Existem disciplinas comuns entre os cursos e em processo inicial de integração das turmas. •Falta capacitação do docente para a nova realidade. 	<ul style="list-style-type: none"> •Existe uma inserção precoce do discente nas UBS. •Existe resistência inicial dos profissionais da rede de saúde. •Pouco contato com as Equipes de Saúde da Família. •Alunos nas UBS sem integração multiprofissional.

Fonte: Relatório do I Seminário Nacional do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde II – Pró-Saúde II – Brasília – 25 e 26 de março de 2009 (DEGES, 2009).

5.2.6 Medicina – Universidade de Caxias do Sul – UCS

O curso visa a formar o médico generalista apto a resolver os problemas prevalentes de saúde nos níveis primário, secundário e terciário. (UCS, 2009).

O curso de graduação em medicina da UCS foi criado em 1968, é o único curso de medicina da região da serra gaúcha e oferece 70 vagas por ano. O curso alcançou nota 4 no ENADE e Conceito de Curso 3 pelo MEC. Desde sua criação, passou por diversas mudanças curriculares, as últimas delas voltadas à adequação às DCN para graduação em medicina. Segundo a própria instituição, a UCS é uma universidade comunitária, bastante vinculada às questões sócio-políticas da região, de modo que o currículo busca adaptar-se à realidade regional. A estrutura curricular e proposta político-pedagógica vigentes foram implementadas a partir de 2002, tendo por base as Diretrizes Curriculares Nacionais. A instituição teve seu projeto selecionado pelo Programa Pró-Saúde do Governo Federal, em 2005, o que possibilitou estabelecer condições técnicas e de infraestrutura para a implementação das unidades de ensino médico (UEM) e as atividades teórico-práticas nos serviços dos sistemas municipais de saúde (UCS, 2009).

O curso, organizado em etapas semestrais, compreende três ciclos distintos de ensino. O primeiro, que se estende durante os três primeiros semestres, é composto,

segundo informa a instituição, por estudos interdisciplinares gerais biomédicos e humanistas, e utiliza como cenários de aprendizagem os espaços de ensino da UCS (salas e laboratórios, algumas Unidades Básicas de Saúde, o Ambulatório Central da UCS e outros serviços da rede municipal. O segundo ciclo compreende estudos interdisciplinares desenvolvidos segundo os eixos da saúde do adulto e do idoso, da criança e do adolescente e da saúde coletiva, estendendo-se por cinco semestres. Os cenários de aprendizagem desse ciclo são os espaços de ensino da UCS (salas e laboratórios), Unidades Básicas de Saúde, o Ambulatório Central da UCS, o Hospital Geral e outros serviços da rede municipal. O terceiro ciclo é composto por estudos interdisciplinares em regime de internato, desenvolvidos ao longo dos quatro últimos semestres, envolvendo as áreas de atenção à saúde do adulto e do idoso, atenção à saúde da criança e do adolescente, atenção ambulatorial básica e especializada, atenção às urgências e emergências, além de estágios optativos. Os cenários de prática são: Unidades Básicas de Saúde, Ambulatório Central, CAPS, Postos de Atendimento 24h, SAMU, Hospital Geral, Hospital Pompéia, demais serviços do sistema de saúde municipal, outros serviços do sistema regional e estadual (UCS, 2009).

Conforme aponta Naiane Santos (2009), em um estudo sobre avaliação na educação médica frente às DCNs, tendo por objeto a Medicina da UCS, a nova proposta pedagógica previa um processo de ensino-aprendizagem que proporcionasse um espaço de interação entre professores e alunos, valorizando o protagonismo desses últimos nesse processo. Mas, para que isso ocorra, há necessidade de se rever os papéis atribuídos a cada ator envolvido no processo. Santos observa, ainda, em relação aos ciclos construídos no novo projeto pedagógico, que o agrupamento de disciplinas em UEMs por si só não assegura a interdisciplinaridade. Segundo a autora,

[o]s ciclos relacionam-se com a distribuição das Unidades de Ensino Médico, a distribuição de atividades com características humanísticas e instrumentais e com a dispersão de atividades de ensino relativas à Atenção Primária à Saúde (APS) em todos os semestres. [...] a dispersão de atividades de ensino relativas à APS em todos os semestres foi planejada como uma disciplina longitudinal, não como dispersão de atividade de ensino em todas as disciplinas, o que a tornaria transversal à formação dos estudantes e ao desenvolvimento do curso ou como objetivo da educação médica, segundo propõem as DCN/Medicina (SANTOS, 2009, p.43).

Em sua pesquisa, Santos detecta ainda vários aspectos introduzidos nas DCN que, embora enunciados no projeto pedagógico, não estão inseridos formalmente no

currículo nem no sistema de avaliação da Escola, entre eles, a ênfase na formação generalista, o foco na promoção e prevenção da saúde, a habilidade para o trabalho em equipe multiprofissional.

Segundo Claus e Godoy, membros do Colegiado do Curso de Medicina e do Núcleo de Pedagogia Universitária da UCS,

O ensino das UEM prioriza o estudo diagnóstico, preventivo e terapêutico de agravos de saúde prevalentes na comunidade regional, mas também propicia o conhecimento de temas não prevalentes, desde que integrados ao conhecimento médico. O estatuto de Unidade é dado pela agregação de conteúdos afins, oriundos dos conteúdos mínimos exigidos para os Cursos de Medicina, apontados pelas Diretrizes Curriculares, que se somam a outras vertentes do conhecimento médico, tais como a visão humanista e social do ato médico (CLAUS; GODOY, 2005).

Esses docentes informam ainda que “outra iniciativa relevante é a ampliação da Saúde Coletiva, como campo de conhecimentos e como área transversal à formação médica e dos demais profissionais de saúde”. No entanto, assim como identificado por Santos (2009) em seu estudo, o plano curricular não reflete esses enunciados e sugere uma organização ainda tradicional do curso. A falta de informação sobre ementas e planos de ensino das disciplinas não permite verificar a afirmação de que o enfoque de saúde coletiva seja uma perspectiva transversal.

O portal da instituição na internet oferece informação mínima, privilegiando dados sobre infraestrutura da escola e investimento financeiro para o curso, ao invés de informação sobre projeto pedagógico e ementas das disciplinas. Na página “sobre o curso” os *links* como “avaliação das condições de ensino” e “desempenho no ENADE” não funcionam.

5.2.7 Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Rio Grande – FAMED-FURG

O Curso de Medicina da FURG visa formar médicos aptos a pensar, refletir e agir em forma adaptada à demanda da sociedade, através do aprimoramento do novo currículo e da integração Universidade – SUS (FURG, 2008).

A Faculdade de Medicina do Rio Grande foi criada em 1966, por iniciativa de um grupo de médicos da cidade, antecedendo à criação da Universidade de Rio Grande. Esta foi instituída em 1969, pela união da Faculdade Federal de Engenharia Industrial, a Faculdade de Ciências Políticas e Econômicas e a Faculdade de Direito Clóvis Bevilácqua. Em 1971, ao ser reconhecida oficialmente por Decreto Federal, a

Faculdade de Medicina passou a integrar a URG (que tinha por mantenedora a Fundação Universidade de Rio Grande-FURG, entidade de direito privado). Em 1976, a URG foi integrada ao sistema federal de ensino (FAMED-FURG, 2011).

Em termos de avaliação, a escola apresenta índice 4 na ENADE e CC também 4 (Dados e-MEC, 2012). O curso de medicina da FURG passou também por diversas reestruturações com vistas a adequar o currículo às necessidades acadêmicas e às DCN. Em 2005, a instituição teve seu projeto aprovado pelo Programa Pró-Saúde, para desenvolver mudanças curriculares e pedagógicas voltadas a adequar o curso à formação de um profissional generalista, apto a atender as necessidades do SUS. Atualmente o currículo está estruturado em seis séries anuais, compreendendo um ciclo básico, um ciclo profissionalizante e um ciclo de estágio curricular. O primeiro ciclo, de formação básica, tem duração de um ano e compreende as disciplinas de Informação em Ciências da Saúde, Anatomia Humana, Histologia, Genética Médica, Fisiologia Humana, Bioquímica Médica, Biofísica Médica e as atividades curriculares integradas: Relação Médica, Teoria Geral da Saúde e dos Sistemas de Atenção e Concepção e Gestação. A justificativa para a inclusão desta última, que   peculiar   FAMED-FURG,   que “diante da necessidade de reformula o do currículo do curso de Medicina, após exaustivos estudos da comissão de curso, foi definido o ciclo da vida como norteador deste. Como este ciclo começa com a concep o, esta deu origem   disciplina *concep o e gesta o*”⁷⁷. A ementa da atividade a descreve como “aquisi o e compreensão da concep o em todos os sentidos: anat micos, histológicos, fisiológicos, embriológicos, bioquímicos, imunológicos, epidemiológicos bem como os conhecimentos sociais, éticos e psicológicos”, o que não esclarece muito sobre sua abordagem (FAMED-FURG, 2011).

As atividades curriculares integradas (ou integradoras) se distinguem das demais disciplinas por seu caráter prático, voltado   integra o básico-clínica e a inser o precoce do estudante nos serviços da aten o primária   saúde, particularmente na ESF (FURG, 2008).

⁷⁷ Segundo Prof^a Carla Vitola Gonçalves, descri o da disciplina no Moodle: <<http://www.moodle.sead.furg.br/course/category.php?id=77>>. Acesso em 20.02.2012.

O segundo ciclo, chamado profissionalizante, tem duração de três anos e inclui as disciplinas da clínica médica e especialidades, deontologia, bioética, epidemiologia, planejamento e gestão em saúde entre outras. Segundo a FAMED-FURG (2011), apesar da estrutura ainda baseada na divisão disciplinar, a transdisciplinaridade é viabilizada por meio de atividades denominadas “Atividade Curricular Integrada – ACI”.

O plano de ensino da disciplina ACI – Relação Médica, explica que

os cenários de atuação da ACI serão as unidades básicas da Estratégia de Saúde da Família (PSF).

A interação do ensino com os serviços de saúde privilegiará o enfoque biológico, social e bioético. O processo educacional estará centrado no trabalho das equipes de saúde da família. No processo educacional serão utilizadas metodologias ativas/interativas de ensino e aprendizagem que propondo desafios concretos a serem superados possibilitarão aos acadêmicos a resolução de problemas e a construção do conhecimento baseado nos conhecimentos e experiências prévias (FAMED-FURG, 2011).

O terceiro ciclo do curso consiste no rodízio de estágios curriculares, com duração de 21 meses, realizados em serviços próprios ou conveniados, compreendendo obrigatoriamente as áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva, além de duas áreas optativas e incluindo atividades nos três níveis de atenção à saúde – primário, secundário e terciário – em cada área (FAMED-FURG, 2011).

5.2.8 Faculdade de Medicina – Universidade de Passo Fundo

O bacharel em medicina ou médico atua de forma generalista na promoção da saúde, na prevenção e no tratamento de doenças e na reabilitação do ser humano. Realiza procedimentos clínicos e cirúrgicos em ambulatório e atendimento inicial das urgências e das emergências em todas as fases do ciclo biológico. Avalia, sistematiza e decide as condutas mais adequadas baseadas em evidências científicas. Encaminha casos para as especialidades médicas, de acordo com a organização do Sistema Único de Saúde do país. Em sua atividade gerencia o trabalho e os recursos materiais, de modo compatível com as políticas públicas de saúde. Atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo e da comunidade, primando pelos princípios éticos e de segurança (Medicina-UPF).

O curso de Medicina da UPF foi criado em 1970 e está bem colocado no ENADE, tendo alcançado índice 5 na última avaliação. Seu conceito de curso pela avaliação do MEC é 3 (Dados e-MEC, 2012). O curso oferece 80 vagas anuais e está estruturado em 12 semestres letivos, cada um consistindo de módulos, alguns ditos multidisciplinares, outros interdisciplinares. Os quatro últimos semestres são módulos de internato que

compreendem obrigatoriamente as áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Epidemiologia, Saúde Coletiva, Imagenologia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Emergências Médicas, e uma eletiva.

A UPF teve projetos aprovados nas seleções do Pró-Saúde de 2005 e de 2007. Desses projetos resultou a inserção dos módulos de Saúde Coletiva no currículo e a consolidação das mudanças curriculares voltadas à adequação às DCN. O projeto Pró-Saúde 2006 teve como objeto a cooperação técnica, científica, educacional e cultural entre a UPF e a Prefeitura Municipal de Passo Fundo (PMPF), visando ao desenvolvimento da integração docente-assistencial, por meio da execução conjunta de programas e projetos e da prestação de serviços em saúde, com ênfase na Atenção Básica (UPF, 2007).

O currículo do curso de Medicina da UPF se destaca pela ênfase em Saúde Coletiva, que integra os oito semestres de formação básico-clínica e mais dois semestres de internato. Os módulos de Saúde Coletiva perpassam todo o currículo, de forma longitudinal (ou seja, aparentemente não integrada às demais disciplinas), e sinalizam uma integração com o SUS e com as políticas de saúde.

Durante o encontro de avaliação do Pró-Saúde, os representantes da UPF só destacaram pontos positivos da implementação (DEGES, 2009).

Quadro 9 – Avaliação dos representantes da UPF sobre a implementação do Pró-Saúde II

Curso	Gestão do Projeto	Mudanças pedagógicas	Atividades nos serviços
Universidade de Passo Fundo	<ul style="list-style-type: none"> •A revisão do Regimento Interno pela inserção do Pró-Saúde II e do PET-Saúde em processo. •O Grupo executivo é formado por docentes, discentes, a gestão municipal, Controle Social, Tutores, Preceptores, •Monitores e representantes do CIES . •É estudada a ampliação da Comissão Gestora Local do Pró-Saúde II. 	<ul style="list-style-type: none"> •Está em processo de reformulação todos os currículos da área da Saúde. •A reforma curricular visa contemplar as políticas estratégicas prioritárias do SUS. •Foi criado o Núcleo de Integração dos Cursos da área da Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> •Existem ações multidisciplinares e específicas de cada curso. •É possibilitado ao aluno a partir do conhecimento teórico-prático, que proponha formas de intervenção a serem avaliadas, juntamente com seu percurso no serviço.

Fonte: Relatório do I Seminário Nacional do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde II – Pró-Saúde II – Brasília – 25 e 26 de março de 2009 (DEGES, 2009).

5.2.9 Faculdade de Medicina – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – FAMED-PUC/RS

A Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul tem como missão “educar e formar profissionais que pratiquem a Medicina, embasada nos valores e princípios da competência técnica, desenvolvimento científico, humanístico e comprometimento ético-social”.

A proposta pedagógica está estruturada para formar médicos com atitudes crítica e reflexiva, capacitados a atuarem no processo de saúde-doença, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

A Faculdade de Medicina de PUC-RS foi criada em 1969, tendo iniciado as atividades do curso em 1970. A instituição oferece 74 vagas por ano e apresenta bons índices de avaliação, com nota 4 no ENADE e Conceito de Curso também 4. Seu currículo está estruturado por semestres, consistindo de 12 níveis. Os dois primeiros, básicos, contemplam disciplinas de abordagem multidisciplinar e de aproximação à prática médica, utilizando cenários de aprendizagem diversos que incluem o Hospital São Lucas (hospital escola da FAMED-PUC-RS), Centro de Saúde Comunitário, Hospital Psiquiátrico, PSF e outros. Contemplam ainda discussão de casos clínicos sob a perspectiva bioética. Os níveis três a oito têm ênfase na formação clínica, mas mantêm algumas disciplinas de abordagem multidisciplinar e incluem disciplinas de saúde coletiva.

Disciplinas de aproximação à prática médica consistem em visitas aos diferentes cenários de prática, seguidos de grupos de reflexão sobre as experiências e alguns encontros de conteúdo teórico. As disciplinas de Saúde Coletiva apresentam, além de temas relativos a sistemas de saúde no mundo, ao SUS, à atenção primária em saúde e a ESF, também um módulo de conteúdo sociológico, incluindo questões de desigualdade social, violência e abuso de drogas e seus impactos na saúde. Com relação à saúde da mulher, constam do currículo duas disciplinas – Saúde Materno-Infantil e Saúde da Mulher e Materno-Infantil. A ementa da primeira, de saúde *materno-infantil*, curiosamente descreve assim a disciplina:

Capacitação do aluno para atividade preventiva e assistencial **da mulher em todos os seus ciclos da vida** e também da criança nas situações normais e patológicas. O ensino compreende teoria e prática, com discussões bioéticas complementares (PUC-RS,2012a, **grifo nosso**).

A outra disciplina, Saúde da Mulher e Materno-Infantil, apresenta a seguinte ementa:

A disciplina propõe o estudo integral do **aparelho genital e da mama feminina**, entendimento acerca do desenvolvimento e atenção básica à saúde da criança, bem como desenvolver capacidade para reconhecimento dos **aspectos etiopatogênicos, morfológicos e funcionais das diversas doenças da mulher** e da criança. Além do julgamento clínico ou cirúrgico, pretende-se que o aluno desenvolva habilidades nos aspectos psicológicos e bioéticos do atendimento (PUC-RS,2012b, **grifo nosso**).

Pode-se observar dessas ementas e conteúdo dos programas, que a saúde da mulher não se descola de sua “missão” materna. Além disso, como é próprio do modelo biomédico, a formação está focada ou no desempenho do sistema reprodutor e eventuais riscos ao processo de gestação e parto, ou na doença, sem consideração dos aspectos de promoção e prevenção da saúde. Pode-se inferir dessas ementas que não há espaço para a subjetividade da mulher, para o ser humano e as condições que afetam sua saúde. Saúde da mulher é sinônimo de saúde materno-infantil “em todos os seus ciclos de vida”. Essa inconsistência, aliás, sugere uma tendência que parece, infelizmente, não estar limitada a este caso – a de inserir, no discurso, termos afinados com as DCN, como se isso bastasse para configurar uma mudança, não havendo sequer a preocupação de que esses termos façam sentido no todo.

Além do evidente foco materno-infantil, essa instituição, a exemplo de outras confessionais e diversamente das públicas coloca em pauta a temática da interrupção da gravidez, como indica o programa da disciplina de Filosofia e Bioética que tem, entre seus objetivos:

- conhecer, refletir e debater sobre temas avançados da medicina e da odontologia tais como: o começo da vida do ser humano e seu direito à vida, a interrupção da gravidez, a reprodução assistida, a experimentação em seres humanos, o transplante de órgãos, a engenharia genética, o tratamento de pacientes terminais e a eutanásia⁷⁸;

Por óbvio, em vista da conhecida posição da Igreja Católica ante essa questão, sua abordagem não será favorável à autonomia da mulher, nem fará menção às normativas e legislação permissivas da interrupção da gravidez vigentes no Brasil.

A falta de uma proposta de abordagem integral da saúde e o foco biomédico na doença ficam evidentes também nos planos de ensino das três disciplinas de práticas em saúde do adulto e do idoso. Estas apresentam, na verdade, um elenco considerável de doenças, e parecem não reservar espaço para a inclusão/discussão de

⁷⁸ Cfe. página da disciplina na internet:<<http://www.pucrs.br/bioetica/index.php?url=ementa>>. Acesso em 05.07.2012.

determinantes sociais de seu desenvolvimento nem para as diferenças com que se manifestam em homens e mulheres. É importante observar, também, que essas disciplinas se realizam em sua maior parte no ambiente hospitalar.

Além do Hospital São Lucas, a instituição possui um Centro de Extensão Universitária na Vila Fátima, onde se realizam atendimentos ao nível de atenção primária à saúde e que serve como um dos cenários de aprendizagem da graduação, especialmente nas disciplinas de saúde coletiva, que ocorrem a partir do quarto semestre.

A FAMED-PUC/RS foi uma das 19 instituições participantes do PROMED, de 2002, o primeiro programa lançado pelo Governo Federal de apoio a mudanças curriculares no ensino médico. Participou também do Pró-Saúde II, lançado em 2007. Durante o Seminário da avaliação do programa, em 2009, os representantes da instituição não apontaram problemas, levando relatos positivos de avanço do projeto (DEGES, 2009).

Quadro 10 – Avaliação dos representantes da PUC-RS sobre a implementação do Pró-Saúde II

Curso	Gestão do Projeto	Mudanças pedagógicas	Atividades nos serviços
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul	<ul style="list-style-type: none"> • Fase de implantação da Comissão Gestora – dia 14 de abril de 2009 será a primeira reunião com frequência mensal. • Em processo de readequação dos projetos após o corte. Ação realizada pela IES/SMS (15 projetos, 8 cursos e 15 cenários de práticas). • Formação de um “QG” com equipamentos que servirão de banco de dados do projeto para estudos permanentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oito cursos atuando integradamente os conteúdos através da tutoria multiprofissional do PET-Saúde. • Existência de disciplinas e estágios vinculados ao problema de saúde em diferentes cenários de prática e do controle social e Diretrizes curriculares novas direcionadas à Atenção Básica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os alunos acompanham as atividades de grupos multidisciplinares nos serviços. • O método utilizado para os trabalhos é o da “Problematização”

Fonte: Relatório do I Seminário Nacional do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde II – Pró-Saúde II – Brasília – 25 e 26 de março de 2009 (DEGES, 2009).

5.2.10 Medicina – Universidade Luterana do Brasil – ULBRA

O profissional formado pela Universidade deverá apresentar o perfil de um médico generalista, com sólida formação geral, portador de competências, conhecimentos, habilidades e posturas que o capacitem a diagnosticar e tratar corretamente as patologias mais comuns ou urgentes em seu meio de atuação, comprometido com trabalho médico centrado na ética, na integridade moral e na responsabilidade social (Medicina – ULBRA).

O curso de medicina da ULBRA foi criado em 1996 e, em razão do desempenho insatisfatório nas avaliações do MEC, sofreu medidas cautelares e redução no número de vagas que pode ofertar. Seu requerimento de renovação do reconhecimento do curso está atualmente sob análise do MEC. Na última avaliação, a escola apresentou nota 3 no ENADE e recebeu do MEC Conceito Preliminar de Curso (CPC) também 3, considerado satisfatório. O curso oferece atualmente 60 vagas anuais (a metade do que disponibilizava) e está estruturado em 12 etapas semestrais. Como cenários de aprendizagem, a instituição utiliza, além do Hospital Universitário da ULBRA (o qual, desde 2011, está sob gestão administrativa do Sistema Mãe de Deus⁷⁹), unidades do SUS e instituições conveniadas que mantenham programas de Residência Médica credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

As informações disponíveis no sítio de internet da instituição apontam como objetivo do curso

formar médicos generalistas com competências, conhecimentos, habilidades, valores e atitudes que lhes permitam atender às necessidades de seus pacientes quanto à saúde no seu conceito mais amplo, englobando a família e a comunidade, estando apto a desenvolver formação especializada se assim o desejar (ULBRA, 2012).

A instituição aponta, ainda, objetivos específicos, assim definidos:

- Atribuir ênfase preferencial à metodologia do estudo dos problemas de saúde das comunidades em seu conjunto e da família, mantidas as preocupações com a atenção ao indivíduo;
- Apropriar-se de conceitos e princípios derivados do conhecimento das ciências naturais, sociais e humanas, dentro de uma filosofia de tratamento global do ser humano;
- Desenvolver habilidades para obter informações relativas ao paciente e para estabelecer, com este vínculo, tanto o diagnóstico como a terapêutica;
- Desenvolver a capacidade de aplicar métodos científicos na análise e síntese de problemas como forma de ampliação dos conhecimentos;
- Adquirir o hábito de publicar suas observações e experiências para que possam ser divulgadas e assimiladas pela coletividade científica;
- Desenvolver a capacidade de identificar e avaliar com espírito crítico a literatura relevante e a evidência clínica;
- Conhecer os elementos alternativos da medicina convencional (ULBRA, 2012).

Aqui, também, se pode observar uma preocupação em inserir termos que atendam às Diretrizes Curriculares Nacionais, os quais, no entanto, quando se

⁷⁹ Em janeiro de 2011, o Sistema de Saúde Mãe de Deus assumiu a gestão assistencial, administrativa e financeira do Hospital Universitário Ulbra. A assinatura do convênio entre a Prefeitura de Canoas e a instituição, com prazo de cinco anos para vigorar, contou com o apoio do Ministério da Saúde

examinam o currículo e as ementas das disciplinas, não encontram suporte de aplicação prática. O projeto pedagógico, segundo a instituição, “atende às necessidades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde da pessoa e da comunidade”, mas a estrutura curricular bastante tradicional, a falta de disciplinas de humanidades, e a existência de uma única disciplina com enfoque de saúde coletiva com carga horária bastante reduzida (representando menos de 1% do total do curso) não conseguem corroborar a intenção expressa. A matriz curricular compreende um Ciclo de Formação Geral, um Ciclo Básico Profissionalizante e Módulo no Ciclo de Formação Profissional e, segundo a ULBRA, a “interdisciplinaridade na formação ocorre através da correlação e articulação dos conteúdos desenvolvidos nos três eixos estruturantes”. Mas, em que momentos e de que forma esta articulação acontece não é explicitado nem é possível inferir a partir das ementas (ULBRA, 2012).

Ausente qualquer perspectiva de integralidade em saúde ou, se poderia dizer, até mesmo uma perspectiva de saúde, uma vez que o foco é a doença – as “afecções”, conforme a palavra mais frequente nas ementas de disciplinas da Medicina da Ulbra – já seria de se esperar a inexistência de qualquer abordagem de gênero. Mesmo as disciplinas relativas aos ciclos da vida (Ciclo da Vida I e Ciclo da Vida II, do 2º e 3º semestres, respectivamente), que abrem a possibilidade de uma abordagem mais sociológica, mostram-se insuficientes para desfazer a ênfase biomédica e proporcionar uma formação mais humanizada. A carga horária total das duas referidas disciplinas somada à da disciplina de Saúde e Sociedade totaliza 204 horas, ou 2% da carga horária total do curso, além do fato de que acontecem nos segundo e terceiro semestres. Ou seja, é grande a possibilidade de que se perca, ao longo do curso, qualquer perspectiva de saúde integral e de determinantes sociais que eventualmente tivessem sido trabalhados nessas disciplinas, uma vez que as demais apresentam ementas com foco totalmente biomédico.

A instituição disponibiliza informação muito limitada sobre seu projeto pedagógico e estrutura do curso, não sendo possível identificar, por exemplo, se existem ou não atividades de integração docente-assistencial em unidade de atenção básica da saúde, ou o tipo de abordagem à saúde da mulher.

5.2.11 Medicina – Universidade Santa Cruz do Sul –UNISC

O Curso de Medicina pretende formar o profissional com uma **visão geral** e numa **perspectiva integral**, por meio de uma práxis interdisciplinar em diferentes níveis, **capacitando-o nas áreas básicas (Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva)**, a partir de situações de atuação nos diferentes cenários de atenção à saúde (Medicina – UNISC)

O curso de medicina da UNISC é o mais novo do estado. Criado em 2006, foi reconhecido oficialmente em 2011, quando formou sua primeira turma. Por isso mesmo, ainda não possui índices de avaliação. O curso disponibiliza 60 vagas anuais e está estruturado em 12 etapas semestrais organizadas segundo os eixos transversais: Fundamentos Conceituais do Curso, Fundamentos Biológicos do Ser Humano, Saúde Coletiva e Interação Comunitária, Agressão e Defesa, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto, Tutoria e Estudo Individual, além de um Núcleo Flexível, de disciplinas optativas e do Internato, A matriz curricular estrutura-se segundo esses eixos ou módulos, dentro dos quais são trabalhadas, de modo interdisciplinar as áreas de saber relevantes. Assim, as disciplinas de anátomoclínica têm sua carga horária distribuída conforme os eixos de saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adulto. O módulo de Tutoria e Estudo Individual utiliza o método ABP e consta de uma série de situações problemas construídas de modo a envolver não só casos clínicos como também aspectos biopsicossociais da saúde. Um dos casos, informado no parecer de aprovação do curso (CNE, 2006) pelo Conselho Nacional de Educação, é “*Saúde v. Padrões de Beleza*” e tem por objetivo discutir a construção cultural do corpo humano e compreender os determinantes históricos, sociais e culturais nas representações sobre saúde e doença.

Segundo a instituição, o projeto pedagógico está centrado no aluno como sujeito da aprendizagem, com a abordagem interdisciplinar nos diferentes *Módulos Temáticos Interdisciplinares* (UNISC, 2012).

O currículo contempla disciplinas de Antropologia, Sociologia, Saúde Coletiva, Políticas Públicas e Introdução à Prática Ambulatorial e Comunitária a partir dos primeiros semestres e as de Sociologia e Políticas Públicas são distribuídas nos módulos por eixos de abordagem da saúde – saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adulto (UNISC, 2012). Embora a instituição não disponibilize planos de ensino nem

o ementário das disciplinas, essa distribuição sugere uma abordagem social e de políticas públicas referidas a cada grupo populacional em foco.

Destaca-se que o curso está voltado à formação de profissionais da medicina nas áreas básicas: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva. O internato também se organiza de forma distinta dos demais cursos, subdividido segundo diferentes cenários de prática e não por especialidade: Medicina Geral Comunitária, Enfermaria, Ambulatório, Emergência (Plantões), Tutoria.

A UNISC também participou do Seminário Nacional do Pró-Saúde II, em 2009, e não relatou problemas para a implementação do projeto (DEGES, 2009).

Quadro 11 – Avaliação dos representantes da UNISC sobre a implementação do Pró-Saúde II

Curso	Gestão do Projeto	Mudanças pedagógicas	Atividades nos serviços
Universidade Santa Cruz do Sul	<ul style="list-style-type: none"> • Comissão Gestora do Pró-Saúde II é a mesma do I. • Existe proposta de estruturação de nova Comissão com ampliação dos atores e de contato com a CIES. • Dificuldade de realizar discussões entre os discentes e dar continuidade a representação nos Colegiados Gestores dos projetos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existem diversas ações com o intuito de ampliar as mudanças pedagógicas (aula inaugural coletiva dos cursos de Saúde, Semana Acadêmica Integrada, criação da Coordenação Acadêmica de Cenários de práticas comunitárias, capacitação dos docentes em práticas integrativas e propostas de disciplinas comuns aos alunos dos cursos da Saúde). • Reunião semestral entre os profissionais da Atenção básica, os docentes e representantes do projeto. • Existe planejamento das atividades e cronogramas das práticas com as Equipes de Saúde da Família. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe participação dos discentes no planejamento da Rede Básica de Saúde; • É realizado “Seminário Integrador” dos alunos nas unidades de saúde. • Grupo de Estudos e Trabalhos em Saúde Coletiva em funcionamento com a participação de diversos cursos (Psicologia, Nutrição, Enfermagem, Educação Física e Medicina).

Fonte: Relatório do I Seminário Nacional do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde II – Pró-Saúde II – Brasília – 25 e 26 de março de 2009 (DEGES, 2009).

5.3 Entre currículos tradicionais e modelos inovadores: o perfil da educação médica gaúcha

Uma primeira aproximação à análise comparativa dos currículos das escolas médicas do Rio Grande do Sul revela uma grande diversidade na estrutura sequencial das disciplinas e módulos, como pode ser observado no Apêndice 3. Esta é uma prerrogativa assegurada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação, a qual confere às universidades poder discricionário para estruturar o curso do modo como considerem mais adequado ao modelo pedagógico adotado e às necessidades locais e regionais de saúde.

Embora vários dos cursos já tenham participado de programas como o Promed e o Pró-Saúde, a maior parte deles segue uma estrutura tradicional de organização (ver apêndice 3), com um ciclo básico e um clínico, permeados ou não por atividades integradoras e práticas em unidades de atenção primária à saúde, e seguidos de um ciclo profissionalizante, caracterizado por internatos em geral focados na prática hospitalar e nas especialidades básicas como clínica médica, cirurgia, ginecologia e obstetrícia, pediatria, cardiologia etc. Quatro dos onze cursos do estado organizam-se por disciplinas, enquanto os demais optaram por uma organização modular (ver tabela 6 a seguir).

Tabela 6 – Cursos de Medicina do Rio Grande do Sul, segundo estrutura e conteúdos específicos

IES	Estrutura	APS	caráter	ch	saúde coletiva	caráter	ch	humanas	caráter	ch
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS	por disciplinas	sim	obr	240	sim	obr	60	sim	obr	45
Universidade Federal de Santa Maria - RS - UFSM	modular	sim	opt	135	sim	opt	120	sim	obr	150
Universidade Federal de Pelotas - UFPel	por disciplinas	?	?	?	sim	?	?	não	-	-
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - RS - UFCSPA	por disciplinas	não	-	-	sim	obr	120	não	-	-
Universidade Católica de Pelotas-RS	modular	sim	obr	272	sim	obr	272	sim	obr	220
Universidade de Caxias do Sul/RS - UCS	modular	sim	obr	?	não*	-	0	sim	obr	?
Universidade Federal do Rio Grande/RS - FURG	por disciplinas	sim	obr	240	sim	obr	75	sim	obr	180
Universidade de Passo Fundo/RS - UPF	modular	sim	obr	?	sim	obr	810	sim	obr	90
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC-RS	modular	sim**	obr	240	sim	obr	150	sim	obr	120
Universidade Luterana do Brasil - Canoas - RS – ULBRA	modular	não***	?	?	sim	obr	68	sim	obr	68
Universidade de Santa Cruz do Sul - RS - UNISC	modular	sim	obr	200	sim	obr	480	sim	obr	105

Legenda: APS – Existência de disciplinas e práticas de Atenção Primária em Saúde; CH = carga horária alocada; saúde coletiva – Existência de disciplinas de saúde coletiva e/ou conteúdos de saúde coletiva em outras disciplinas; humanas – Existência de disciplinas de humanidades ou de conteúdos de humanidades em módulos ou disciplinas.

* Informações sobre o projeto pedagógico da instituição referem uma abordagem transversal de saúde coletiva, mas, como esta não fica evidente nos dados disponíveis, optou-se aqui por considerar não atendido esse critério.

** Carga horária calculada por aproximação, com base nos planos de ensino, pois a AP está distribuída em diversas disciplinas

*** Há informações no site da instituição sobre atividades eventuais do curso em UBS do município de Canoas, mas o currículo e as ementas não permitem saber se essas atividades estão integradas às disciplinas de forma permanente.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa

Quanto a desenvolver atividades docente-assistenciais em unidades de atenção primária, segundo se pode deduzir de currículos, ementas e outras informações disponíveis, apenas duas instituições – a UFCSPA e a ULBRA – não as desenvolvem e, para uma terceira – a UFPel –, não foi possível detalhar sua ocorrência. Há informações de que a UFPel inclui essas atividades através do Departamento de Medicina Social, mas a ausência da matriz curricular e das ementas das disciplinas não permite verificar isso. Enquanto algumas instituições desenvolvem atividades de observação sistemáticas em uma determinada UBS, já desde o primeiro semestre, outras iniciam com visitas esporádicas a diferentes espaços, no decorrer do primeiro ou segundo semestre. Vale observar que o tipo de prática pedagógica de integração com as unidades do SUS também pode influenciar a capacidade do estudante de assimilar os princípios norteadores do sistema – de modo favorável a estes ou não, dependendo de muitos fatores como o tempo em que desenvolvem atividades nas unidades básicas, o tipo de atendimento que observam lá, o tipo de acolhimento que recebem por parte das equipes locais, e existência de momentos posteriores à observação, de reflexão orientada, que permitam desenvolver a capacidade crítica em relação ao observado. Em uma única escola, a FAMED-UFRGS, foi possível identificar, nos programas de disciplinas, um trabalho continuado de observação em unidades básicas de saúde, seguida de reflexão e de estudos de casos levantados pelos alunos utilizando a metodologia de aprendizagem baseada em problemas (ABP). Esta metodologia é utilizada por várias escolas, mas muitas delas apoiam-se em casos fictícios e/ou já documentados e apoiam as atividades de integração com o SUS em visitas a diferentes serviços.

Com exceção da UCS, todos os cursos incluem disciplinas ou módulos voltados à medicina comunitária ou saúde coletiva (ver tabela 6), embora a carga horária varie bastante entre os cursos e nem sempre as disciplinas estejam explicitadas como de saúde coletiva, com seu conteúdo incorporado em módulos de práticas na atenção primária à saúde. A presença de disciplinas de humanidades nos cursos é bastante variada. Em dois cursos (UFPel e UFCSPA) não foi identificada nenhuma disciplina obrigatória das áreas das ciências sociais. A UFCSPA oferece diversas em seu elenco de atividades complementares, mas essas são optativas e competem com outras de

especialidades biomédicas e de caráter técnico e instrumental. Nos demais cursos, elas aparecem em número, abordagens e cargas horárias bastante diversas.

De um modo geral, apesar da inserção de disciplinas voltadas à saúde coletiva e outras de conteúdo humanístico, e apesar da ampliação da carga horária de aulas de prática em diferentes cenários e do uso de metodologias de ABP, ainda prevalece na formação médica no Rio Grande do Sul uma tendência à especialização. Na medida em que as atividades integradoras com a atenção primária e com as necessidades do SUS estão distribuídas nos primeiros semestres e os últimos são quase exclusivamente dedicados às especialidades e desenvolvidos nos hospitais escola, pode-se supor que estas últimas serão as mais valorizadas, pois implicam um maior envolvimento do aluno, se dão em um ambiente de conhecimentos mais complexos e de alta tecnologia. O *saber médico*, exclusivo da categoria e fator de distinção, se mostra com toda sua superioridade nessas disciplinas, ademais revestidas de um jargão próprio.

Uma proposta que se apresenta como bastante inovadora é a construção do currículo do curso de medicina da UNISC, organizado por eixos transversais em cada um dos quais as diversas disciplinas de conhecimentos básicos e específicos se distribuem, com seus créditos e cargas horárias parceladas. A proposta, descrita no tópico específico da instituição, parece portar um bom potencial de formação para uma atenção integral à saúde, dependendo de como se operacionalize.

5.3.1 A formação médica e as perspectivas da integralidade e de gênero

O quadro 12 apresenta o resultado da análise dos currículos, ementas e programas de disciplinas, em relação aos indicadores definidos para cada categoria e dimensão de análise estabelecida para a pesquisa, conforme quadro apresentado na página 36, no capítulo 1. É importante ressaltar que esta tabela resultou da análise conjugada de todos os documentos disponibilizados por cada escola, pois, muitas vezes o nome da disciplina e sua ementa não permitiam inferir a presença ou não de alguns dos indicadores, o que só se evidenciava no programa da disciplina ou em algum outro material disponibilizado, como, por exemplo, roteiros ou bibliografia básica.

Pode-se observar, do quadro 12, que uma só escola, a FAMED-UFRGS, atende a todos os indicadores propostos para a integralidade. Juntamente com a UNISC, esta é também uma das escolas mais bem posicionadas com relação a uma abordagem de gênero, embora não se tenha identificado nela conteúdos sobre as políticas de saúde da mulher. Conteúdos esses, que entendemos fundamentais para uma formação consistente com os princípios de atenção integral à saúde das mulheres.

Quadro 12 – Análise das categorias e indicadores

		CATEGORIAS											
		Integralidade											
		Indicadores											
		UFRGS	UFSC	UFPEL	UFCSPA	UCPel	UCS	FURG	UIFV	PUC-RS	ULBRA	UNISC	
DIMENSÕES	Estrutura	Curriculo Integrado – básico/clínico; ensino/serviço	✓	✓	n.d.	⊗	✓	✓	✓	✓	✓	⊗	✓
		Existência de disciplinas s/ história e abordagens da saúde	✓	✓	n.d.	⊗	⊗	⊗	✓	⊗	✓	⊗	⊗
		Existência de disciplinas sobre determinantes sociais da saúde	✓	⊗	n.d.	⊗	⊗	⊗	✓	✓	✓	⊗	✓
	Conteúdo	Disciplinas incluem conteúdos sobre o SUS, seus princípios e estrutura;	✓	✓	n.d.	⊗	✓	⊗	✓	✓	✓	✓	✓
		- sobre evolução do conceito de saúde;	✓	✓	n.d.	✓	✓	⊗	✓	✓	⊗	⊗	⊗
		- sobre distintas racionalidades médicas	✓	⊗	n.d.	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
		- sobre determinantes sociais da saúde	✓	⊗	n.d.	⊗	⊗	⊗	✓	✓	✓	⊗	✓
	Representações	Integralidade como atenção à saúde nos três níveis do sistema	✓	✓	n.d.	⊗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
		Integralidade como promoção, prevenção e cuidado da saúde	✓	✓	n.d.	⊗	✓	⊗	✓	✓	⊗	✓	✓
		Integralidade como consideração das diversas dimensões do ser humano	✓	✓	n.d.	⊗	⊗	⊗	✓	✓	⊗	⊗	✓
Gênero													
DIMENSÕES	Estrutura	Existência de disciplina s/ determinantes sociais da saúde com recorte de gênero	✓	⊗	n.d.	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	✓
		Existência de disciplina sobre políticas de saúde da mulher e/ou sobre saúde da mulher não associada à saúde materno-infantil ou G&O	✓	✓	n.d.	⊗	⊗	⊗	✓	✓	⊗	⊗	✓
	Conteúdo	Disciplinas incluem conteúdos sobre determinantes sociais da saúde, com destaque para desigualdades de gênero	✓	⊗	n.d.	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
		Existência de disciplinas que incluem políticas de saúde da mulher/ direitos da mulher	⊗	✓	n.d.	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	✓
		Disciplinas de saúde da mulher incluem tópicos sobre violência doméstica e sexual, sexualidade, aborto	⊗	⊗	n.d.	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
	Representações	Saúde da mulher não limitada ao ciclo reprodutivo	✓	⊗	n.d.	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	✓

LEGENDA: ✓ = inclui; ⊗ = não inclui; ⊗ = não foi possível verificar; n.d. = não disponibiliza informação

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa

Dentre todas as escolas, a que se mostra menos adaptada às DCN e mais distante de uma formação consistente com os princípios de integralidade em saúde e de equidade de gênero é a UFCSPA, cuja estrutura curricular é a mais tradicional e enfatiza as especializações. Com relação à UFPel, em vista da quase nula disponibilização de informação e da não resposta às solicitações, não é possível inferir

sua posição em relação aos indicadores, embora a pouca informação disponível aponte para modelo também tradicional.

Tendo em vista que este estudo utilizou como fonte principal as informações disponibilizadas na internet sobre os diversos cursos, e considerando que vários deles não oferecem informação completa e detalhada sobre ementas e planos de ensino, para algumas das IES não foi possível determinar sua posição em relação a alguns indicadores, mesmo buscando a informação em fontes externas. A solicitação de programas aos departamentos relevantes teve um retorno mínimo. Por outro lado, considerou-se, nesta pesquisa, que a disponibilização de informação completa na rede também faz parte do processo de análise comparativa entre os cursos, numa primeira aproximação a um estudo desta natureza, pois ilustra como a instituição se coloca para a sociedade e como ela valoriza seu projeto pedagógico no contexto da formação que está ofertando. Algumas instituições, especialmente algumas privadas como a Ulbra e UCPel, colocam a ênfase da informação na infraestrutura física e tecnológica de que dispõem. Por essa razão, não houve insistência junto às IES para obtenção da informação faltante e o sinal \emptyset na tabela de análise sinaliza dados insuficientes para inferir a posição da escola em relação ao respectivo indicador.

A comparação entre as grades curriculares foi organizada em uma planilha que se encontra no Apêndice 3, em razão de sua extensão. A observação das grades curriculares comparadas no referido apêndice mostra uma certa diversidade na estrutura curricular entre as escolas médicas. Oito das onze IES (72%) contemplam, em seus currículos, atividades de integração básico-clínico e ensino-serviço. A integração básico-clínico diz respeito às iniciativas de interdisciplinaridade, visando a reduzir o impacto da fragmentação do conhecimento em disciplinas estanques, o qual dificulta uma visão do todo e das relações que o compõem e tende a prejudicar abordagens consistentes com a integralidade. Vale observar, que o uso que as escolas fazem dos termos *multidisciplinaridade*, *interdisciplinaridade* e *transdisciplinaridade* nem sempre corresponde àqueles significados que Pombo (2004) procurou estabelecer para essas noções, atenta à existência de um não consenso em relação ao significado do termo *interdisciplinaridade*, o qual a autora escolhe como o mais adequado para lidar com a complexidade da ciência e do conhecimento. Pombo propõe considerarem-se esses três termos como um *continuum* que consiste em uma noção que evolui de uma forma mínima a uma máxima de integração entre

disciplinas ou áreas de conhecimento. O estágio mínimo, consistindo na *multidisciplinaridade*, supõe a aproximação, um certo paralelismo ou algum grau de coordenação entre distintas áreas de conhecimento na abordagem de uma questão. O estágio intermediário, da *interdisciplinaridade*, por seu turno, já supõe, para além do paralelismo e coordenação, alguma combinação e convergência, no sentido da complementaridade dos conhecimentos. O estágio final, a *transdisciplinaridade*, compreenderia a fusão, transformação da convergência em uma perspectiva holista.

Considerando que a *transdisciplinaridade* pode ser desejável ou não, havendo circunstâncias em que a homogeneização ou fusão de perspectivas pode constituir um excesso e ser prejudicial, a Olga Pombo opta pelo caminho da complementaridade, do cruzamento de saberes expressos no termo *interdisciplinaridade* como o melhor caminho para traduzir a necessária multiplicidade de perspectivas que a complexidade do conhecimento científico está a exigir (POMBO, 2004).

As DCN recomendam a integração das dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais, através da interdisciplinaridade e de modo coerente com o eixo de desenvolvimento curricular. No quadro comparativo, embora a maioria dos cursos apresente atividades de integração básico-clínica, especialmente pela organização de disciplinas em módulos ou unidades segundo áreas de conhecimento, de um modo geral, as dimensões psicológica, social e ambiental parecem ficar restritas aos módulos humanísticos e de saúde coletiva, revelando a persistência de uma divisão entre o biológico e o humano/social, entre um saber médico esotérico, especializado e tecnológico, focado na doença, e as práticas coletivas de saúde focadas na promoção, prevenção e recuperação da saúde de indivíduos e grupos populacionais. Ou seja, a desejada convergência entre o saber técnico, biomédico, e a perspectiva humana e social, que favorece a abordagem integral, de um modo geral, não se verifica. Sob esse ângulo, mesmo no caso da FAMED-UFRGS, que no quadro das categorias de análise (quadro 12) atende a todos os indicadores definidos como facilitadores de uma visão de saúde integral, esta não estaria contemplada, pois existe uma clara separação entre as disciplinas de medicina social, que acolhem conteúdo humanístico, e as disciplinas profissionalizantes, que só abordam o conhecimento técnico.

Uma proposta que parece diferenciar-se neste aspecto, e cujo impacto na formação agora pode começar a ser medido, uma vez formada a primeira turma, é a experiência da UNISC, com um modelo que, ao invés de agrupar por áreas de

conhecimentos, distribui as disciplinas básicas por eixos transversais que possibilitam uma abordagem interdisciplinar, desse modo respondendo com um proposta mais consistente às recomendações de integração das dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais.

Da planilha comparativa (Apêndice 3), pode-se observar, também, que todos os cursos iniciam com as disciplinas das áreas de anatomia, biofísica e bioquímica, algo que, como apontam Carvalho e Ceccim (2006) tem importantes consequências na formação. Segundo esses autores, “na disciplina de anatomia, por exemplo, lidamos, estudamos e tocamos o corpo morto, aprendendo do corpo os seus órgãos e sua histologia, não sua dinâmica, seus estados, seus afetos” (CARVALHO; CECCIM, 2006, p.23). O corpo morto, estático, desvinculado de seu contexto e história é o objeto principal da formação médica; e nem mesmo o corpo inteiro, mas o corpo dissecado, seus sistemas, seus órgãos isoladamente. Para os autores citados, esse conhecimento dos primeiros anos, “desvinculado das dinâmicas das relações, organiza o olhar do estudante” (*op.cit.*, p.23) para uma atenção focada na *dissecação* do corpo, ao invés de na escuta e na alteridade.

Um agravante nesse quadro já negador da integralidade é que o conhecimento assim produzido é tido como fator distintivo de um saber médico exclusivo e valorizado, como deixa muito claro o testemunho de Naiane Santos:

Relembrando minha trajetória como estudante, recordo do primeiro semestre do curso de Medicina. Neste semestre, o grande *terror* era a avaliação de anatomia. Era uma prova individual, com perguntas orais e práticas realizadas no necrotério e, para completar o cenário, a prova acontecia à noite. Claro que todo esse contexto impressionava a todos os iniciantes no curso. Era como se esse ritual marcasse realmente a nossa entrada no curso, na verdade o ingresso em uma área específica de conhecimento, vista como privilegiada. Para *justificarmos* esses privilégios tínhamos de ter sacrifícios, tínhamos que passar por situações de estresse, de cobrança, situações *particulares ao estudante de Medicina*. Hoje, a leitura que faço desse *ritual* é a de que ali já nos estava sendo *incutido* o modelo hegemônico, uma mensagem implícita de que o nosso conhecimento era um conhecimento diferenciado, o que nos seria cobrado era um saber que só cabia à nossa profissão, *o saber médico*. Vale ressaltar que outros cursos utilizavam o necrotério, como o de Enfermagem, mas as provas eram apenas práticas, realizadas em duplas e durante o dia! (SANTOS, 2009, p.20) (*grifos da autora*).

Os processos de avaliação praticados nos cursos não são objeto do presente estudo comparativo, mas o testemunho citado serve para ilustrar uma cultura ainda dominante no meio médico, a qual representa um obstáculo a várias das propostas

voltadas à integralidade na saúde associadas à atuação em equipes multiprofissionais e às relações de poder que se estabelecem entre médicos/as e demais profissionais nas equipes de saúde e entre médicos/as e usuários/as do sistema de saúde. Uma cultura que também se manifesta explicitamente nas campanhas corporativistas da classe em defesa do “Ato Médico” e da não abertura de novos cursos de medicina.

Outra recomendação das DCN, as disciplinas ou módulos voltados à saúde coletiva estão presentes em todos os cursos, embora com cargas horárias e distribuição na grade curricular um tanto variadas: em alguns cursos, ocorrem em um único semestre; em outros, repetem-se ao longo de vários semestres e/ou integram conteúdos de módulos/disciplinas voltados à integração ensino-serviço na atenção primária.

Uma visão panorâmica, portanto, indica currículos que, em parte, atendem às recomendações das DCN, deixando, porém, pairar uma dúvida sobre seu efetivo potencial para romper com o modelo hegemônico e fragmentador da formação médica no concerne ao princípio da integralidade da atenção à saúde. Tal princípio pressupõe a consideração dos fatores sociais, culturais e subjetivos que envolvem os processos de saúde-doença e, além disso, a agência do indivíduo/paciente no processo terapêutico. A separação entre as áreas de conhecimento dos processos biológicos do adoecimento (que enfatizam a doença e não a saúde e focam no indivíduo) e aquelas voltadas às políticas e à promoção da saúde, voltadas à coletividade e ao trabalho multiprofissional, sugere ainda um obstáculo à perspectiva da integralidade.

No que se refere à perspectiva de gênero, embora não esteja explícita nas DCN, pode-se considerá-las implícitas nas recomendações envolvendo os conteúdos curriculares. Segundo o documento, estes últimos devem contemplar:

- Compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;
- Abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção (BRASIL/MEC, 2001, p.12).

Em uma sociedade ainda marcada pela dominação masculina em vários aspectos da vida social, especialmente nos âmbitos familiar e do trabalho, a saúde das mulheres é afetada por diversos fatores sociais, já detalhados no capítulo três, entre os quais, merece destaque a violência no âmbito das relações afetivas. Em razão dessa

especificidade, todo um *corpus* normativo constituiu-e ao longo das últimas duas décadas, no sentido de assegurar às mulheres proteção e acesso à saúde como um direito, de forma integral, isto é, não limitada à sua condição de reprodutora da espécie humana.

Em uma sociedade ainda marcada cultural e socialmente pela dominação masculina, uma atenção integral à saúde da mulher exige um olhar treinado – exige profissionais preparados para o exercício da alteridade, para libertarem-se de ideias pré-concebidas e de estereótipos, para o reconhecimento da diferença e, também, cômicos das normativas que existem para conferir proteção e equidade a quem se encontra em condição de desigualdade social. Importante observar que esta não é uma demanda atinente apenas aos profissionais das áreas de clínica médica geral e de ginecologia e obstetrícia, mas a diversas especialidades médicas, uma vez que desigualdades de gênero podem levar à opressão e a violências, as quais, por sua vez, conduzem ao adoecimento, como apontam Schraiber e D’Oliveira (1999). Em áreas como a Psiquiatria, por exemplo, observa-se a tendência crescente à medicalização como solução para problemas que são da ordem das relações sociais – conflitos, violência, assédio. Dupla ou tripla jornada de trabalho e tipos de atividade que recaem mais sobre as mulheres, como a de cuidadoras, também podem provocar formas específicas de adoecimento que requerem uma postura aberta à escuta e ao diálogo e um olhar treinado do profissional da saúde para uma atenção integral.

A matriz de análise das categorias (quadro 12) deixa evidente que, de um modo geral, a formação médica no Rio Grande do Sul apresenta uma *cegueira* de gênero. A perspectiva da saúde pelas lentes do gênero é praticamente ausente nos currículos e, em vários deles, a saúde da mulher está exclusivamente (ainda) vinculada à saúde materno-infantil ou, na área profissionalizante, à ginecologia e à obstetrícia.

Apenas quatro das escolas apresentam disciplinas de saúde da mulher cuja denominação não está associada à saúde materno-infantil. Vale observar que para os indicadores de gênero relativos à estrutura curricular, consideraram-se exclusivamente as denominações atribuídas, sem levar em conta as ementas ou programas das disciplinas. O exame destes últimos mostra, com uma exceção, um foco na atenção materno-infantil e/ou um conteúdo introdutório às disciplinas/estágios de ginecologia e obstetrícia que fazem parte de uma fase mais avançada do currículo. A exceção fica

por conta da UNISC, que inclui no Módulo Saúde da Mulher disciplinas como Políticas Públicas, Sociologia e Medicina Legal, sugerindo que, dentro deste módulo, tais disciplinas estarão referidas à saúde da mulher – o que, no entanto, não é uma garantia de que assim seja, pois tudo depende de como a IES operacionaliza esta distribuição das disciplinas em cada módulo.

Políticas de saúde das mulheres não aparecem explicitadas nos programas das disciplinas, excetuando-se a UNISC, já mencionada, que inclui “políticas públicas” no módulo saúde da mulher, permitindo subentender-se que aquelas estão referidas a esta, e a UFSM, que inclui “direitos da mulher” ou “direitos da gestante” em todas as disciplinas relacionadas com a saúde da mulher, inclusive ginecologia e obstetrícia. Com relação a violência doméstica e violência sexual, fenômenos prevalentes na sociedade brasileira e amplamente reconhecidos, inclusive pela OMS, como fatores de deterioração da saúde e da qualidade de vida de mulheres e meninas, não aparecem mencionados em disciplinas ou módulos de nenhuma IES, com exceção da FAMED_UFRGS. Aliás, violência em geral, fenômeno com um impacto importante nos indicadores de mortalidade e de incapacitação, no Brasil, tampouco é abordada, novamente com exceção da UFRGS. No entanto, vale observar, a abordagem à violência no contexto da formação médica da UFRGS, ocorre tão somente na disciplina de Saúde e Sociedade, disciplina com carga horária de 45 horas-aula, alocada no sexto semestre do curso. O tema não está incluído em programas de nenhuma outra disciplina, seja de clínica ou de saúde comunitária.

Há que lembrar que um aspecto importante da implantação efetiva das reformas curriculares reside na preparação dos docentes para adequarem-se às novas diretrizes e novos currículos. Sem esse movimento, a simples reforma da grade curricular não será capaz de produzir as mudanças desejadas. Mudanças profundas são difíceis de implementar, pois normalmente implicam mudança cultural e de práticas internalizadas. É importante ter em conta que os professores da área médica, em sua grande maioria, são, além de docentes, profissionais da clínica médica detentores de visões e de hábitos adquiridos de longa data em sua formação e em sua prática. Hábitos e visões que irão reproduzir em sua atividade docente. E, como apontou Moura (2004) em sua pesquisa, não são desprezíveis na formação médica aquelas habilidades e atitudes adquiridos nos espaços “de baixa institucionalidade” da relação

professor-aluno, no espaço que o referido autor chamou de “face reversa” da formação médica, onde se constrói, essencialmente através de um processo de imitação até mesmo inconsciente, o *habitus* profissional. Um *habitus*, definido por Bourdieu como

um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona em cada momento como uma matriz de percepções, apreciações e acções e torna possível cumprir tarefas infinitamente diferenciadas, graças à transferência analógica de esquemas adquiridos em prática anterior (BOURDIEU, 2002, *apud* WACQUANT, 2004, p.37)

Um *habitus* que, além do mais, contém disposições relativas à dominação masculina e as reproduz de um modo que fica evidenciado na ênfase da maternidade nas práticas de saúde da mulher, vista como *objeto* reprodutivo dessas práticas, e também na ocupação dos espaços de poder nessa área específica, os quais, ainda hoje, pertencem aos homens por larga maioria. Somando-se a isso o caráter hermético das escolas em relação à interação com outros atores e instituições da sociedade, é compreensível a persistência das abordagens tradicionais identificadas nas escolas em relação à saúde da mulher.

A falta de conteúdos relacionados às políticas e normativas nacionais referidas à saúde das mulheres explica em parte porque é tão difícil o acesso destas, por exemplo, a medidas de contracepção de emergência ou à interrupção terapêutica da gestação em casos de violência sexual. A ausência dessas temáticas na grande maioria das escolas médicas estudadas e, por outro lado, a inclusão do tema da interrupção da gravidez no âmbito das disciplinas de bioética em instituições confessionais (UCPel, PUCRS), somadas à existência, em uma instituição pública federal como a FURG, de uma disciplina chamada “Concepção e Gestação” depõem contra a possibilidade de uma atenção médica comprometida com a integralidade e o respeito à subjetividade e aos direitos das mulheres.

A ausência de um recorte de gênero a afirmar a mulher como sujeito de direitos e de agência sobre o próprio corpo e saúde pode explicar também o excesso de partos cesáreos no Brasil, o uso abusivo de anestésicos durante o parto, bem como o fenômeno da medicalização excessiva da vida. Práticas que, evidentemente, também respondem aos interesses dos médicos e de um complexo industrial da saúde que envolve, além desses profissionais, as instituições prestadoras de serviços, as

indústrias de fármacos e equipamentos etc.. O adoecimento tem causas mais psicossociais do que biológicas e deveria ser compreendido e tratado nesse contexto, através de um trabalho cooperativo em equipes multiprofissionais com incentivo ao protagonismo das próprias mulheres na ação terapêutica.

No âmbito da integralidade, as dimensões da promoção e da prevenção da saúde revelam-se também muito frágeis na formação médica – enunciadas em diversas ementas, elas parecem não refletir-se nos conteúdos trabalhados nas disciplinas. O papel de pretensos “curadores” dos médicos, que têm, ainda, a despeito das reformas curriculares realizadas, no corpo doente a base de sua formação, é enfatizado em todos os cursos. Um programa de disciplina voltada à promoção e proteção da saúde do adulto o do idoso ilustra bem essa ênfase. Entre seus objetivos está:

Promover a interação precoce de alunos da faculdade de medicina com pessoas adultas (**sem ter a doença como critério determinante da escolha**) em seu próprio ambiente de vida, com suas relações familiares e comunitárias (FAMED-UFRGS, MED01114, Plano de Ensino, **grifo nosso**)

Mas, na descrição do conteúdo programático, coloca:

a) Não obstante:

a.a) O objetivo central da Disciplina que enfatiza a promoção e proteção da saúde, numa abordagem sem compromisso primordial com sua recuperação.

a.b) O caráter precoce do contato do aluno com a população, antes mesmo de sua iniciação semiológica no Estágio de Introdução à Clínica Médica.

a.c) A ausência de pré-requisitos cognitivos e de habilidades diagnóstico-terapêuticas, COM ENFOQUE NOSOLÓGICO, bem como a inexistência de objetivos da Disciplina de PPS-AI nesse sentido.

b) Levando-se em consideração:

b.a) O caráter unitário do processo saúde-doença.

b.b) **O curso de Medicina eminentemente voltado para a formação de médicos curadores, motivação natural e maior dos alunos.**

b.c) A alta incidência de moléstias crônicas e degenerativas na população prioritariamente sob estudo, havendo para cada uma dessas moléstias aspectos específicos de saúde a serem preservados e estimulados, ou reabilitados.

Aos alunos serão indicados, INDIVIDUALIZADAMENTE, recursos bibliográficos enfocados nos PROBLEMAS DE SAÚDE DE CADA UMA DAS PESSOAS RESPECTIVAMENTE VISITADAS e estimulado o desenvolvimento das habilidades clínico-semiológicas – também ESPECIFICAMENTE PARA CADA SITUAÇÃO DE ALUNO/PESSOA SOB ACOMPANHAMENTO -- que lhes permitam exercitar o aprendizado da Medicina (FAMED-UFRGS, MED01114, Plano de ensino, GRIFO NO ORIGINAL, **grifo nosso**).

Ou seja, ainda que a disciplina seja enunciada como de *promoção e proteção da saúde* e os estudantes todavia não estejam munidos dos conhecimentos necessários para diagnosticar problemas de saúde, é nos eventuais problemas que eles serão

levados a focar sua atenção, para desenvolver “habilidade clínico-semiológicas”; não no contexto psicossocial e ambiental em que as pessoas estão inseridas, sua qualidade de vida e possibilidades de promoção de uma vida saudável.

Ainda assim, apesar das lacunas, pode-se dizer que há um caminho percorrido em direção de uma formação favorecedora da integralidade na saúde. A inclusão de disciplinas e conteúdos de saúde coletiva em todos os cursos, certamente, tem potencial para sensibilizar, se não todos, pelo menos uma parcela dos graduandos da medicina, para um olhar mais atento ao ser humano e não à sua doença. Isto vale para os cursos em que essas disciplinas se distribuem ao longo de vários semestres e se combinam com outras de práticas na atenção primária. Algumas escolas ainda precisam avançar muito nesse sentido. Por outro lado, a efetiva integralidade na atenção à saúde só poderá ser alcançada quando alguns determinantes sociais do processo saúde-doença, tais como as iniquidades – de gênero, de raça, de incapacitação física – ou a violência em suas diversas formas, fizerem parte do elenco de conteúdos trabalhados nas escolas médicas; não só nas disciplinas de humanidades e de saúde coletiva, como nas de semiologia e de clínica.

A preparação dos docentes para esse desafio é fundamental e, para tanto, será necessário que as instituições de ensino médico se abram para a cooperação com outras áreas de saber e outros atores sociais com expertise nessas temáticas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou evidenciar algumas questões que, embora venham sendo abordadas no âmbito de determinados grupos de pesquisa e de algumas áreas da ciência, dificilmente são integradas, mesmo tendo pontos de intersecção evidentes. Trata-se de abordagem de gênero na saúde e do debate sobre a racionalidade médica hegemônica nas sociedades ocidentais (e ocidentalizadas) e seus impactos sobre a saúde das populações e sobre um ideal de integralidade na atenção à saúde.

Dessa perspectiva conjugada – de gênero e de integralidade em saúde –, buscou-se mostrar, em primeiro lugar, recorrendo à epistemologia feminista, especialmente nos trabalhos de Sandra Harding e Helen Longino, bem como aos estudos de Pierre Bourdieu sobre a dominação masculina, de que modo o sistema sexo/gênero determina, na produção do conhecimento, aquilo que é válido e relevante pesquisar/conhecer, privilegiando os problemas, as áreas, as temáticas e os pesquisadores que o *mainstream* masculino, dominante considera importantes para o desenvolvimento da ciência. E como, nesse processo, tal sistema desconhece a perspectiva e a produção das mulheres e de outros atores subalternos, impondo a essas/es uma pauta ditada por interesses que traduzem e reforçam as clivagens sociais de gênero, raça e classe.

Em segundo lugar, o estudo apresentou os esforços e a produção de pesquisadoras/es e ativistas sociais, especialmente no contexto da saúde, no sentido de superar essa tendência discriminatória, com o desenvolvimento de novos conceitos, abordagens e marcos normativos referidos à saúde das mulheres e à saúde sexual e reprodutiva, com ênfase no princípio de atenção integral à saúde das mulheres consolidado nas políticas de saúde brasileiras. Políticas as quais, como se procurou evidenciar, não se concretizam no fazer cotidiano da atenção à saúde, apesar de sua incorporação aos discursos e aos programas da gestão nessa área. O que leva, então, às questões: Por que não se efetivam? Onde residem os obstáculos/ resistências? De que modo os conceitos e princípios da atenção integral à saúde das mulheres são disseminados entre os atores implicados na atenção à saúde?

A percepção de que é na entrega do serviço, na própria prática da atenção médica à saúde que o problema se verifica levou à hipótese de que a formação médica não prepara adequadamente os profissionais para uma prática consistente com tais princípios e à proposta de investigar como vem se realizando essa formação no Rio Grande do Sul.

Assim, a pesquisa trouxe à pauta os estudos desenvolvidos por Luz, Camargo Jr., Mattos, Pinheiro e outros, no âmbito dos grupos de pesquisa Racionalidades Médicas e Lappis, sobre a racionalidade biomédica, hegemônica na atenção à saúde, permeada por uma visão cartesiana, mecanicista, e sua inconsistência com uma atenção integral à saúde. Resgatou iniciativas de reforma curricular nas escolas médicas, inclusive com o estabelecimento de Diretrizes Curriculares Nacionais, surgidas em função da constatação dessa inconsistência. E levantou a evolução e o perfil da formação médica no Brasil e no Rio Grande do Sul, com vistas a identificar, em grandes linhas, em que medida a integralidade na saúde e a perspectiva de gênero são contempladas na formação dos profissionais da medicina tomando-se como campo empírico esse estado.

Informada por uma ampla revisão de literatura envolvendo educação médica e reformas curriculares das escolas de medicina, a pesquisa constituiu-se em um estudo que se pode definir como exploratório, de mapeamento do campo, o qual buscou uma primeira aproximação na forma de uma análise comparativa, sob a perspectiva de gênero e da integralidade em saúde, dos dados levantados. As perspectivas adotadas supõem um posicionamento por parte da pesquisadora, que foi explicitado ao longo do estudo e que tem por objetivo romper com os pressupostos de neutralidade da ciência e eliminar a fragilidade, apontada por Harding e por Longino, de, ao supor neutro e objetivo o conhecimento que embasa determinados ramos de saber, desconsiderar valores e interesses parciais amplamente disseminados e partilhados pelo *statu quo* da ciência. Esse é o caso do conhecimento que envolve a saúde das mulheres, orientado por séculos de dominação masculina e que privilegia uma abordagem daquelas como objetos reprodutivos e não como sujeitos dotadas de arbítrio e de especificidades socialmente determinadas.

Da perspectiva das racionalidades médicas que orientam diferentes abordagens da saúde e da doença, a visão da integralidade também supõe valores outros do que

aqueles que hoje subjazem às práticas de atenção à saúde, permeadas por aspirações de distinção e manifestações de poder hierárquico, por interesses econômicos e pelo foco na patologia e na parte, esquecidas do *ser*.

A análise comparativa realizou-se, portanto, a partir da perspectiva de gênero – que não se refere apenas às mulheres, mas aos papéis sociais atribuídos a homens e mulheres, o que tem implicações na forma como a saúde aborda, por exemplo, a expressão da sexualidade e as opções que esta envolve, bem como no reconhecimento da autonomia das mulheres em relação ao próprio corpo e saúde. Realizou-se, também, a partir da perspectiva da saúde enquanto estado de completo bem estar físico, psíquico e social (por mais que esta possa se considerar uma situação ideal), ou seja, a partir da perspectiva do *ser* saudável.

Tendo por horizontes os princípios orientadores do SUS e os marcos normativos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, o estudo buscou identificar onde se localizam os empecilhos à efetiva implementação da PNAISM, indagando se e como os princípios que orientam esta política seriam disseminados entre e apropriados por profissionais da medicina, responsáveis últimos pela entrega dos serviços de atenção à saúde, com destaque para o papel das IES nesse processo de apropriação e disseminação de valores.

A comparação entre as escolas possibilitou perceber algumas tendências que merecem o olhar mais aprofundado de novos estudos. Em primeiro lugar, observa-se um esforço por parte da maioria das escolas de inserir em seus currículos conteúdos de medicina comunitária e de humanidades e de integrar atividades práticas nos serviços de atenção primária desde os primeiros semestres do curso. No entanto, observa-se ainda uma clara divisão entre a formação biomédica – dita “científica” e crescendo em importância e em carga horária à medida que avança o curso – e os conteúdos de humanidades e atividades de medicina social que, em geral, ocupam os primeiros semestres. Parece haver pouca integração, no desenvolvimento dos conhecimentos biomédicos específicos, das perspectivas que possam favorecer uma atenção integral à saúde, como os impactos psicossociais e ambientais sobre a saúde e a visão do paciente/usuário do serviço com um agente de sua saúde. No que tange à formação básico-clínica e a especialidades, o foco segue sendo a patologia e seus agentes etiológicos no organismo.

A confrontação das estruturas curriculares e projetos pedagógicos com as categorias de análise e indicadores definidos no estudo tende a confirmar as hipóteses orientadoras do estudo. O exame dos currículos com relação à uma formação voltada para a integralidade, segundo o seu sentido mais amplo, da imagem-objetivo definida por Mattos (2006), revela, em que pesem as adequações às DCN efetuadas pela maior parte das instituições, o predomínio de um modelo que ainda desconsidera os determinantes sociais dos processos saúde-doença e ignora a existência de outras lógicas e racionalidades de cuidado da saúde conferindo, assim, à medicina alopática, o caráter de verdade única para os processos de cura. Parece predominar ainda uma visão da integralidade limitada aos três níveis de atenção à saúde e às dimensões de prevenção e cuidado. No exame dos ementários e planos de ensino evidencia-se a persistência do modelo biomédico na formação, com foco na doença e pouco (ou nenhum) espaço para os determinantes sociais, para a relação médico-paciente e, muito menos, para outras racionalidades médicas. Neste último aspecto, chama a atenção a ausência completa de disciplinas ou conteúdos relacionados, por exemplo, à Homeopatia, uma racionalidade médica oficialmente reconhecida, incorporada ao SUS⁸⁰ e amplamente disseminada na sociedade gaúcha. Vale ressaltar, no entanto, a predominância, nas instituições do interior do estado, de uma formação mais direcionada à clínica geral e a especialidades como ginecologia e obstetrícia, pediatria e saúde coletiva, o que vai ao encontro das necessidades do SUS na atenção básica.

Embora a estrutura curricular apresente variações significativas entre os cursos, todos, invariavelmente, trazem as disciplinas de anatomia, bioquímica e biofísica no primeiro semestre. Isto, a par das implicações já apontadas por Carvalho e Ceccim (2006) de iniciar-se o aprendizado em um corpo morto, estático, desvinculado de seu contexto, de sua história e de seus afetos, também serve como uma espécie de “ritual de iniciação” através do qual começa a desenhar-se o aprendizado informal que insufla no estudante o sentido de *distinção* de classe. O relato de Moura (2004) ilustra isso claramente:

⁸⁰ Portaria 971/06, do MS, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares-PNPIC no SUS

[...] poucos são os cursos médicos em que o primeiro dia dos novatos no laboratório de anatomia humana não se torna um acontecimento para toda a comunidade acadêmica. [...] os novos alunos se deparam com um espaço onde ficam expostos, sobre mesas metálicas, uma série de cadáveres humanos conservados em formaldeído. Este agente químico é bastante volátil e seus vapores produzem intensa irritação nos olhos, nariz e boca, o que provoca um forte desconforto, acompanhado de lacrimejamento, que potencializa o trauma da experiência mas pode, também, dissimular lágrimas de emoção.

O auge ocorre quando alguém se deixa vencer pela carga emocional e desmaia. Este ficará marcado pelo resto de seu convívio com os colegas e contemporâneos da escola médica.

Essa experiência funciona como uma espécie de “batismo”, de “iniciação”, uma prova pela qual todos os aspirantes à distinção honrosa de tornar-se médico têm, necessariamente, que passar (MOURA, 2004 pp. 29-30)

Um testemunho corroborado também pelo de Santos (2009), já citado, e que prepara o estudante, desde o início, para o olhar analítico, da especialidade clínica, não para a escuta e o diálogo que a atenção integral e o foco na saúde exigem.

De um modo geral, não há espaço para se pensar outra abordagem à saúde que não a biomédica. Uma só escola (a FAMED_UFRGS) inclui em seu currículo espaço (em uma disciplina introdutória) para a história da saúde e diferentes racionalidades médicas. Há um certo dissenso entre o que sugere o texto de algumas ementas e o que de fato é trabalhado no conteúdo das disciplinas, o que leva a pensar que, em algumas escolas, currículos e ementas podem estar sendo elaborados não com base em uma firme disposição de introduzir mudanças e na crença de que ela são necessárias, mas apenas para atender às DCN, o que põe em questão o potencial de mudança que tais diretrizes possam portar. O esforço de adaptação dos currículos às recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais está evidente, em maior ou menor grau, em uma parcela considerável das escolas. No entanto, muito menos clara é a integração ao projeto pedagógico e aos planos de ensino das disciplinas daquilo que recomenda o artigo 6º das DCN: compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença” (Resolução nº 4 CNE/CES, de 07/11/2001).

As escolas introduzem disciplinas de integração básico-clínica, de medicina social e de humanidades, bem como novos cenários de práticas, em geral no ciclo básico dos cursos, mas não se observam mudanças nas disciplinas de clínica, cujas ementas e planos continuam a refletir o enfoque da “dissecação” de um corpo descontextualizado. O fato de introduzir “os termos corretos” no projeto pedagógico e

no ementário das disciplinas, novas disciplinas na grade curricular e novos cenários de práticas, por si só, não irá produzir as mudanças necessárias para assegurar que se atendam as necessidades do SUS e uma atenção integral à saúde. É esclarecedor o exemplo, já citado, do plano de ensino da disciplina de Promoção e Proteção da Saúde do Adulto, da FAMED-UFRGS, em que uma atividade de aprendizagem é (ou deveria ser) focada na saúde, em seus determinantes sociais e ambientais, na sua promoção e proteção, acaba orientada, no plano de ensino, para o desenvolvimento de “habilidades clínico-semiológicas”, ou seja, na sintomatologia do indivíduo, na identificação de doenças.

Se, com relação à integralidade, a pesquisa revela alguns avanços e perspectivas futuras, com relação à segunda categoria de análise o panorama é bem mais nebuloso. O estudo deixa evidente que, de um modo geral, a formação médica no Rio Grande do Sul apresenta uma *cegueira* de gênero. A análise dos dados coletados frente a esta categoria confirmou a hipótese da prevalência de uma perspectiva de dominação masculina, que retira da mulher sua dimensão de sujeito, privilegia, ou mesmo limita, a abordagem de sua saúde aos aspectos reprodutivos, tratando-a, ademais, como mero objeto da ação médica. Além disso, confirmando a terceira hipótese, ignora as especificidades de sua condição na sociedade que operam como determinantes de sua saúde. Nas disciplinas que tratam da saúde da mulher numa perspectiva de saúde pública, é recorrente a associação com a saúde da criança, como se fossem indissociáveis, denunciando o foco materno-infantil na formação, o qual irá se refletir nos programas de saúde pública e na atenção à saúde sexual e reprodutiva – reprodução não como um direito, mas como um desígnio.

Ao desconhecer os aspectos específicos relacionados ao papel de gênero atribuído às mulheres na sociedade, a formação médica – em uma suposta neutralidade entre os sexos, nas abordagens do processo saúde-doença que escapam às especificidades fisiológicas –, na verdade, contribui para perpetuar as disparidades de gênero na sociedade e a objetificação da mulher, seja como matriz reprodutiva, seja como alvo passivo das práticas de medicalização. Desconhecer, na formação médica, por exemplo, que as cardiopatias se manifestam de forma diversa entre mulheres e homens; que as mulheres negras apresentam uma tendência maior à hipertensão na gravidez e que, portanto, devem receber uma atenção diferenciada; que a violência

doméstica, seja física ou psicológica, afeta quase um terço da população de mulheres e que isso leva a adoecimentos que não são curados com medicação e sim com escuta, acolhimento e encaminhamento a outros serviços; que mulheres e meninas engravidam vítimas de violência sexual e que, nesse caso, têm o direito assegurado de interromper a gravidez; ou desconhecer outras especificidades relacionada aos processos saúde doença opera em prejuízo das mulheres na atenção à saúde e contra o princípio da integralidade. A suposta neutralidade, portanto, como aponta Longino (1987) e, também, (Bourdieu), oculta valores introjetados, naturalizados e partilhados, muitas vezes de forma inconsciente, por aqueles que produzem o conhecimento “científico”.

A separação entre as áreas de conhecimento dos processos biológicos do adoecimento (que enfatizam a doença e não a saúde e focam no indivíduo) e aquelas voltadas às políticas e à promoção da saúde, à coletividade e ao trabalho multiprofissional, representa um obstáculo à perspectiva da integralidade. Se as disciplinas que constituem o cerne da formação médica não acompanharem as mudanças curriculares, jamais estaremos próximas da imagem-objetivo da atenção integral à saúde. Para isso, há que derrubar barreiras de poder e de *habitus* profissionais incorporados e construir pontes entre saberes.

Uma mudança estrutural é difícil e sempre dolorosa. Implica desestabilizar relações de poder, desfazer feudos e, nesse caso específico, abalar as bases de um *habitus* profissional firmemente consolidado e que busca incansavelmente preservar sua posição hierárquica distintiva – ação evidenciada em campanhas como as do “Ato Médico”, de oposição à abertura de novas escolas e, mais recentemente, contra o título de Bacharel para os formandos de medicina. Por outro lado, vale repetir que a adequada preparação dos docentes para a efetivação das reformas curriculares desempenha um papel fundamental nesse processo. Há que ter em conta as disposições incorporadas pelos docentes através de seu próprio aprendizado e de suas práticas. Disposições difíceis de transformar e que se transmitem no processo de formação, especialmente naqueles espaços que Moura (2004) denominou de “espaços de baixa institucionalidade”.

Entre as escolas estudadas, uma aparece com uma proposta de estrutura e projeto pedagógico inovadores. O curso de medicina da UNISC, o mais novo do estado,

estruturou seu currículo segundo eixos transversais interdisciplinares, segundo a instituição. Nos eixos referidos à saúde por grupos específicos – criança, mulher, adulto – as diversas disciplinas clínicas potencialmente conversam entre si e com outras como Sociologia e Políticas Públicas. Além disso, um módulo de saúde coletiva e interação comunitária perpassa todo o currículo até o internato. O fato da instituição não disponibilizar seu ementário e planos de ensino, no entanto, não permitiu ir mais fundo para verificar se e como o potencial diálogo acontece. Tendo formado sua primeira turma no final de 2011, a UNISC se apresenta como um bom caso para um futuro estudo que venha a determinar: como se operacionaliza na prática a organização por eixos transversais; se a anunciada *interdisciplinaridade* de fato contempla a convergência e a complementaridade entre disciplinas dentro dos módulos e de módulos entre si; como os docentes foram preparados para essa abordagem; e que impactos tudo isso teve sobre os egressos.

É preciso reconhecer que a educação médica, entre os cursos de formação profissional, é, sem dúvida, o mais difícil e exigente do empenho e energia dos estudantes. Demanda dedicação integral, um tempo prolongado de formação e uma carga horária de atividades discentes muito superior a qualquer outro curso. Isso, por si só, leva esses profissionais a reivindicarem um *status* especial na sociedade em vista do investimento em termos de tempo e de recursos na educação, muito embora, o acesso a ela ainda esteja, em boa medida, limitado a uma parcela da sociedade já privilegiada. Esses fatos reforçam um *habitus* profissional que desempenha um papel importantíssimo na educação médica, a qual, mais do que em conhecimentos teóricos, tem sua ênfase no *aprender com os mestres*, na *imitação* das práticas profissionais. Uma parte considerável da formação dos estudantes de medicina se dá pela *observação* de como os professores lidam com questões de saúde/doença e com os pacientes.

Isso coloca em questão a necessidade de, mais do que inserir disciplinas de humanidades em um currículo já suficientemente intenso, trabalhar com os próprios docentes – sensibilizá-los para a necessidade de mudança de práticas, de abordar, no âmbito de suas disciplinas de clínica, questões que até agora não viam como relevantes, porque, em sua prática eles/elas se limitam a reproduzir disposições, percepções, apreciações e ações que adquiriram em suas vivências e práticas.

O que se advoga aqui é, pois, algo mais do que a promoção da multidisciplinaridade ou mesmo da interdisciplinaridade nos currículos, é um movimento em direção à transdisciplinaridade, à fusão, como aponta Olga Pombo, à incorporação pelas disciplinas de clínica de uma perspectiva de gênero e de integralidade. O que, por certo, implica mudanças profundas – implica tematizar concepções e percepções internalizadas e naturalizadas, tanto do sistema sexo/gênero quanto do saber médico e de sua relação com outras racionalidades e com outros profissionais no âmbito da saúde. É, portanto, pôr em questão relações de poder firmemente estabelecidas.

A crise da medicina preocupa a classe médica. Momentos de crise representam oportunidades importantes para mudanças de paradigma. Embora as instâncias de poder e de influência política nas associações médicas sejam ainda quase totalmente dominadas por homens, vem crescendo significativamente o número de mulheres na profissão, como aponta o CFM, o que sinaliza para possibilidades de mudanças nessa relação de forças e, quem sabe, para um ambiente mais favorável a perspectivas de gênero.

Mas, para que essa perspectiva se instale no ambiente da educação médica, faz-se necessário um amplo debate público sobre o papel da formação dos profissionais da medicina na efetivação de práticas de saúde consistentes com as políticas vigentes de saúde das mulheres. Faz-se necessário que o movimento de mulheres, cuja atenção tem estado focada nas políticas, nos gestores e no controle social, passe a apostar em uma interlocução com as instituições de ensino (e, vale dizer, não só na área da saúde). Faz-se necessário que os núcleos de estudos e pesquisas de gênero instituídos nas diversas áreas acadêmicas busquem o diálogo com as escolas médicas e promovam atividades interdisciplinares que coloquem em relevo a importância dos recortes de gênero, tanto na formação quanto na pesquisa médica, esclarecendo os sentidos incorporados nos termos gênero, saúde integral e seus correlatos.

Se as escolas de medicina, por muito tempo, mantiveram-se fechadas à intervenção de outros atores, especialmente da sociedade civil, as exigências de mudanças que vêm se colocando na última década abrem a possibilidade de ações por parte também dos movimentos, no sentido de explicitar para a escola os impactos, na sociedade, de uma

prática profissional cega para as disparidades sociais e ignorante das normativas construídas com intenso e prolongado esforço coletivo.

REFERÊNCIAS

ABREU, José Ricardo Pinto de. **Contexto atual do ensino médico: metodologias tradicionais e ativas- necessidades pedagógicas dos professores e da estrutura das escolas.** Dissertação de Mestrado em educação e Saúde - Faculdade de Medicina - UFRGS. Porto Alegre : s.n., 2009.

ALMEIDA, Márcio José de. 2001. A educação médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. **Revista brasileira de Educação Médica.** mai-ago de 2001, Vol. v. 25(2), pp. 42-52.

_____. **Educação Médica e Saúde - possibilidades de mudança.** Londrina : Ed. UEL, 1999b.

_____. Ensino Médico e o perfil do profissional de saúde para o século XXI. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.** fevereiro de 1999a, Vol. 4, pp. 123-132.

ALVARENGA, LMCA. **A prática médica no programa de saúde da família e sua contribuição para mudança do modelo tecnoassistencial em saúde.** Limites e Possibilidades. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo : s.n., 2004.

ANDERSON, Elizabeth. Feminist Epistemology and Philosophy of Science. In: ZALTA, E. (ed). **The Stanford Encyclopedia of Philosophy** (Spring 2011 edition).2011. [online] Disponível em: <<http://plato.stanford.edu/archives/spr2011/entries/feminism-epistemology/>>. Acesso em: 09.02.2011

AQUINO, Estela ML. Gênero e Saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Rev Saúde Pública.** 2006, Vol. v.40 (nº Esp.), pp. 121-32.

ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública.** 2003, Vol. 19 (Supl. 2), pp. 5465-5469.

ÁVILA, Maria Betânia. Modernidade e Cidadania Reprodutiva. **Estudos Feministas.** 1993, Vol. 1 n. 2, pp. 382-393.

ÁVILA, Maria Betânia e CORRÊA, Sônia. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. **Saúde Sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios.** São Paulo : Hucitec, 1999, pp. p.70-103.

BACHA, Ângela Maria. **Avaliação da Implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher no Estado de São Paulo no período 1987-1990.** Tese de doutorado - Medicina- Universidade Estadual de Campinas. Campinas : UNICAMP, 1997.

BAILEY, Barbara; LEO-RHYNEI, Elsa; MORRIS, Jeanette. Why theory? In: PARPART, JL; CONNELLY, MP; BARRITEAU, VE (orgs.). **Theoretical perspectives on gender and development.** Ottawa : IDRC - International Development Research Center, 2000.

BARBIERI, Fernanda B. **A Rede Unida e o movimento de mudança na formação de profissionais da Saúde.** Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva- Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR : s.n., 2006.

BARBOSA, Regina HS. **Mulheres, reprodução e aids: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+.** Tese de doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro : s.n., 2001.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa : Edições 70, 1979.

BARROS, Zelinda dos Santos. Educação e relações étnico-raciais - Módulo 4. **Curso de Formação para o Ensino de História e Cultura Afrobrasileiras**. Salvador : CEAO/UFBA, 2010.

BARSTED, Leila. O movimento feminista e a descriminalização do aborto. **Estudos Feministas**. 1997, Vols. Ano 5, nº 2, pp. 397-402.

BAUMGARTEN, Maíra. Políticas de Ciência e Tecnologia em Saúde no Rio Grande do Sul: a década de 80. **Saúde: Revista do NIPESC**. 1999, Vols. v.3/v.4, n.3 e4, pp. 145-159.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro : Campus, 1992.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro : Bertrand Brasil, 2010.

_____. **A Distinção: crítica social do julgamento**. São Paulo : EDUSP, 2007.

_____. **Sociologia** - (org. Renato Ortiz). São Paulo: Ática, 1983

BRASIL. Congresso. Câmara Federal. **CPI Mortalidade Materna**. Brasília : Câmara Federal, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Movimento Sanitário Brasileiro na Década de 70: a participação das universidades e dos municípios - Memórias**. Brasília : CONASEMS, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: base de ação programática. **Série B: Textos básicos de Saúde**, 6. Brasília, DF : Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-saúde : programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **20 Anos de Pesquisas sobre Aborto no Brasil**. Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS) - descentralização**. Brasília : Ministério da Saúde, 2000.

BRITO, Carlos Ayres. 2008. **Relatório - Ação Direta de Inconstitucionalidade**. 3.510-0, ADI 3.510-0. Brasília, DF : Supremo Tribunal Federal, 2008.

BUENO, Ronaldo da Rocha Loures; PIERUCCINI, Maria Cristina. **Abertura de Escolas de Medicina no Brasil. Relatório de um cenário sombrio**. s.l. : AMB / CFM, 2004.

CAMARGO Jr., Kenneth Rochel de. A Biomedicina. **PHYSIS: revista de saúde Coletiva**. 2005, Vol. 15 (Suplemento), pp. 177-201.

_____. **Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea**. Rio de Janeiro : UERJ/IMS, 1993. Série Estudos em Saúde Coletiva - nº 65.

_____. **(Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 1990

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Educação Médica, Hospitais Universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. jan-mar de 1999, Vol. 15 (1), pp. 187-193.

CAMPOS, Gastão WS; CHAKOUR, Maurício; SANTOS, Rogério de C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**. jan-mar de 1997, Vol. 13 (1), pp. 141-144.

CARELI, Sandra da Silva. **As transformações no ofício de partejar nas décadas iniciais da República no Rio Grande do Sul**. Trabalho apresentado no IX Encontro Estadual de História - ANPUH-RS. Porto Alegre, RS , julho de 2008.

CARVALHO, Gilson. Saúde: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela. **Saúde em Debate**. jan-abr de 2005, Vol. 29 (69), pp. 99-104.

CARVALHO, Lucia de F; DIMENSTEIN, Magda. A mulher, seu médico e o psicotrópico: redes de interfaces e a produção de subjetividade nos serviços de saúde. **InterAções**. jan-jun, 2003, v. VIII, nº 15, pp. 37-64.

CARVALHO, Yara M; CECCIM, Ricardo B. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, GW et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro : HUCITEC/ Fiocruz, 2006, pp. 149-182.

CAVENAGHI, Suzana (org.). **Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva**. Rio de Janeiro; Brasília : ABEP/UNFPA, 2006.

CHACHAM, Alessandra S. **A medicalização do corpo feminino e a incidência do parto cesáreo em Belo Horizonte** . Tese de Doutorado em Demografia - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1999.

CNE - Conselho Nacional de Educação. **PARECER CNE/CES Nº: 18/2006**. Autorização de Funcionamento, Instituição Interessada: Associação Pró-Ensino em Santa Cruz do Sul (RS). Brasília : Ministério da Educação, 2006.

COELHO, Edméia et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. jan-mar de 2009, Vol. 13 (1), pp. 154-160.

COHN, Amélia. A reforma sanitária brasileira: a vitória sobre o modelo neoliberal. **Medicina Social**. maio de 2008, vol. 3, n.2, pp. 100-112.

CORDEIRO, Hésio. O Instituto de Medicina Social e a Luta pela Reforma Sanitária: contribuição à história do SUS. **PHYSIS: Revista de saúde Coletiva**. 2004, Vol. 14 (2), pp. 343-362.

CORRÊA, S; JANUZZI, PM; ALVES, J.E.D. Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: Marco Teórico-conceitual e Sistema de Indicadores. In: CAVENAGHI, S (org.). **Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva**. Rio de Janeiro : ABEP, 2006.

CORRÊA, Sonia. A ameaça aos consensos do Cairo. **Observatório da Cidadania** - Relatório 2004. 2004, pp. 32-34.

_____. PAISM: uma história sem fim. **Revista Brasileira de Estudos da População**. 1993, v.10 (1/2), pp. 3-12.

CÔRTEZ, Soraya Maria Vargas. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**. jan-jun de 2002, v.4 n. 7, pp. 18-49.

_____. Balanço de Experiências de Controle Social, para além dos Conselhos e Conferências no Sistema Único de Saúde Brasileiro: Construindo a Possibilidade da Participação dos Usuários. **Grupo Interinstitucional de Comunicação e Educação em Saúde de Santa Catarina**. 2000. Disponível em:<<http://www.gices-sc.org/SubteCNSControl.html>> Acesso em 06.02.2012

COSTA, Ana Maria. **O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**: anotações para um debate. Rio de Janeiro : ABEP, 1986. vol.2, pp. 1133-1143. [online] Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/1986/T86V02A24.pdf>> Acesso em: 03/03/2011.

_____. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2009, Vol. 14 (4), pp. 1073-1083.

_____. **O PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada**. s.l. : Relatório de pesquisa subsidiada pela Comissão de Cidadania e Reprodução, 1992.

COSTA, Tonia et al. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** jul-dez de 2006, Vol. 10 (20), pp. 363-80.

CREMESP - Conselho Reginal de Medicina de São Paulo/ CFM - Conselho Federal de Medicina. 2011. **Demografia Médica - Voume 1 - Dados gerais e descrições de desigualdades**. São Paulo : CREMESP/CFM, 2011.

Da ROS, Marco Aurélio. A ideologia nos cursos de medicina. In: MARINS, JIN (org.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo : Hucitec, 2004, pp. 224-244.

DEGES - Departamento de Gestão da Educação na Saúde.MS/MEC/OPAS. **Relatório do I Seminário Nacional do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde II e I Encontro Nacional de Coordenadores dos Projetos Seleccionados para o PET-Saúde**. Brasília : MS/ MEC, 2009. Disponível em:

<<http://www.prosaude.org/publicacoes/SegundoSemNacProsaude1/RelatorioSeminarioNacionalProsaude-30Julho2008.pdf>>. Acesso em: 05.02.2012.

DELGADO, Maria do Carmo. **Estrutura de Governo e Ação Política Feminista: a experiência do PT na Prefeitura de São Paulo**. Tese de Doutorado em Ciências Sociais. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2007.

DÍAZ, Juan; DÍAZ, Margarita. Anticoncepção na adolescência. In: BRASIL/MS-SPS. **Cadernos, Juventude e desenvolvimento**. v.1. Brasília : Ministério da Saúde, 1999.

DUARTE, Petra O. **Análise da Avaliação e do contexto de implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher no Distrito sanitário III - Recife** 2001. Dissertação de Mestrado - Departamento de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Estudos Ageu Magalhães - Fiocruz. Recife : s.n., 2002.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2008, pp. 333-384.

ESPÍNOLA, Artemisa F. La segunda ola del Movimiento Feminista: el surgimiento de la Teoría de. **Mneme Revista de Humanidades**. jul-set, 2004, Vol. 5 n. 11, pp. 564-598.

FALK, João Werner. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. 2004, v. 1, n.1, pp. 5-10.

FAMED UFRGS. **Relatório Anual de Avaliação Institucional da Faculdade de Medicina da UFRGS- 2005**. Porto Alegre, 2005.[online] Disponível em:
<<http://www.famed.ufrgs.br/?pag=nucleo-de-avaliacao-da-unidade.php>>. Acesso em: 12/01/2012.

FEUERWERKER, Laura; SENA, Roseni. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**. fev de 2002, v. 6 n. 10, pp. 37-50.

FNUAP- Fundo de População das Nações Unidas. **Resumo do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Nova Iorque : Nações Unidas, 1995.

FRAUCHES, Celso da C. **A livre iniciativa e a reforma universitária brasileira**. Trabalho apresentado no IV Colóquio Internacional sobre Gestão Universitária na América do Sul. Florianópolis : 8 a 10 de dezembro, 2004.

FREITAS, Carolina G. **O mito da fragilidade: o olhar médico sobre o corpo da mulher e seus desdobramentos psíquicos**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Psicologia. Universidade Católica de Brasília. Brasília : s.n., 2006.

FURG - Fundação Universidade Federal de Rio Grande - Faculdade de Medicina. **Resumo das Atividades Realizadas** - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde. Rio Grande : s.n., 2008. p. Disponível em:
<www.prosaude.org/med/resumo/FURG_MED.pdf>. Acesso em 25.01.2012.

GALVÃO, Elaine Ferreira. **Gênero e Saúde**: representações e práticas na luta pela saúde da mulher. Trabalho apresentado no Seminário Fazendo Gênero 8. ST 57 - Políticas de mulheres e políticas de gênero. Florianópolis : s.n., 2008.

GAMA, Andréa et al. Representações e experiências de mulheres sobre a assistência ao parto. **Cad. Saúde Pública**. nov de 2009, Vol. 25 (11), pp. 2480-2489.

GISSIS, Snaith B. When is 'race' a race? 1946-2003. **Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences**. 2008, Vol. 39, pp. 437-450.

GUIMARÃES, Antonio Sergio. **Racismo e anti-racismo no Brasil**. São Paulo : Fundação de Apoio à Universidade de São Paulo, 1999.

HABERMAS, Jürgen. **Teoría de la acción comunicativa**: complementos y estudios previos. Madrid : Cátedra, 1994.

_____. **Teoría de la acción comunicativa, I** - Racionalidad de la acción y racionalización social - 4ª ed. Madrid : Taurus, 1987.

HARDING, Sandra; NORBERG, Kathryn. New Feminist Approaches to Social Science Methodologies: an Introduction. **Signs: Journal of Women in Culture and Society**. Summer, 2005, Vol. 30 n. 4, Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/10.1086/428420>>. Acesso em: 25.07.2011, pp. 2009-2015.

HARDING, Sandra. Gender, Democracy, and philosophy of science. **The Pantaneto Forum**. Abril de 2010, Vol. n. 38. disponível em: <<http://www.pantaneto.co.uk/issue38/front38.htm>> Acesso em 10/10/2011.

_____. Introduction: Is there a feminist method? **Feminism and methodology : social science issues**. Bloomington : Indiana University Press, 1987, pp. 1-14.

_____. Why has the sex/gender system become visible only now? In: HARDING, S.; HINTIKKA, M (eds.). **Discovering reality**: Feminist perspectives on epistemology, metaphysics, methodology and philosophy of science. Boston : D. Reidel, 1983, pp. 311-324.

HELD, Virginia. Feminism and Epistemology: recent work on the connection between gender and knowledge. **Philosophy & Public Affairs**. Vol. 14, No. 3, Summer, 1985

HIRATA, Helena; KERGOAT, Daniéle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**. set-dez, 2007, Vol. 37 n. 132, pp. 595-609.

HIRSCHMAN, Charles. The origins and demise of the concept of race. **Population and Development Review**. September de 2004, Vol. 30 (3), pp. 385-415.

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde**: 1991-2004. Brasília : INEP/MEC, 2006.

KEMP, Amy ; EDLER, Flavio Coelho. A reforma médica no Brasil e Estados Unidos: um comparação entre duas retóricas. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**. set-dez de 2004, Vol. 11(3), pp. 569-585.

KENDALL, Patricia; READER, George. Innovations in Medical Education of the 1950s Contrasted with those of the 1970s and 1980s. **Journal of Health and Social Behavior**. December de 1988, Vol. 29, pp. 279-293.

KNAUTH, Daniela R. Between personal wishes and medical "prescription": mode of delivery and post-partum sterilisation among women with HIV in Brazil. **Reproductive Health Matters**. 2003, Vol. v. 11 (22), pp. 113-121.

KUMMER, Lizete Oliveira. **A medicina social e liberdade profissional: os médicos gaúchos na Primeira República**. Dissertação de Mestrado - PPG História - IFCH/ UFRGS. Porto Alegre : s.n., 2002.

LEAL, Sandra Maria. **"Lugares de (não) ver?"**- As representações sociais da violência contra a mulher na atenção básica de saúde. Tese de doutorado em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre : s.n., 2010.

LINDNER, Sheila R. **Direitos Reprodutivos: entre o discurso e a prática na atenção à saúde da mulher com foco no Planejamento Familiar**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis : s.n., 2005.

LINS, Auristela Maciel. **O programa UNI da Fundação Kellogg no Brasil: uma avaliação a partir do postulado de coerência de Mario Testa**. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP. Campinas : s.n., 1997.

LONGINO, Helen. Can there be a feminist science? **Hypatia**. 1987,v.2, n.3 (Fall 1987), pp. 51-64.

_____. **Science as social knowledge: values and objectivity in scientific inquiry**. Princeton : Princeton University Press, 1990.

LUZ, Madel Therezinha. **Ordem Social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos**. Rio de Janeiro : CEPESC - IMS/LAPPIS - ABRASCO, 2007.

_____. **Integralidade e saúde: uma prática social**. Trabalho apresentado na 56ª Reunião Anual da SBPC . Cuiabá, MT : s.n., 2004.

_____. **Estudo comparativo das medicinas ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica em programas públicos de saúde**. Rio de Janeiro : UERJ/MS (Série Estudos em Saúde Coletiva, n.140), 1996.

_____. **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas**. Rio de Janeiro : UERJ/IMS (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 62), 1993.

_____. **Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988

MACHADO, José Lúcio et al. Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. ago, 1997, Vol. 1 (1) Botucatu, pp. 147-156.

MAIA, Christiane; GUILHEM, Dirce; LUCCHESI, Geraldo. Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**. abr de 2010, Vol. 26 (4), pp. 682-692.

MARTINS, L et al. Conhecimento obre métodos anticoncepcionais por adolescentes. **Revista de Saúde Pública**. 2006, Vol. 40 (1), pp. 57-64.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO; MATTOS (orgs.) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde**. Rio de Janeiro : CEPESC/IMS/UERJ/Abrasco, 2006.

MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**. set-out de 2004, Vol. 20(5), pp. 1411-1416.

MERHY, Emerson Elias; ACIOLE, Giovanni Gurgel. Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com a CINAEM as possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em medicina. **Pro-Posições**. jan-abr de 2003, v. 14, n. 1(40).

MINAYO, Maria Cecília S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo : HUCITEC, 2010.

MOTA, André *et al.*. **Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil: à obra de Maria Cecília Donnangelo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

MOURA, Luis Cesar S. **A face reversa da educação médica**: um estudo sobre a formação do habitus profissional no ambiente da escola paralela. Porto Alegre : AGE, 2004.

MURARO, Rose Marie. **Sexualidade da mulher brasileira**: corpo e classe social no Brasil. Rio de Janeiro : Record- Rosa dos Tempos, 1996.

NAGAHAMA, Elizabeth; SANTIAGO, Silvia M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. jul-set de 2005, Vol. 10 (3), pp. 651-657.

NOGUEIRA, Maria Inês. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2009, Vol. 33 (2), pp. 262-270.

_____. Racionalidades Médicas e formação em saúde: um caminho para a integralidade. In: PINHEIRO , R.; SILVA JR, AGS (orgs.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro : CEPESC: IMS/UERJ. Disponível em: <<http://racionalidadesmedicas.pro.br/files/2011/06/Racionalidades-M%C3%A9dicas-e-Forma%C3%A7%C3%A3o-em-Sa%C3%BAde-um-caminho-para-a-Integralidade.pdf>> Acesso em: 01.11.11, 2010.

NORDENFELT, Lennart. Understanding the concept of health. Homage à Wlodek. **Philosophical Papers Dedicated to Wlodek Rabinowicz**. [Online] 2007a. [Acesso em: 26/10/2011.] Disponível em:< <http://www.fil.lu.se/HomageaWlodek>>.

_____. The concepts of health and illness revisited. **Medicine, Health Care and Philosophy**. 2007b, Vol. 10, pp. 5-10.

NUNES, Everardo D. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2008, Vol. 13 (3), pp. 909-916.

OLIVEIRA, AR; LYRA, J. **Direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e as políticas públicas de saúde**: desafios à atenção básica. Trabalho apresentado no Seminário Fazendo Gênero 8: Corpo, Violência e Poder. Florianópolis : s.n., 2008.

OLIVEIRA, Neilton Araujo et al. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. **Rev. bras. educ. med.** jul-set de 2008, Vol. vol.32 n. 3.

OLIVEIRA, Rebeca Nunes. **Violência de gênero e necessidades em saúde**: limites e possibilidades da estratégia saúde da família. Tese de Doutorado em Enfermagem . São Paulo : Universidade de São Paulo, 2011.

OSIS, Mari José MD. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de saúde Pública.** 1998, Vol. 14 (Supl. 1), pp. 25-32.

OSIS, Maria José MD. **Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa**: história de uma intervenção. Dissertação de Mestrado: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas : s.n., 1994.

PAIM, Jairnilson. Ações Integradas de Saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Cadernos de Saúde Pública.** abr-jun de 1986, vol. 2, n.2, pp. 167-183.

PAIM, Jairnilson et al. **Saúde no Brasil 1-** O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. In: PAIM, J (org.). *Séries*. [online] : TheLancet.com. 2011, pp. 11-31. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>>. Acesso em: 05.03.2012.

PALMEIRA, Clarice G; JUCÁ-VASCONCELOS, Helena. Psicologia no plantão geral: uma parceria em prol da integralidade. **Práxis e Formação.** 2008, Vol. Ano 1, pp. 129-137.

PEDROSA, Michele. Atenção Integral à Saúde da Mulher: desafios para implementação na prática assistencial. **Rev. Bras. Med. Fam. Com.** out-dez de 2005, v.1 n 3.

PEREIRA, Wilza Rocha. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços de saúde. **Texto e Contexto Enfermagem.** jul-dez, 2004, v. 13 (3), pp. 391-400.

PIERUCCI, Lucirleia Alves Moreira. **Os novos cursos de medicina fazem mal à saúde?** Dissertação de Mestrado - Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Educação. Campinas, SP : s.n., 2007.

PIETILÄ, Hilka. Engendering the Global Agenda. The Story of Women and the United Nations. **Development Dossier.** United Nations Non-Governmental Liaison Service (NGLS) [online] 2004. Disponível em: <<http://www.unsystem.org/ngls/documents/publications.en/develop.dossier/dd.06/contents.htm>>. Acesso em 05/03/2008.

PIMENTA, Tania Salgado. Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade do Oitocentos'. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos.** 2004, Vol. 11 (suplemento 1), pp. 67-92.

_____. Barbeiros, sangradores e curandeiros no Brasil (1808 - 28). **História, Ciências, Saúde - Manguinhos.** jul-out de 1998, V (2), pp. 349-72.

PINHEIRO, Roseni ; LUZ, Madel. **Práticas Eficazes x Modelos Ideais**: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade.[online]Disponível em:

<<http://www.lappis.org.br/site/noticias/biblioteca-de-downloads/finish/3-artigos/3-praticas-eficazes-x-modelos-ideais-acao-e-pensamento-na-construcao-da-integralidade.html>> Acesso em: 26.04.2011]

PINHEIRO, Roseni. Integralidade. In: PEREIRA, IB; LIMA, JC (orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro : EPSJV/ Fiocruz, 2008, pp. 255-262.

PUGIN, Simone Rossi ; NASCIMENTO, Vania Barbosa. **Principais marcos das mudanças institucionais no setor saúde** (1974-1998). São Paulo : CEDEC, 1999. p. 33p. Vol. Série Didática nº 1.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van. **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Lisboa : Gradiva, 1992.

REDDOCK, Rhoda. Why Gender? Why Development? In: PARPART, J et al. (orgs.). **Theoretical Perspectives on Gender and Development**. Ottawa : IDRC – International Development Research Centre, 2000.

REEVES, Hazel; BADEN, Sally. **Gender and Development: Concepts and Definitions**. BRIDGE (development- gender). Brighton : Institute of Development Studies – University of Sussex, 2000.

REIS, Cássia B.; ANDRADE, Sônia M.O. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2008, Vol. 13 (1), pp. 61-70.

RIBEIRO, Manoel Carlos, et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2006, v. 11 (4), pp. 1011-1022.

RIO GRANDE DO SUL. Comissão Interinstitucional e Comunitária do PAISM. 1987. **Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher** - Projeto de Implantação. Porto Alegre : [mimeo], 1987.

ROCHA, Anderson M. Ayurveda Ciência da Saúde e da Longevidade. **A racionalidade médica ayurvédica**. [Online] 2008. [Acesso em: 12/04/2012.] Disponível em: <<http://www.ayurveda.com.br/ayurveda/home/default.asp?cod=296&cat=211>>.

RODRIGUES, Ricardo Donato. Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da UERJ: uma perspectiva histórica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. 2007, v.3, n. 11.

RODRIGUES, Silvio F. Senhores da cura: negociações e conflitos no diversificado universo da cura no extremo norte do Brasil, 1889-1919. **Histórica – Revista Eletrônica do Arquivo Público do Estado de São Paulo**. out, 2010, Vol. 44, p. Disponível em: <<http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/anteriores/edicao44/materia05/texto05.pdf>> Acesso em: 05.06.2012.

SANTOS, Naiane. **Avaliação na Educação Médica: componente formativo em convergência ou divergência com os desafios de transformação do ensino presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais?** Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Educação - UFRGS. Porto Alegre, 2009

SARDENBERG, Cecília MB. Da crítica feminista à ciência a uma ciência feminista? **labrys, études féministes/ estudos feministas**. [Online] jan-jun de 2007. [Citado em: 04 de 06 de 2011.]: <<http://www.tanianavarrosowain.com.br/labrys/labrys11/libre/cecilia.htm>>.

SCAVONE, Lucila. Direitos reprodutivos, políticas de saúde e gênero. **Estudos de Sociologia**. 2000, v. 5, n. 9.

SCHRAIBER, Lilia B. Servicios de Salud y Ciudadanía: dilemas y desafíos de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos de las mujeres. Conferencia proferida en Mujer y Salud en Uruguay - Curso de Capacitación en salud sexual y reproductiva para equipos de salud. Montevideo. 24 setiembre 2009

_____. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, v.1, n.1, 1997.

SCHRAIBER, Lilia B e D'OLIVEIRA, Ana Flavia. **O que devem saber os profissionais da saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica**. São Paulo : Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde, 2003.

_____. Violência contra as mulheres: interfaces com a saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. 1999, Vol. 3 (5), pp. 11-26.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. 2007, Vol. 17 (1), pp. 29-41.

SCOTT, Joan. Gender: a useful category of historical analysis. **American Historical Review**. Dec de 1986, Vol. 91 (5), pp. 1053-75.

SILVA, Luiz Antonio Santini da. A Educação Médica e a Reforma Sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**. out-dez de 1986, Vol. 2 (4), pp. 493-504.

SOARES, Marilu Corrêa. **A integralidade na saúde da mulher: possibilidades de atenção à mulher com câncer de colo uterino nos serviços de saúde**. Tese de doutorado- Enfermagem em Saúde Pública-USP. Ribeirão Preto : s.n., 2007.

SOUTO, Katia MB. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**. v.10, n. 22

SOUZA, Patrícia; ZEFERINO, Angelica MB; ROS, MA. Currículo Integrado: entre o discurso e a prática. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2001, Vol. 35 (1), pp. 20-25.

TEMPLETON, Alan. Washington University in St.Louis - **Newsroom by Tony Fitzpatrick**. *Evolutionary biologist: race in humans a social, not biological, concept*. [Online] 20 de May de 2003. [Acesso em: 06 de jul de 2012.] <http://news.wustl.edu/news/Pages/184.aspx>.

TESSER, Charles D.; LUZ, Madel T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2008, Vol. 13 (1), pp. 195-206.

TORRE, Sirlene de Fátima. **Integralidade no cuidado à saúde da mulher: refletindo sobre a atuação dos profissionais de saúde em unidades básicas de saúde do município de Toledo - PR**.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2009.

TOUNTAS, Yannis. The historical origins of the basic concepts of health promotion and education: the role of ancient Greek philosophy and medicine. **Health Promotion International**. March de 2009, Vol. 24 (2), pp. 185-192.

TRAVASSOS, Cláudia, et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev Panam Salud Publica**. 2002, Vol. 11 (5/6).

UNESCO. **The Race Concept: Results of an Inquiry**. Paris : UNESCO, 1952.

URTIAGA, Maria Elizabeth. UFPel/Medicina/Bioética. *A Faculdade Leiga de medicina da UFPel e sua história*. [Online] 2005. [Acesso em: 13/02/2012.]
<http://www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/A%20Faculdade%20Leiga%20de%20Medicina.PDF>.

VERAS, Renato P; RIBEIRO, Lucia S; LIMA, José Carlos. Notas sobre a evolução da escola médica no Brasil. **Educación Médica y Salud**. 1983, Vol. 17 (4).

VIANNA, Solon Magalhães, et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Brasília : Organização Pan-Americana de saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

VIEIRA, Felipe Almeida. **“Fazer a classe”**: identidade, representação e memória na luta do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul pela regulamentação profissional (1931-1943). UFRGS / PPG História - Dissertação de Mestrado. Porto Alegre : s.n., 2009.

VILLELA, Wilza; LAGO, Tania. Conquistas e desafios no atendimento às mulheres que sofreram violência sexual. **Cadernos de Saúde Pública**. fev, 2007, v. 23(2), pp. 471-475.

VILLELA, Wilza. 2000. Saúde Integral, Reprodutiva e Sexual da Mulher: redefinindo o objeto de trabalho a partir do conceito de gênero e da Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento. In: ARAÚJO, MJ et al. (org.) **Saúde das mulheres: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde**. São Paulo : Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde, 2000, pp. p.23-32.

WACQUANT, Loïc J. D. O legado Sociológico de Pierre Bourdieu: duas dimensões e uma nota pessoal. **Rev. Sociol. Polit.** n. 19, 2002, pp.95-110

WEBER, Beatriz Teixeira. Identidade e corporação médica no sul do Brasil na primeira metade do século XX. **Varia Historia**. jul/dez de 2010, vol. 26, nº 44, pp. 421-435.

WELLER, Silvana I. **Serviços de saúde e sexualidade**: uma pesquisa desenvolvida como dispositivo de gestão. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas : s.n., 2004.

WHO - World Health Organization. **Women and health**: today's evidence tomorrow's agenda. Genebra : WHO Press, 2009.

WITTER, Nikelen Acosta. Curar como arte e ofício: contribuições para um debate historiográfico sobre saúde, doença e cura. **Tempo**. 2005, Vol. nº 19, pp. 13-25.

Referências da Internet

ABEM. Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM. *Projetos da ABEM - CINAEM*. [Online] 2008. [Citado em: 10 de 03 de 2012.] <http://www.abem-educmed.org.br/cinaem.php>.

DATASUS. IDB 2010 Brasil. *Indicadores de Morbidade*. [Online] 2010. [Acesso em: 15/09/2011.] <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2010/d0201.def>.

FAMED- FURG - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Rio Grande. 2011. Faculdade de Medicina da FURG. [Online] 2011. [Acesso em: 13/01/2012.] http://www.medicina.furg.br/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=26

FAMED-UFRGS. FAMED-UFRGS. *Comissões - Comissão de Graduação em Medicina*. [Online] 2012. [Acesso em: 10/01/2012.] <http://www.famed.ufrgs.br/index.php?pag=congrad.php>.

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira. *Censo da Educação Superior - Evolução da Educação Superior - Graduação*. [Online] 2011. [Acesso em: 26/01/2012.] <http://portal.inep.gov.br/web/censo-da-educacao-superior/evolucao-1980-a-2007>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. CNESnet. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. *Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde*. [Online] 2012. [Acesso em: 12/11/2011.] <http://cnes.datasus.gov.br/>.

PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. PUCRS - FAMED. *Capa - Apresentação - Medicina*. [Online] 2008. [Acesso em: 10/01/2012.] <http://www3.pucrs.br/portal/page/portal/fameduni/fameduniCapa/fameduniconhec>.

_____. **Saúde Materno-Infantil 2012-I. Plano de ensino da disciplina.** 2012a. [online] Disponível em: <<http://www3.pucrs.br/portal/page/portal/fameduni/fameduniCapa/famedGrad/famedProgramas>>. Acesso em: 23/11/2011

_____. **Saúde da Mulher e Materno-Infantil - 2012-I. Plano de ensino da disciplina.** Porto Alegre, 2012b. [online] Disponível em: <<http://www3.pucrs.br/portal/page/portal/fameduni/fameduniCapa/famedGrad/famedProgramas>>. Acesso em: 23/11/2011

RACIONALIDADES MÉDICAS. *Racionalidades Médicas e Práticas em Saúde*. [Online] s/d. [Acesso em: 15/11/2011.] <http://racionalidadesmedicas.pro.br/sobre/>.

UCPel - Universidade católica de Pelotas. *Cursos / Medicina*. [Online] 2012. [Acesso em: 13/02/2012.] <http://www.ucpel.tche.br/portal/?secao=cursos&tipo=1&id=86>.

UCPel - Universidade Católica de Pelotas. 2004. Website UCPel. *Medicina*. [Online] 2004. [Acesso em: 12/05/2012.]: <<https://www.ucpel.tche.br/sapu/mostradisciplinascurso.php3?codcurso=3040>>.

UCS - Universidade de Caxias do Sul. Centro de Ciências da Saúde. *Medicina*. [Online] 2009. [Acesso em: 13/01/2012.] <http://www.ucs.br/portais/curso145/>.

UFCSPA - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. 2010. *Prestação de Contas Ordinárias Anual - Relatório de Gestão do Exercício de 2010*. Porto Alegre : UFCSPA, 2010. p. Disponível em:
<<http://www.ufcspa.edu.br/ufcspa/administracao/planodegestao/relgest2010.pdf>>. Acesso em: 20.06.2012.

_____. *Graduação - Medicina*. [Online] 2012a. [Acesso em: 13/02/2012.]
<http://www.ufcspa.edu.br/index.php/cursos/medicina>.

_____. *Administração - Plano e Relatório de Gestão*. [Online] 2012b. [Acesso em: 03/04/2012.] <http://www.ufcspa.edu.br/index.php/plano-e-relatorios-de-gestao>.

UFPEL - Universidade Federal de Pelotas. 2005. Faculdade de Medicina UFPel. *Apresentação*. [Online] 2005. [Acesso em: 13/02/2012.] <http://www.ufpel.tche.br/medicina/principal.htm>.

UFSM - Universidade Federal de Santa Maria. 2010. Prograd - Pró-Reitoria de Graduação. *Medicina*. [Online] 2010. [Acesso em: 10/01/2012.]
<http://w3.ufsm.br/prograd/not.php?id=981>.

ULBRA- Universidade Luterana do Brasil. 2012. Medicina - Ulbra. *O curso*. [Online] 2012. [Acesso em: 14/01/2012.] <http://www.ulbra.br/medicina/o-curso/>.

UNISC - Universidade de Santa Cruz do Sul. 2012. Medicina. *O Curso*. [Online] 2012. [Acesso em: 14/01/2012.] <http://www.unisc.br/portal/pt/cursos/graduacao/medicina/o-curso.html>.

UPF - Universidade de Passo Fundo - Faculdade de Medicina. 2007. Carta Acordo n.BR/LOA/0600101.001. Passo Fundo : s.n., 2007. [online] Disponível em:<
http://www.prosaude.org/med/resumo/UPF_MED.pdf>. Acesso em: 13/02/2012

UPF - Universidade de Passo Fundo. 2012. UPF - Universidade de Passo Fundo. *Cursos oferecidos - Medicina*. [Online] 2012. [Acesso em: 13/02/2012.]
http://www.upf.br/site/index.php?option=com_content&task=view&id=116&Itemid=32&.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
LINHAS DE PESQUISA: SOCIEDADE E CONHECIMENTO, SOCIEDADE PARTICIPAÇÃO SOCIAL
E POLÍTICAS PÚBLICAS**

REGINA BEATRIZ DE ANDRADE VARGAS

**A SAÚDE INTEGRAL DAS MULHERES E A EDUCAÇÃO MÉDICA:
UMA PONTE POR CONSTRUIR**

APÊNDICES E ANEXOS

**Porto Alegre
Agosto, 2012**



APÊNDICES



TIPO	Nº	ORGÃO DE ORIGEM	Q	MÊS	ANO	EMENTA	Assunto
<u>LEI</u>	3640	CD	10	10	1959	REVIGORA O DECRETO LEI QUE REGULA EXAMES DE HABILITAÇÃO PARA OS AUXILIARES DE ENFERMAGEM E PARTEIRAS PRÁTICAS	REF. DEC LEI 8778 PARTEIRAS PRÁTICAS
<u>PRI</u>	344	GM	12	12	1983	CONSTITUI GRUPO DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR NO INST NAC. DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO SOB DENOMINAÇÃO DE UNIDADE DE SISTEMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA	GRUPO DE TRABALHO
<u>PRI</u>	111	GM	12	4	1984	CREDENCIA COMO CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL PARA O PAISM A UNICAMP QUE FUNCIONARÁ SOB A SUPERVISÃO DO INAN	CREDECIAAMENTO DA UNICAMP COMO CENTRO DE REF. NACIONAL PARA PAISM
<u>PRI</u>	110	GM	12	4	1984	CREDENCIA COMO CENTRO DE REFERÊNCIA NACIONAL PARA O PAISM O INST MATERNO INFANTIL DE PERNAMBUCO E FUNCIONARÁ SOB A SUPERVISÃO DO INAN	CREDECIAAMENTO DO IMP COMO CENTRO DE REF. NACIONAL PARA PAISM
<u>LEI</u>	7498	PR	25	6	1986	DISPÕE SOBRE REGULAMENTAÇÃO DO EXERCÍCIO DE ENFERMAGEM E DA OUTRAS PROVIDÊNCIAS	REGULAMENTAÇÃO EXERCÍCIO ENFERMAGEM
<u>RES</u>	22	CNS	17	2	1992	SOLICITA AO MINISTRO DA SAÚDE IMPLEMENTAÇÃO OU IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES DE PLANEJAMENTO FAMILIAR	AÇÕES DE PLANEJAMENTO FAMILIAR
<u>RES</u>	39	CNS	11	3	1993	INSTITUI A COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DA MULHER, INTEGRANTE DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE	COMISSÃO INTERSETORIAL SAÚDE DA MULHER
<u>PRI</u>	700	GM	25	6	1993	DESIGNA MEMBROS PARA COMPOR COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DA MULHER	CISMU
<u>PRI</u>	1745	GM	14	10	1994	DESIGNA MEMBROS PARA COMPOR COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DA MULHER NA QUALIDADE DE TITULAR E SUPLENTE	CISMU
<u>PRI</u>	663	GM	23	3	1994	DECLARA A MORTALIDADE MATERNA COMO UM DOS PROBLEMAS PRIORITÁRIOS DE SAÚDE PÚBLICA.	MORTALIDADE MATERNA
<u>PRI</u>	96	SAS	15	6	1994	CONSIDERANDO A NECESSIDADE DE DESVINCULAÇÃO DOS HONORÁRIOS RELATIVOS AO ATENDIMENTO DO RECEM NASCIDO NA SALA DE PARTO PELO PEDIATRA NEONATOLOGISTA INCLUI-SE NA TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SIH ATENDIMENTO AO RN EM SALA DE PARTO	ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO EM SALA DE PARTO
<u>RES</u>	199	CNS	4	11	1996	APROVA A REESTRUTURAÇÃO DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DA MULHER CRIADA A TRAVÉS DA RES 39 DE 4/02/93 COM 1 REPRESENTANTE DE CADA ENTIDADE	REESTRUTURAÇÃO SAÚDE DA MULHER
<u>LEI</u>	9263	PR	12	1	1996	ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA - ESTABELECE PENALIDADES E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS	ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA
<u>RES</u>	217	CNS	5	3	1997	SOLICITA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO MS DO ESTADO DE SÃO PAULO QUE EM CONJUNTO COM A CEME PROVIDENCIE RETESTAGEM DOS LOTES DE ANTICONCEPCIONAIS PRODUZIDOS PELA UNIÃO QUÍMICA	RETESTAGEM DE ANTICONCEPCIONAIS
<u>RES</u>	205	CNS	27	1	1997	APROVA O PLANO DE TRABALHO DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DA MULHER – CISMU DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE PARA 1997.	PLANO DE TRABALHO DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DA MULHER
<u>PRI</u>	569	SVS	12	11	1997	PROPOSTA REGULAMENTO TÉCNICO SANITÁRIO DA PRODUÇÃO, IMPORTAÇÃO, EXPORTAÇÃO, COMERCIALIZAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO, PRESCRIÇÃO, DISPENSAÇÃO E USO DE SUBSTÂNCIAS OU MEDICAMENTOS ENTORPECENTES E PSICOTRÓPICOS - CYTOTEC	CYTOTEC
<u>PRI</u>	40	SAS	3	4	1997	AUTORIZA OS HOSPITAIS PARA COBRANÇA NA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH, DOS PROCEDIMENTOS DE VIDEOLAPAROSCOPIA PELO PERÍODO DE 6 MESES, QUANDO DEVERÃO SER SUBMETIDOS A REAVALIAÇÃO PELA SES/SP.	CENTRO DE REF. DA SAÚDE DA MULHER E DE NUTR. ALIM. DESENV. INFANTIL/SP
<u>RES</u>	258	CNS	01	4	1998	SOLICITA AO MINISTÉRIO DA SAÚDE QUE PROCEDA A REGULAMENTAÇÃO E NORMATIZAÇÃO DO ABORTO ATENDIMENTO AOS CASOS DE ABORTO LEGAL ATRAVÉS DO SUS	ABORTO
<u>RES</u>	256	CNS	12	2	1998	DEFINE O ÓBITO MATERNO NOS ESTADOS E MUNICÍPIOS, COMO EVENTO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA PARA A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	ÓBITO MATERNO
<u>RES</u>	255	CNS	12	2	1998	SUGERE QUE O MINISTÉRIO DA SAÚDE PROCEDA A UMA AVALIAÇÃO CRITERIOSA DOS PRODUTOS QUE VÊM SENDO DESENVOLVIDOS NO ÂMBITO FEDERAL RELATIVOS À ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER.	ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
<u>PRI</u>	3482	GM	21	8	1998	INCLUI NA TABELA DO SIH OS GRUPOS DE PROCEDIMENTOS "INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS NA GRAVIDEZ EM GESTANTES DE ALTO RISCO"	RECURSOS FINANCEIROS

TIPO	Nº	ORGÃO DE ORIGEM	DI	MÊS	ANO	EMENTA	Assunto
<u>PRI</u>	3477	GM	21	8	1998	ACOMPANHAMENTO DO ATENDIMENTO PERINATAL PARA REDUÇÃO DO ÍNDICE DE MORBIMORTALIDADE MATERNA E NEONATAL; ATENDIMENTO HOSPITALAR NA ASSISTÊNCIA A GESTANTE DE ALTO RISCO	ATENDIMENTO À GESTANTE
<u>PRI</u>	3432	GM	13	8	1998	ESTABELECE CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO PARA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO, INCLUSIVE NEONATAL	UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO
<u>PRI</u>	3041	GM	23	6	1998	INSTITUI O COMITÊ EXECUTIVO DO PROGRAMA NACIONAL DE COMBATE AO CÂNCER DE COLO UTERINO	INSTITUI COMITÊ EXECUTIVO DO PNCCU
<u>PRI</u>	3040	SPS	23	6	1998	INSTITUI O PROGRAMA NACIONAL DE COMBATE AO CÂNCER DE COLO UTERINO	INSTITUI PROGRAMA
<u>PRI</u>	3016	GM	26	6	1998	INSTITUI O PROGRAMA DE APOIO A IMPLANTAÇÃO DOS SISTEMAS ESTADUAIS DE REFERENCIA HOSPITALAR PARA ATENDIMENTO A GESTANTE DE ALTO RISCO. (EMENTA ELABORADA PELA CDI/MS).	GESTANTE ALTO RISCO
<u>PRI</u>	2883		5	6	1998	CONSIDERANDO A NECESSIDADE DE MELHORIA DO ATENDIMENTO OBSTÉTRICO E NEONATAL E A REDUÇÃO DA TAXA DE CESARIANA NO SUS INSTITUI O PRÊMIO GALBA DE ARAÚJO	PRÊMIO GALBA ARAÚJO
<u>PRI</u>	2817	GM	2	6	1998	MOTIVO DE COBRANÇA AIH - NEONATAL	TRABELA DE PROCEDIMENTOS
<u>PRI</u>	2816		2	6	1998	IMPLANTA CRÍTICA VISANDO O PAGAMENTO DO PERCENTUAL MÁXIMO DE CESARIANAS, EM RELAÇÃO AO TOTAL DE PARTOS POR HOSPITAL	PARTO CESARIANA (SIH-SUS)
<u>PRI</u>	2815	GM	2	6	1998	INCLUI NA TABELA DO SIH O GRUPO DE PROCEDIMENTO E OS PROCEDIMENTOS REFERENTES AO PARTO NORMAL SEM DISTOCIA POR ENFERMEIRO OBSTETRA INCLUSIVE ANALGESIA NO PARTO	TABELA DE PROCEDIMENTOS (SIH-SUS)
<u>PRI</u>	2433	GM	26	3	1998	INSTITUI COMITÊ TÉCNICO CIENTÍFICO DE ACESSORAMENTO AO SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER.	SAÚDE DA MULHER.
<u>PRI</u>	505	SVS	24	6	1998	REGULAMENTO TÉCNICO FIXA REQUISITOS EXIGIDOS PARA FUNCIONAMENTO DE LABORATÓRIOS DE CITOPATOLOGIA E HISTOLOGIA EM MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO	LABORATÓRIO
<u>PRI</u>	184	SAS	19	10	1998	ESTABELECE QUE OS MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSTICOS, CONSTANTE NA TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SAI/SUS SOMENTE PODERÃO SER COBRADOS POR MEIO DE BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL.	CUSTO PRODUTOS QUIMIOTERAPIA
<u>PRI</u>	172	SAS	7	10	1998	INCLUI TABELA SIASUS PROCEDIMENTOS RELACIONADOS AO CÂNCER DE COLO UTERINO E FIXA VALORES	TABELA PROCEDIMENTOS
<u>PRI</u>	150	SAS	9	9	1998	INCLUI NA TABELA DO SIASUS CAF E CIRURGIA DE CONIZAÇÃO DO COLO UTERINO COM ALÇA DE LEEP - COLETA DE MATERIAL CITOPATOLÓGICO - EXAME ANATOMO -PATOLÓGICO	TABELA PROCEDIMENTOS
<u>PRI</u>	149	SAS	9	9	1998	INCLUI NA TABELA SIASUS CONSULTA PREVENÇÃO CÂNCER DE UTERINO E FIXA VALOR DOS PROCEDIMENTOS	TABELA PROCEDIMENTOS
<u>PRI</u>	117	SAS	6	8	1998	DEFINE OS RECURSOS FEDERAIS DESTINADOS AO FINANCIAMENTO DOS PROCEDIMENTOS DO PROGRAMA NACIONAL DE COMBATE AO CÂNCER DE COLO UTERINO	RECURSOS
<u>PRI</u>	113		31	7	1998	ALTERAÇÃO DA TABELA SIA / SUS	TABELA SAI
<u>PRI</u>	112	GM	5	8	1998	INCLUI NA TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA/CITOLOGIA A CLASSIFICAÇÃO DO CÓDIGO 02/99	INCLUSÃO DE PROCEDIMENTO
<u>PRI</u>	94	SAS	16	7	1998	ALTERA A SISTEMÁTICA DE APRESENTAÇÃO DE AIH EM MEIO MAGNÉTICO PARA HOSP. INTEGRANTES DO SIH/SUS	ALTERA SISTEMÁTICA APRESENTAÇÃO AIH
<u>PRI</u>	79	SAS	8	7	1998	INCLUI NA TABELA DE PROC. SAI/SUS - COLETA DE MATERIAL DE EXAME CITOLÓGICO PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO - CITOPATOLOGIA - CONTROLE DE QUALIDADE DO EXAME CITOPATOLÓGICO CÉRVICO VAGINAL	INCLUSÃO DE PROCEDIMENTO
<u>RES</u>	476	ANVS	24	9	1999	CONCESSÃO DE REGISTRO DE PRODUTOS SIMILARES, NOVOS PRAZOS DE VALIDADE, NOVAS APRESENTAÇÕES COMERCIAIS, NOVOS ACONDICIONAMENTOS. ALTERAÇÕES DE PUBLICAÇÃO DE REGISTRO POR MODIFICAÇÃO DE ADJUVANTES, MUDANÇAS NOS LOCAIS DE FABRICO DOS PRODUTOS FARMACÊUTICOS	PRODUTOS FARMACÊUTICOS
<u>PRI</u>	1406		15	12	1999	REGULAMENTAÇÃO DO PRÊMIO GALBA ARAÚJO	PRÊMIO GALBA ARAÚJO

TIPO	Nº	ORGÃO DE ORIGEM	DI	MÊS	ANO	EMENTA	Assunto
PRI	1091	GM	26	8	1999	CRIA UNIDADES DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL NO ÂMBITO DO SUS PARA RECÉM-NASCIDOS DE MÉDIO RISCO	NEONATAL
PRI	985	GM	6	8	1999	CRIA CENTRO PARTO NORMAL NO ÂMBITO DO SUS PARA ATENDIMENTO A MULHER NO PERÍODO GRAVIDICO-PUPERAL	CENTRO DE PARTO NORMAL
PRI	888		13	7	1999	FUNIONAMENTO DE CASAS DE PARTO E MATERNIDADE-MODELO, TANTO PARA ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE COMO FILOSOFIA DO PARTO NORMAL	CASAS DE PARTO
PRI	882	SE	25	11	1999	PROMOVE ALTERAÇÃO DE MODALIDADE DE APLICAÇÃO DE DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS APROVADAS NA LEI 9789 DE 23/02/1999	LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL
PRI	865	GM	7	7	1999	REDEFINIR OS LIMITES DE QUE TRATA O ITEM 01 DA PORTARIA GMM/SNº DE 29 DE MAIO DE 1998	ORÇAMENTO
PRI	228	SAS	28	5	1999	INCLUI O NÍVEL DE HIERARQUIA CÓDIGO 4; NO PROCEDIMENTO DE CÓDIGO 132-5 - CAF, NA TABELA SIASUS COM A REDAÇÃO: 132-5 CAF - CIRURGIA DE CONIZAÇÃO DE COLO UTERINO REALIZAD COM ALÇA DE LEEP	TABELA PROCEDIMENTOS
PRI	98	SAS	29	3	1999	DETERMINA O RECADASTRAMENTO, NO PRAZO DE 90 (NOVENTA) DIAS, DOS PROFISSIONAIS CADASTRADOS COMO ANESTESISTAS (CÓDIGO DE VALIDADE 6) BEM COMO O CADASTRAMENTO DE NOVOS PROFISSIONAIS, NO SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS. (EMENTA ELABORADA PELA CDI/IM	ANESTESIOLOGIA
PRI	95	SAS	24	4	1999	MANTER NA TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SAISUS OS PROC DA CAMPANHA NACIONAL DE COMBATE AO CÂNCER DE COLO UTERINO	PROC CÂNCER DE COLO UTERINO
PRI	85	SAS	17	3	1999	PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO	PROCEDIMENTO ESTERILIZAÇÃO
PRI	48	SAS	17	2	1999	INCLUI NOS GRUPOS DE PROCEDIMENTOS DO SIH/SUS CIRURGIA OBSTÉTRICA III E V - CESAREANA COM LAQUEADURA TUBÁRIA	CESARIANA COM LAQUEADURA TUBÁRIA
PRI	6	SAS/GM	31	5	1999	INCLUI NO GRUPO DE PROC. CIRURGIA DE MAMA III DO SIH PLASTICA MAMÁRIA RECONSTRUTIVA. PÓS MASTECTOMIA, COM IMPLANTE DE PRÓTESE	PLASTICA MAMÁRIA
LEI	10449	PR	20	12	1999	INCLUI TESTES PARA DETECÇÃO DO HIV E DA SÍFILIS NOS EXAMES PRÉ-NATAL (REF. PROJ. LEI 774/97 DO DEP SIDNEY BERALDO- PSDF)	HIV E SÍFILIS
LEI	9799	PR	26	5	1999	INSERE NA CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO REGRAS SOBRE O ACESSO DA MULHER AO MERCADO DE TRABALHO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS	CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO
LEI	9797	PR	6	5	1999	DISPÕES SOBRE A OBRIGATORIEDADE DA CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA DA MAMA PELA REDE DE UNIDADES INTERGRANTES DO SUS NOS CASOS DE MULTILAÇÃO DECORRENTE DE TRATAMENTO DE CÂNCER	CÂNCER
PRI	748	SE	16	10	2000	PROMOVE ALTERAÇÃO DE MODALIDADE DE APLICAÇÃO DE DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS APROVADAS NA LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL (LOA) 9969 DE 11/05/00	LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL
PRI	679	SE	19	9	2000	PROMOVE ALTERAÇÃO DE MODALIDADE DE APLICAÇÃO DE DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS APROVADAS NA LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL (LOA) 9969 DE 11/05/2000	DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA
PRI	572	GM	8	6	2000	INSTITUI O COMPONENTE III DO PHPN - NOVA SISTEMÁTICA DO PAGAMENTO À ASSISTÊNCIA AO PARTO	ASSISTÊNCIA AO PARTO
PRI	571	GM	8	6	2000	INSTITUI O COMPONENTE II DO PHPN - ORGANIZAÇÃO, REGULÇÃO E INVESTIMENTOS NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E NEONATAL	PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO
PRI	570	GM	8	6	2000	INSTITUI O COMPONENTE I DO PHPN - INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO
PRI	569	GM	8	6	2000	INSTITUI O PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO	HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO
PRI	466	GM	15	6	2000	CONFERE AOS ESTADOS E AO DF A COMPETÊNCIA PARA ESTEBELECEER LIMITES PERCENTUAIS AO NÚMERO DE CESARIANAS EXECUTADO A CADA MÊS E PROPÕE UM PACTO DE REDUÇÃO GRADUAL DESSE NÚMERO ATÉ NÍVEIS ACEITÁVEIS	CESARIANA

TIPO	Nº	ORGÃO DE ORIGEM	QUANTIDADE	MÊS	ANO	EMENTA	Assunto
PRI	356	SAS	25	9	2000	ESTABELECE RECURSOS FINANCEIROS POR ESTADO E DISTRITO FEDERAL, DESTINADOS A IMPLEMENTAÇÃO DO COMPONENTE II DO PHPN, ORGANIZAÇÃO, REGULAÇÃO E INVESTIMENTOS NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E NEONATAL	RECURSOS FINANCEIROS PARA COMPONENTE II DO PHPN
PRI	266	SAS	28	7	2000	CADASTRA A UNIDADE HOSPITALAR F.M.S. CIAMICA - CENTRO INTEGR. DE ATENÇÃO/MULHER - CRIANÇA - ADOLESCENTE - TERESINA - PI.COM PENDENCIAS. (EMENTA ELABORADA PELA CDI/MS).	CADASTRA UNIDADES HOSPITALARES
PRI	27	SE/SAS	31	10	2000	FIXAR NA FORMA DO ANEXO DESTA PORTARIA, OS LIMITES DE RECURSOS ANUAIS E MENSUAIS ALOCADOS POR UNIDADE FEDERADA, PARA FINANCIAMENTO, PELO FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÃO - FAEC, DOS ADICIONAIS RELATIVOS AOS PROCEDIMENTOS CONSTANTES DA PORTARIA GM	FAEC
PRI	12	SPS	30	8	2000	DEFINE QUE A SÉRIE NUMÉRICA PARA A IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE NA REFERIDA FICHA É DE RESPONSABILIDADE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.	PHPN
PRI	9	SPS	10	7	2000	ESTABELECE QUE O PROCESSO DE ADESAO AO PHPN ESTÁ CONDICIONADO AO PREENCHIMENTO DO TERMO DE ADESAO	TERMO DE ADESAO
PRI	2080	MS/GM	14	11	2001	ESTABELECE QUE AS UNIDADES FEDERADAS QUE DESEJAREM ADERIR AO PACTO DE REDUÇÃO DAS TAXAS DE CESARIANAS PODERÃO APRESENTAR AS SUAS PROPOSTAS DE ADESAO, ENCAMINHANDO À SAS/MS, O PACTO PARA REDUÇÃO DAS TAXAS DE CESARIANAS, A SER FIRMADO ENTRE OS ESTADOS/DIST	PACTO PARA REDUÇÃO TAXAS CESARIA
PRI	2007	GM	1	11	2001	ALTERAÇÃO, ATO NORMATIVO, GESTÃO DE PROJETOS, PROGRAMAS DE SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE, ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA, HANSEIASE, DENGUE, MALÁRIA, TUBERCULOSE, SAÚDE DA FAMÍLIA, SAÚDE DA MULHER, SAÚDE DO TRABALHADOR, SAÚDE MENTAL, SAÚDE S	PROGRAMAS DE SAÚDE
PRI	1102	GM	3	8	2001	INSTITUI COMITÊ EXECUTIVO DA SEGUNDA FASE DE INTENSIFICAÇÃO DO PNCCU VINCULADO A SPS/MS	INSTITUI COMITÊ
PRI	426	GM	5	4	2001	DEFINE PARA DF E ESTADOS QUE NÃO ADERIRAM AO PACTO NA FORMA PROPOSTA NA PROTÁRIA GM/MS/ 466, DE 14 DE JUNHO DE 2000 OS LIMITES TOTAIS DE CESÁREAS PARA O ANO DE 2001	LIMITES DE CESÁRIAS
PRI	393	GM	30	3	2001	APROVA, NOS TERMOS DO ANEXO I, A AGENDA NACIONAL DE SAÚDE PARA O ANO DE 2001.	AGENDA NACIONAL SAÚDE
PRI	294	FNSA	24	5	2001	DESIGNA MEMBROS PARA COMPORER O CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DE MANAUS	CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA
PRI	59	SE	15	6	2001	ALTERAÇÃO DE MODALIDADE DE APLICAÇÃO DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS APROVADOS NA LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL (LOA) 10.171 DE 05/01/2001	LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL
PRI	49	SE/SAS	14	8	2001	INCLUI NA RELAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DO SAI/SUS, CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA NO TRATO GENITAL INFERIOR (CAF)	INCLUSÃO DE PROCEDIMENTO
PRI	48	SE	13	8	2001	INCLUI O PROCEDIMENTO AMIU DA TABELA DO SIH	AMIU
PRI	23	SE/SAS	06	6	2001	ESTABELECE A OBRIGATORIEDADE DE ALIMENTAÇÃO DA BASE DE DADOS NACIONAL DO SISPRENATAL, POR PARTE DOS MUNICÍPIOS QUE ADQUIREM AO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRE-NATAL E NASCIMENTO.	PHPN
PRI	1359	GM	26	7	2002	INSTITUI NO AMBITO DA SECRETARIA DE ASSISTENCIA A SAUDE-SAS/MS, O COMITE TECNICO ASSESSOR EM ASSISTENCIA PERINATAL E NEONATAL.	ASSISTENCIA PERINATAL E NEONATAL
PRI	1356	GM	26	7	2002	INCLUI NO INCENTIVO À ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA BÁSICA, MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS	MÉTODOS CONTRACEPTIVOS
PRI	1343	GM	26	7	2002	INCLUI NA TABELA DE PROC ESPECIAIS DO SIH/SUS O PROC 95002022 ATENDIMENTO AO RN EM SALA DE PARTO II EXCLUSIVAMENTE PARA HOSP INTEGRANTES DOS SISTEMAS ESTADUAIS DE REF. HOSPITALAR NO ATENDIMENTO A GESTANTE DE ALTO RISCO	GEST ALTO RISCO

TIPO	Nº	ORGÃO DE ORIGEM	DI	MÊS	ANO	EMENTA	Assunto
PRI	719	SAS	8	10	2002	DEFINE QUE OS REPRESENTANTES DOS ORGÃOS/ENTIDADES RELACIONADOS NO ARTIGO 2º DA PORTARIA GM/MS Nº 1359, DE 25 DE JULHO DE 2002, PARA A COMPOSIÇÃO DO COMITÊ TÉCNICO ASSessor EM ASSISTENCIA PERINATAL E NEONATAL, SÃO OS NOMINADOS EM ANEXO.	COMPOSIÇÃO DO COMITÊ TÉCNICO
PRI	179		30	1	2002	DEFINIR PARA AS UNIDADES FEDERADAS QUE NÃO ADERIRAM AO PACTO PROPOSTO NA PORTARIA GM/MS 466 DE 14/6/2000 O LIMITE DE CESÁREA DE 27% POR HOSPITAL PARA O 1º SEMESTRE DE 2002	LIMITES DE CESÁRIAS
LEI	10516	SF	11	7	2002	CARTEIRA NACIONAL DA SAÚDE DA MULHER	CARTEIRA SAÚDE MULHER
PRI	653	GM	30	5	2003	ESTABELECE QUE O ÓBITO MATERNO PASSE A SER CONSIDERADO EVENTO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	ÓBITO MATERNO
PRI	652	GM	30	5	2003	INSTITUI-SE A COMISSÃO NACIONAL DE MORTALIDADE MATERNA PARA REALIZAR DIAGNÓSTICO, PROPOR DIRETRIZES, ACOMPANHAR AÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE COM A FINALIDADE DE MELHORAR A SAÚDE DA MULHER	COMISSÃO NACIONAL DE MORTALIDADE MATERNA
PRI	207	SAS	4	8	2003	HABILITA OS HOSPITAIS SÃO LUCAS DE PATO BRANCO - PR, UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA, STA CASA DE MIS. DE SÃO LOURENÇO DO SUL - RS E HOSPITAL DA MULHER - AP, COMO AMIGO DA CRIANÇA NO SIH/SUS	HABILITA HOSPITAIS COMO AMIGO DA CRIANÇA NO SIH/SUS
DEC	s/n	PR	27	8	2003	Institui Grupo de Trabalho Interministerial para promover o debate nacional sobre os direitos sexuais e direitos reprodutivos, com ênfase na paternidade consciente e atuante.	DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS; GT
PRI	71	INCA	2	6	2003	RESOLVE CONSTITUIR COMISSÃO DESTINADA A PROCEDER A REGULARIZAÇÃO DA SITUAÇÃO DOS BENS DESTINADOS À EXECUÇÃO DESCENTRALIZADA DO PROGRAMA VIVA MULHER AOS ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS, FAZENDO A CESSÃO DEFINITIVA DOS BENS	CRIA COMISSÃO PARA REGULARIZAÇÃO DE BENS - SAÚDE DA MULHER
PRI	1777	GM/MJ	11	9	2003	APROVA O PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO, CONSTANTE DO ANEXO 1, DESTINADO A PROVER A ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA POPULAÇÃO PRISIONAL CONFINADA EM UNIDADES MASCULINAS E FEMININAS, BEM COMO NAS PSIQUIÁTRICAS	PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO
LEI	10778	CN	24	11	2003	CONSTITUI OBJETO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	VIOLÊNCIA
PRI	2673	MS	23	12	2004	APROVA O REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DE GAYS, LÉSBICAS, TRANSGÊNEROS, E BISEXUAIS- GLBT	COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE
PRI	2632	GM	16	12	2004	APROVA O REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS	POP NEGRA
PRI	2623	GM	16	12	2004	ESTABELECE RECURSOS A SEREM DISPONIBILIZADOS AO ESTADO DE SÃO PAULO PARA CUSTEIO E MANUTENÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE CAMPINAS - UNICAMP E DO CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL DE SAÚDE DA MULHER - CAISM DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, E DÁ OUTRAS PROVI	CAISM
PRI	2607	GM	13	12	2004	APROVA O PLANO NACIONAL DE SAÚDE/PNS - UM PACTO PELA SAÚDE NO BRASIL.	PACTO PELA SAÚDE NO BRASIL
PRI	2406	GM	8	11	2004	INSTITUI SERVIÇOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	VIOLÊNCIA
PRI	2381	GM	29	10	2004	CRIA A REDE NACIONAL DE BANCOS DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL...	BANCO SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL
PRI	1117	GM	8	6	2004	ALTERA VALORES PROCEDIMENTOS SIA E SIH E INCLUI ALGUNS PROCEDIMENTOS	SIA-AIH/SUS
PRI	936	GM	20	5	2004	DISPÕE SOBRE A ESTRUTURAÇÃO DA REDE NACIONAL DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE E A IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE NÚCLEOS DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA EM ESTADOS E MUNICÍPIOS.	NÚCLEOS DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA
PRI	821	GM	5	5	2004	DESCENTRALIZAÇÃO DO SIH/SUS	DATASUS
PRI	766		22	12	2004	ART. 1º - EXPANDIR PARA TODOS OS ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES INTEGRANTES DO SUS, CONFORME DISPÕE A PORTARIA GM/MS Nº 569, DE 1º DE JUNHO DE 2000, A REALIZAÇÃO DO EXAME VDRL (CÓDIGO 17.034.02-7) PARA TODAS AS PARTURIENTES INTERNADAS, COM REGISTRO OBRIGAT	PHPN
PRI	151	GM	5	2	2004	CRIA GRUPO DE TRABALHO PARA ANÁLISE E ELABORAÇÃO DE PROPOSTAS PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL NO BRASIL	GRUPO DE TRABALHO PARA MELHORIA DA ATENÇÃO OBSTÉTRICA

TIPO	Nº	ORGÃO DE ORIGEM	DI	MÊS	ANO	EMENTA	Assunto
<u>PRI</u>	54	SVS	20	9	2004	CRIAÇÃO COMITÊ SELEÇÃO PLANOS E PROJETOS NACIONAIS, SOCIEDADE CIVIL, PREVENÇÃO AIDS, HIV E DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	CRIA COMITÊS PARA PLANOS E PROJETOS NACIONAIS
<u>DEC</u>	5099	PR	3	6	2004	REGULAMENTA A LEI 10.778. FICAM INSTITUÍDOS OS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA SENTINELA, AOS QUAIS SERÃO NOTIFICADOS COMPULSÓRIAMENTE OS CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	VIOLÊNCIA
<u>PRI</u>	2418	GM	6	12	2005	REGULAMENTA PRESENÇA DO ACOMPANHANTE PARA MULHERES EM TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS PARTO IMEDIATO	ACOMPANHANTE NO PARTO
<u>PRI</u>	1508	GM	1	9	2005	DISPÕE SOBRE O PROCEDIMENTO DE JUSTIFICAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DA INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ NOS CADOS PREVISTOS EM LEI O ÂMBITO DO SUS	INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ -VIOLÊNCIA
<u>PRI</u>	1187	GM	14	7	2005	SUSPENDE PORTARIAS POR 30 DIAS PARA ANÁLISE DOS IMPACTOS FINANCEIROS E APRECIÇÃO DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE	SUSPENSÃO DE PORTARIAS
<u>PRI</u>	1162	SAS	8	7	2005	DETERMINA QUE A SAS SUBMETA À CONSULTA PÚBLICA A MINUTA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS	SAÚDE DO ADOLESCENTE
<u>PRI</u>	745	SAS	23	12	2005	ESTABELECE O INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF, UNIDADE TÉCNICO CIENTÍFICA DA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, COMO REFERÊNCIA NACIONAL PARA O MINISTÉRIO DA SAÚDE NA ÁREA DA SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA E ADOLESCENTE	REFERÊNCIA E CONSULTA
<u>PRI</u>	642	GM	2	4	2005	DEFINE RECURSOS QUE SERÃO REPASSADOS AOS ESTADOS E DISTRITO FEDERAL PARA AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS DA TABELA DESCRITIVA DO SAUSUS	FINANCIAMENTO PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS
<u>PRI</u>	513	SAS	5	10	2005	CRIA GRUPO DE TRABALHO PARA ELABORAÇÃO DE PROPOSTA DE REGULAMENTAÇÃO DA LEI 11.108 QUE SE REFERE AO PRESENÇA DE ACOMPANHANTE NO PARTO	ACOMPANHANTE NO PARTO
<u>PRI</u>	476	SAS	13	9	2005	PRORROGA, POR 30 (TRINTA) DIAS, O PRAZO ESTABELECIDO NO ARTIGO 3º DA CONSULTA PÚBLICA Nº 02, DE 06 DE JULHO DE 2005, PUBLICADA NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO Nº 129, DE 07 DE JULHO DE 2005, SEÇÃO 1, PÁGINA	PRORROGA PRAZO
<u>PRI</u>	427	GM	22	3	2005	INSTITUI COMISSÃO NACIONAL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PACTO NACIONAL PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS	REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL
<u>PRI</u>	426	GM	23	3	2005	INSTITUI, NO ÂMBITO DO SUS, A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL EM REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS	REPRODUÇÃO HUMANA E ASSISTIDA
<u>PRI</u>	388	SAS	11	7	2005	DETERMINA QUE AS SECRETARIAS ESTADUAIS E DO DISTRITO FEDERAL JUNTO COM OS MUNICÍPIOS ADOTEM PROVIDÊNCIAS PARA IMPLANTAR A REDES DE ATENÇÃO EM REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA	REPRODUÇÃO HUMANA
<u>PRI</u>	11	GM	6	2	2005	TORNA PÚBLICA A PROPOSTA DE PROJETO DE RESOLUÇÃO - REQUISITOS COMUNS PARA HABILITAÇÃO DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E PEDIÁTRICA	HABILITAR UNIDADES
<u>LEI</u>	11.108	PR	7	4	2005	ALTERA A LEI 8.080 DE 19/09/1990 PARA GARANTIR AS PARTURIENTES O DIREITO À PRESENÇA DE ACOMPANHANTE NO PARTO	DIREITO A ACOMPANHANTE NO PARTO
<u>LEI</u>	11106		29	3	2005	EXTINÇÃO DO CRIME DE ADULTÉRIO E IMPUNIDADE DO ESTUPRADOR CASO A VÍTIMA SE CASASSE COM O AGRESSOR OU TERCEIRO	ADULTÉRIO E ESTUPRO
<u>DECRETO</u>	2	SAS	7	7	2005	SUBMETE À CONSULTA PÚBLICA OS PARÂMETROS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS ÁREAS: SAÚDE DA MULHER, SAÚDE DA CRIANÇA, ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, SAÚDE DO ADOLESCENTE, SAÚDE DO ADULTO, SAÚDE DO IDOSO, SAÚDE BUCAL, SAÚDE DO TRABALHADOR, SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	CONSULTA PÚBLICA
<u>DEC</u>	5948		27	10	2006	APROVA A POLÍTICA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO AO TRAFICO DE PESSOAL E INSTITUI GRUPO DE TRABALHO INTERMINISTERIAL COM O OBJETIVO DE ELABORAR PROPOSTA DO PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO AO TRAFICO DE PESSOAS - PNETP.	TRÁFICO DE PESSOAS
<u>RES.</u>	4126	ANVISA	21	12	2006	SUSPENSÃO DE FABRICAÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS POR NÃO POSSUIREM REGISTRO/NOTIFICAÇÃO NA ANVISA	SUSPENSÃO DE FABRICAÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO DE DOCUMENTOS

TIPO	Nº	ORGÃO DE ORIGEM	DI	MÊS	ANO	EMENTA	Assunto
RES	1605	ANVISA	29	5	2006	COMO MEDIDA CAUTELAR DE INTERESSE SANITÁRIO, A PROIBIÇÃO DA FABRICAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO, COMÉRCIO E USO, EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL, DOS PRODUTOS SAÚDE DA MULHER - 400ML, CIRCULAÇÃO COMPOSTO VEGETAL-400ML, SETE ERVAS COMPOSTO-400ML, PARATUDO, ANÊMICO PLUS	PRODUTOS FARMACÊUTICOS
PRI	675	GM	30	3	2006	APROVA CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE, QUE CONSOLIDA OS DIREITOS E DEVERES DO EXERCÍCIO DA CIDADANIA NA SAÚDE EM TODO O PAÍS	DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS
PRI	341	SE	13	12	2006	APROVA O PLANO DE TRABALHO, QUE FAZ PARTE INTEGRANTE DA PRESENTE PORTARIA, INDEPENDENTEMENTE DE TRANSCRIÇÃO, DESTINANDO RECURSOS FINANCEIROS DO ORÇAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, NO VALOR DE R\$ 200.000,00 (DUZENTOS MIL REAIS), COM A FINALIDADE DE CURSO, CO	RECURSOS FINANCEIROS
PRI	64	SCTIE	10	10	2006	INSTITUI A COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA NACIONAL DE DEMOGRAFIA E SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER - PNDS 2006.	PESQUISA EM SAÚDE
PRI	42	SCTIE	10	4	2006	CRIA A COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA NACIONAL DE DEMOGRAFIA E SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER – PNDS, COM COMPETÊNCIAS PARA PROMOVER A INTEGRAÇÃO ENTRE O MINISTÉRIO DA SAÚDE E A ENTIDADE EXECUTORA DA PNDS, ASSESSORAR AS ÁREAS TÉCNICAS DO MINISTÉRIO	PESQUISA EM SAÚDE
PRI	3343	MJ	29	12	2006	ALTERA OS VALORES DO INCENTIVO PARA ATENÇÃO À SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO E DAS OUTRAS PROVIDÊNCIAS.	SAÚDE DA MULHER NO SISTEMA PENITENCIÁRIO
LEI	11340	PR	7	8	2006	LEI MARIA DA PENHA. CRIA MECANISMOS PARA COIBIR A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER; NOS TERMOS DO § 8º DO ART. 226 DA CF, DA CONVENÇÃO SOBRE ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA AS MULHERES E DA CONVENÇÃO INTERAMERICANA PAR	VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER
RES	1811	CFM	17	1	2007	ESTABELECE NORMAS ÉTICAS PARA A UTILIZAÇÃO, PELOS MÉDICOS, DA ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA, DEVIDO A MESMA NÃO FERIR OS DISPOSITIVOS LEGAIS VIGENTES NO PAÍS.	ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA
RES	356	ANVISA	7	2	2007	COMO MEDIDA DE INTERESSE SANITÁRIO, A SUSPENSÃO DA DISTRIBUIÇÃO, COMÉRCIO E USO, EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL, DOS PRODUTOS SAÚDE DA MULHER, DOLOMITA, GINKGO BILOBA OU QUAISQUER OUTROS PRODUTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA, FABRICADOS POR MÉD VIDA PR	SUSPENSÃO DE COMERCIALIZAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO DE PRODUTOS, PRODUTO FARMACÊUTICO.
LEI	11634	PR	27	12	2007	DISPÕE SOBRE O DIREITO DA GESTANTE AO CONHECIMENTO E A VINCULAÇÃO À MATERNIDADE ONDE ONDE RECEBERÁ ASSISTÊNCIA NO ÂMBITO DO SUS	MATERNIDADE
LEI	11489		20	6	2007	INSTITUI O DIA 6 DE DEZEMBRO COMO O DIA NACIONAL DE MOBILIZAÇÃO DOS HOMENS PELO FIM DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES.	MOBILIZAÇÃO DOS HOMENS PELO FIM DA VIOLÊNCIA
LEI	11489		20	06	2007	INSTITUI O DIA 6 DE DEZEMBRO COMO O DIA NACIONAL DE MOBILIZAÇÃO DOS HOMENS PELO FIM DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES.	MOBILIZAÇÃO DOS HOMENS PELO FIM DA VIOLÊNCIA
RES	383	CNS	30	1	2008	APROVA A REESTRUTURAÇÃO DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DA MULHER – CISMU	SAÚDE DA MULHER
RES	36	ANVISA	3	6	2008	REGULAMENTO TÉCNICO PARA FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL
PRI	3136	GM	24	12	2008	DEFINE O REPASSE DE INCENTIVO FINANCEIRO AOS HOSPITAIS MATERNIDADE DE REFERÊNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, PARA SE ADEQUAREM AOS REQUISITOS DE AMBIÊNCIA E HUMANIZAÇÃO PARA A ATENÇÃO AO PARTO E AO NASCIMENTO	ATENÇÃO AO PARTO E AO NASCIMENTO
PRI	1707	GM	21	8	2008	INSTITUI, NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR, A SER IMPLANTADO NAS UNIDADES FEDERADAS, RESPEITADAS.	PROCESSO TRANSEXUALIZADOR
PRI	1.119	MS	5	6	2008	REGULAMENTA A VIGILÂNCIA DE ÓBITOS MATERNS	ÓBITOS MATERNS
PRI	958	GM	16	5	2008	REDEFINE A POLÍTICA NACIONAL DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ELETIVOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE.	PROJETOS EM SAÚDE

TIPO	Nº	ORGÃO DE ORIGEM	DI	MÊS	ANO	EMENTA	Assunto
<u>PRI</u>	746	PR	23	12	2008	APROVAR O PLANO DE TRABALHO DE APOIO ÀS AÇÕES DE SAÚDE DO(A) UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, COM A FINALIDADE DE TREINAMENTO SOBRE CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER.	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE
<u>PRI</u>	492	SAS	11	9	2008	INCLUI, NA ESTRUTURA DA NUMERAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES, DÍGITO ESPECÍFICO PARA IDENTIFICAR APAC DO ELENCO DE PROCEDIMENTOS QUE INTEGRAM A POLÍTICA NACIONAL DE CIRURGIAS ELETIVAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE, CONFORME ESPEC	CURURGIA ELETIVA
<u>PRI</u>	325	GM	13	3	2008	ESTABELECE PRIORIDADES, OBJETIVOS E METAS DO PACTO PELA VIDA PARA 2008, OS INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PACTO PELA SAÚDE E AS ORIENTAÇÕES, PRAZOS E DIRETRIZES PARA A SUA PACTUAÇÃO.	PACTO PELA VIDA
<u>LEI</u>	11770	PR	9	9	2008	CRIA O PROGRAMA EMPRESA CIDADÃ, DESTINADO A PRORROGAÇÃO DA LICENÇA-MATERNIDADE MEDIANTE CONCESSÃO DE INCENTIVO FISCAL	LICENÇA MATERNIDADE
<u>LEI</u>	11664	PR	29	4	2008	DISPÕE SOBRE A EFETIVAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE QUE ASSEGURAM A PREVENÇÃO, A DETECÇÃO, O TRATAMENTO E O SEGUIMENTO DOS CÂNCERES DO COLO UTERINO E DE MAMA, NO ÂMBITO DO SUS	CÂNCER DO COLO DO ÚTERO
<u>DEC</u>	6690		12	12	2008	INSTITUI O PROGRAMA DE PRORROGAÇÃO DA LICENÇA A GESTANTE E A ADOTANTE, ESTABELECE OS CRITÉRIOS DE ADESAO AO PROGRAMA E DA OUTRAS PROVIDÊNCIAS.	LICENÇA MATERNIDADE
<u>DEC</u>	6387	PR	05	3	2008	APROVA O II PLANO NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES - II PNP/M, E DA OUTRAS PROVIDÊNCIAS.	POLÍTICA PARA MULHERES
<u>DEC</u>	6347		09	1	2008	APROVA O PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO AO TRAFICO DE PESSOAS - PNETP E INSTITUI GRUPO ASSESSOR DE AVALIAÇÃO E DISSEMINAÇÃO DO REFERIDO PLANO.	TRÁFICO DE PESSOAS
<u>PRI</u>	116	SVS	11	2	2009	REGULAMENTA A COLETA DE DADOS, FLUXO E PERIODICIDADE DE ENVIO DAS INFORMAÇÕES SOBRE ÓBITOS E NASCIDOS VIVOS PARA OS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE SOB GESTÃO DA SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	ÓBITO E NASCIDOS VIVOS
<u>PRI</u>	4159	GM	21	12	2010	Define o Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), como Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da FIOCRUZ, para atuar como órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento, na coordenação e na avaliação das ações integradas para a saúde da mulher, da criança e do adolescente no Brasil.	INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA
<u>PRI</u>	568		24	3	2011	Constitui o Comitê Técnico Assessor para acompanhamento da política de prevenção, diagnóstico e tratamento dos cânceres de colo de útero e de mama.	CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA
<u>PRI</u>	1459	GM	24	6	2011	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha	REDE CEGONHA
<u>PRI</u>	1472	GM	24	6	2011	Institui o Comitê de Mobilização Social e o Comitê de Especialistas para o fortalecimento das ações de prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e de mama e formaliza a Rede Colaborativa para qualificar o diagnóstico e tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero.	COMITÊ DE MOBILIZAÇÃO/ESPECIALISTAS PREVENÇÃO CÂNCER DE OLO DO ÚTERO E DE MAMA
<u>PRI</u>	1473	GM	24	6	2011	Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde.	REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAUDE
<u>PRI</u>	2012		23	8	2011	Estabelece recursos adicionais para o fortalecimento das ações de rastreamento e diagnóstico precoce dos cânceres do colo uterino e de mama.	CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA
<u>DEC</u>	7562	CN	15	9	2011	Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica	RESIDÊNCIA MÉDICA
<u>RES</u>	3	CNRM	16	9	2011	Dispõe sobre o processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de Residência Médica.	RESIDÊNCIA MÉDICA

TIPO	Nº	ORGÃO DE ORIGEM	DI	MÊS	ANO	EMENTA	Assunto
<u>PRI</u>	2488	GM	21	10	2011	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).	POLÍTICA NACIONAL ATENÇÃO BÁSICA
<u>PRI</u>	2508		27	10	2011	Aprova as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero.	CÂNCER DO COLO DO ÚTERO
<u>PRI</u>	5	MS/MEC	28	10	2011	assegura a manutenção do quantitativo de vagas de ingresso aprovadas nos editais de convocação	RESIDÊNCIA MÉDICA
<u>PRI</u>	2836	GM	1	12	2011	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT).	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LGBT
<u>LEI</u>	12550	CN	15	12	2011	Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal; e dá outras providências.	EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
<u>DEC</u>	7646	PR	21	12	2011	Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.	TECNOLOGIAS DE SAÚDE
<u>MPV</u>	557	PR	26	12	2011	INSTITUI O SISTEMA NACIONAL DE CADASTRO, VIGILÂNCIA E ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE E PUÉRPERA PARA PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, AUTORIZA A UNIÃO A CONCEDER BENEFÍCIO FINANCEIRO, ALTERA A LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990, E A LEI Nº 9.782, DE 26 DE JANEIRO DE 1999.	CADASTRO UNIVERSAL DE GESTANTES

Instituição	Sigla	Ano Reconh	Data Início	Município	UF	Reg	Vagas	Caráter	CH Min
Universidade Federal da Bahia - UFBA	UFBA	1808	08/03/1808	Salvador	BA	NE	160	Federal	9.257
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ	UFRJ	1808	05/11/1808	Rio de Janeiro	RJ	SE	192	Federal	8.550
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS	UFRGS	1898	01/03/1898	Porto Alegre	RS	S	140	Federal	9.675
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG	UFMG	1949	01/03/1912	Belo Horizonte	MG	SE	320	Federal	7.200
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/RJ - UNIRIO	UNIRIO	1957	10/04/1912	Rio de Janeiro	RJ	SE	154	Federal	8.310
Universidade Federal do Paraná - Curitiba - UFPR	UFPR	1938	09/12/1912	Curitiba	PR	S	176	Federal	8.400
Universidade de São Paulo - Campus São Paulo - USP-SP	FMUSP	1922	01/04/1913	São Paulo	SP	SE	175	Estadual	10.785
Universidade Federal do Pará - UFPA	UFPA	1924	01/05/1919	Belém	PA	N	150	Federal	9.200
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE	UFPE	1927	16/07/1920	Recife	PE	NE	140	Federal	8.400
Universidade Federal Fluminense - RJ - UFF	UFF	1938	31/05/1926	Niterói	RJ	SE	160	Federal	9.135
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP	UNIFESP	1938	01/06/1933	São Paulo	SP	SE	121	Federal	10.293
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ	UERJ	1940	16/02/1936	Rio de Janeiro	RJ	SE	94	Estadual	9.407
Universidade Federal do Ceará - UFC	UFC	1951	13/04/1948	Fortaleza	CE	NE	160	Federal	9.080
Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais - FCMIMG	FCMIMG	1955	02/02/1951	Belo Horizonte	MG	SE	80	Privada	8.012
Universidade Federal de Alagoas - UFAL	UFAL	1953	10/03/1951	Maceió	AL	NE	80	Federal	9.228
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - Campus Sorocaba- PUC-SP	PUCSP- Sorocaba	1954	10/03/1951	Sorocaba	SP	SE	100	Privada	8.300
Universidade de Pernambuco-/Recife - UPE	UPE	1953	27/03/1951	Recife	PE	NE	150	Estadual	5.400
Universidade Federal da Paraíba - J. Pessoa - UFPB	UFPB	1955	27/11/1951	João Pessoa	PB	NE	120	Federal	9.440
Universidade de São Paulo - Campus Ribeirão Preto - USP-RP	FMRP-USP	1957	17/04/1952	Ribeirão Preto	SP	SE	100	Estadual	10.590
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Salvador- EBMS	EBMS	1958	31/05/1952	Salvador	BA	NE	200	Privada	7.982
Universidade Federal de Juiz de Fora/MG - UFJF	UFJF	1960	01/02/1953	Juiz de Fora	MG	SE	180	Federal	7.212
Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - UFTM	UFTM	1954	24/03/1954	Uberaba	MG	SE	80	Federal	7.785
Universidade Federal de Santa Maria - RS - UFSM	UFSM	1956	19/05/1954	Santa Maria	RS	S	100	Federal	7.755

Instituição	Sigla	Ano Reconh	Data Início	Município	UF	Reg	Vagas	Caráter	CH Min
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN	UFRN	1958	01/03/1956	Natal	RN	NE	100	Federal	8.360
Pontifícia Universidade Católica do Paraná - Curitiba - PUCPR	PUCPR	1960	11/03/1957	Curitiba	PR	S	180	Privada	8.076
Universidade Federal do Maranhão - São Luis - UFMA	UFMA	1958	05/01/1958	São Luís	MA	NE	100	Federal	9.090
Universidade Federal de Pelotas - UFPEl	UFPEl	1963	29/11/1959	Pelotas	RS	S	98	Federal	8.277
Universidade Federal de Goiás - UFG	UFG	1960	21/04/1960	Goiânia	GO	CO	110	Federal	9.806
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES	UFES	1961	05/01/1961	Vitória	ES	SE	80	Federal	6.405
Universidade Federal de Sergipe - UFS	UFS	1961	20/03/1961	Aracaju	SE	NE	100	Federal	6.630
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - RS - UFCSPA	UFCSPA	1961	22/03/1961	Porto Alegre	RS	S	88	Federal	9.353
Universidade de Brasília - DF - UNB	UnB	1972	01/03/1962	Brasília	DF	CO	76	Federal	7.095
Universidade Católica de Pelotas-RS	UCPEL	1968	01/03/1963	Pelotas	RS	S	100	Privada	8.048
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC	UFSC	1960	01/03/1963	Florianópolis	SC	S	100	Federal	7.205
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP	UNICAMP	1970	01/03/1963	Campinas	SP	SE	110	Estadual	8.841
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - Botucatu/SP - UNESP	UNESP	1970	22/04/1963	Botucatu	SP	SE	90	Estadual	9.854
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo/SP - FCMSCSP	FCMCSPP	1963	20/05/1963	São Paulo	SP	SE	100	Privada	9.348
Universidade Gama Filho - RJ - UGF	UGF	1970	02/01/1965	Rio de Janeiro	RJ	SE	175	Privada	8.016
Universidade Federal do Amazonas - UFAM	UFAM	1971	20/01/1966	Manaus	AM	N	112	Federal	7.335
Universidade Federal do Rio Grande/RS - FURG	FURG	1967	01/03/1966	Rio Grande	RS	S	70	Federal	8.355
Universidade de Caxias do Sul/RS - UCS	UCS	1967	01/03/1966	Caxias do Sul	RS	S	70	Privada	8.010
Faculdade de Medicina de Marília-SP - FAMEMA	FAMEMA	1972	30/01/1967	Marília	SP	SE	80	Estadual	9.250
Universidade de Taubaté - UNITAU	UNITAU	1973	30/01/1967	Taubaté	SP	SE	80	Municipal	10.358
Universidade Estadual de Londrina - PR - UEL	UEL	1971	15/02/1967	Londrina	PR	S	80	Estadual	9.139

Instituição	Sigla	Ano Reconh	Data Início	Município	UF	Reg	Vagas	Caráter	CH Min
Centro Universitário Lusitana- Santos - UNILUS	UNILUS	1967	08/09/1967	Santos	SP	SE	80	Privada	7.400
Faculdade de Medicina de Campos - RJ - FMC	FMC	1973	14/10/1967	Goytacazes	RJ	SE	80	Privada	8.852
Faculdade de Medicina de Petrópolis - Fundação Otacílio Gualberto - FMP	FMP	1967	31/10/1967	Petrópolis	RJ	SE	110	Privada	7.950
Universidade Federal do Piauí - UFPI	UFPI	1974	01/01/1968	Teresina	PI	NE	80	Federal	9285
Centro de Ensino Superior de Valença- RJ - CESVA	CESVA	1974	31/01/1968	Valença	RJ	SE	60	Privada	7.940
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - SP - FAMERP	FAMERP	1968	14/02/1968	São José do Rio Preto	SP	SE	64	Estadual	9.600
Universidade de Mogi das Cruzes - UMC	UMC	1968	01/03/1968	Mogi das Cruzes	SP	SE	90	Privada	7.540
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM	EMESCAM	1968	04/03/1968	Vitória	ES	SE	120	Privada	8.420
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul- Campo Grande - UFMS	UFMS	1973	10/03/1968	Campo Grande	MS	CO	60	Federal	7.900
Faculdade de Medicina de Itajubá-MG - FMIt	FMIt	1968	01/04/1968	Itajubá	MG	SE	60	Privada	7.555
Centro Universitário de Volta Redonda- RJ - UNIFOA	UNIFOA	1968	22/05/1968	Volta Redonda	RJ	SE	120	Privada	9.900
Universidade Federal de Uberlândia - MG - UFU	UFU	1968	01/08/1968	Uberlândia	MG	SE	80	Federal	8.580
Faculdade Evangélica do Paraná - Curitiba - FEPAR	FEPAR	1969	03/01/1969	Curitiba	PR	S	100	Privada	8.038
Universidade do Vale do Sapucaí - Pouso Alegre/MG - UNIVAS	UNIVAS	1974	03/03/1969	Pouso Alegre	MG	SE	40	Privada	8.104
Faculdade de Medicina do ABC -Santo André/SP - FMABC	FMABC	1969	03/03/1969	Santo André	SP	SE	100	Privada	8.880
Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES	UNIMONTES	1974	04/03/1969	Montes Claros	MG	SE	28	Estadual	11.136
Faculdade de Medicina de Jundiaí-SP - FMJ	FMJ	1973	24/03/1969	Jundiaí	SP	SE	60	Municipal	11.208
Universidade Severino Sombra - Vassouras RJ - USS	USS	1968	01/07/1969	Vassouras	RJ	SE	80	Privada	8.708
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC-RS	PUCRS	1970	02/03/1970	Porto Alegre	RS	S	74	Privada	7.980

Instituição	Sigla	Ano Reconh	Data Início	Município	UF	Reg	Vagas	Caráter	CH Min
Faculdades Integradas Padre Albino - Catanduva - SP - FAMECA/FIPA	FIPA	1969	09/03/1970	Catanduva	SP	SE	64	Privada	8.230
Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - Maceió - UNCISAL	UNCISAL	1974	16/03/1970	Maceió	AL	NE	50	Estadual	8.080
Universidade de Passo Fundo/RS - UPF	UPF	1969	19/03/1970	Passo Fundo	RS	S	80	Privada	7.620
Universidade do Estado do Pará - Belém/PA - UEPA	UEPA	1976	10/04/1970	Belém	PA	N	100	Estadual	8.810
Centro Universitário Serra dos Órgãos - Teresópolis/RJ - UNIFESO	UNIFESO	1970	10/04/1970	Teresópolis	RJ	SE	144	Privada	9.920
Faculdade de Medicina de Barbacena/MG - FAME	FAME	1971	27/04/1971	Barbacena	MG	SE	80	Privada	7.290
Escola de Medicina Souza Marques - Rio de Janeiro/RJ - EMSM	EMSM	1970	15/05/1971	Rio de Janeiro	RJ	SE	192	Privada	9.600
Universidade São Francisco - Bragança Paulista - USF	USF	1971	30/01/1972	Bragança Paulista	SP	SE	120	Privada	7.600
Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC-CAMPINAS	PUC-CAMPINAS	1982	01/03/1976	Campinas	SP	SE	150	Privada	8.198
Universidade Iguazu - Nova Iguaçu - RJ - UNIG	UNIG	1976	01/02/1977	Nova Iguaçu	RJ	SE	0	Privada	8.270
Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT	UFMT	1986	03/11/1978	Cuiabá	MT	CO	80	Federal	8.822
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG	UFCG	1985	20/06/1979	Campina Grande	PB	NE	90	Federal	6.895
Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - UNOESTE	UNOESTE	1993	08/02/1988	Presidente Prudente	SP	SE	187	Privada	9.260
Universidade Estadual de Maringá/PR - UEM	UEM	1995	15/08/1988	Maringá	PR	S	40	Estadual	9.872
Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS/ Alfenas/MG	UNIFENAS	1994	01/02/1989	Alfenas	MG	SE	160	Privada	7.315
Universidade Regional de Blumenau - SC - FURB	FURB	1996	05/03/1990	Blumenau	SC	S	66	Municipal	9.828
Universidade Federal de Roraima	UFRR	2000	01/03/1994	Boa Vista	RR	N	28	Federal	8.302
Universidade de Marília/SP - UNIMAR	UNIMAR	2001	01/04/1996	Marília	SP	SE	50	Privada	10.150
Universidade Luterana do Brasil - Canoas - RS - ULBRA	ULBRA	2002	05/04/1996	Canoas	RS	S	60	Privada	7.390
Universidade Iguazu - Itaperuna/RJ - UNIG	UNIG	2000	04/02/1997	Itaperuna	RJ	SE	60	Privada	8.880

Instituição	Sigla	Ano Reconh	Data Início	Município	UF	Reg	Vagas	Caráter	CH Min
Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy - Duque de Caxias/RJ- U	UNIGRANRIO	2003	22/04/1997	Duque de Caxias	RJ	SE	110	Privada	8.340
Universidade Estácio de Sá - RJ - UNESA	UNESA	2003	30/04/1997	Rio de Janeiro	RJ	SE	240	Privada	9.768
Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP	UNAERP	2003	05/05/1997	Ribeirão Preto	SP	SE	110	Privada	7.807
Universidade de Cuiabá/MT - UNIC/PITÁGORAS	UNIC	2004	04/08/1997	Cuiabá	MT	CO	42	Privada	8.700
Universidade Estadual do Oeste do Paraná- Cascavel - UNIOESTE	UNIOESTE	2002	25/11/1997	Cascavel	PR	S	40	Estadual	7.985
Universidade Metropolitana de Santos - SP - UNIMES	UNIMES	2005	01/02/1998	Santos	SP	SE	80	Privada	9.192
Universidade do Vale do Itajaí - SC - UNIVALI	UNIVALI	2003	21/03/1998	Itajaí	SC	S	38	Privada	8.250
Universidade do Sul de Santa Catarina- Campus Tubarão - UNISUL	UNISUL	2004	22/02/1999	Tubarão	SC	S	50	Privada	8.880
Universidade Estadual do Piauí - Teresina - UESPI	UESPI	1999	01/03/1999	Teresina	PI	NE	40	Estadual	5.640
Universidade da Região de Joinville - UNIVILLE	UNIVILLE	2004	01/03/1999	Joinville	SC	S	48	Privada	7.560
Instituto Metropolitan de Ensino Superior - Ipatinga/MG- IMES/FAMEVAÇO	IMES	2004	08/03/1999	Ipatinga	MG	SE	80	Privada	7.755
Centro Universitário Barão de Mauá- Ribeirão Preto - SP - CUBM	CBM	2005	01/06/1999	Ribeirão Preto	SP	SE	60	Privada	8.460
Faculdade de Ciências Humanas, Econômicas e da Saúde de Araguaína - TO - FAHES	ITPAC	2006	01/08/1999	Araguaína	TO	N	60	Privada	7.723
Universidade de Uberaba - MG - UNIUBE	UNIUBE	2006	01/02/2000	Uberaba	MG	SE	100	Privada	7.680
Universidade Anhanguera - MS - UNIDERP	UNIDERP	2005	07/02/2000	Campo Grande	MS	CO	80	Privada	7.800
Universidade Federal da Grande Dourados - MS - UFGD	UFGD	2006	08/05/2000	Dourados	MS	CO	50	Federal	9.528
Universidade do Extremo Sul Catarinense/RCT - Criciúma - UNESC/RCT	UNESC	2006	14/08/2000	Criciúma	SC	S	70	Privada	7.290
Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte/CE - FMJ-CE	FMJ-CE	2006	25/10/2000	Juazeiro do Norte	CE	NE	100	Privada	10.978
Universidade Federal do Ceará- Campus de Barbalha - UFC	UFC	2000	01/03/2001	Barbalha	CE	NE	80	Federal	9.080
Universidade Federal do Ceará- Campus de Sobral - UFC	UFC	2000	01/03/2001	Sobral	CE	NE	80	Federal	9.080
Universidade Estadual de Santa Cruz- Ilheus/BA - UESC	UESC	2006	29/06/2001	Ilhéus	BA	NE	40	Estadual	9.300

Instituição	Sigla	Ano Reconh	Data Início	Município	UF	Reg	Vagas	Caráter	CH Min
Universidade do Estado do Amazonas -Manaus - UEA	UEA	2008	01/08/2001	Manaus	AM	N	130	Estadual	9.765
Escola Superior de Ciências da Saúde - Brasília - ESCS	ESCS	2001	10/08/2001	Brasília	DF	CO	80	Estadual	11.510
Universidade Católica de Brasília	UCB	2001	15/08/2001	Brasília	DF	CO	80	Privada	7.500
Universidade Federal do Acre - UFAC	UFAC	2001	29/11/2001	Rio Branco	AC	N	40	Federal	8.655
Centro Universitário Nilton Lins - Manaus - UNINILTONLINS	UNINILTONLINS	2006	01/02/2002	Manaus	AM	N	60	Privada	7.490
Centro Universitário de Caratinga -MG - UNEC	UNEC	2007	03/03/2002	Caratinga	MG	SE	40	Privada	9.475
Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central - Brasília - FACIPLAC	FACIPLAC	2010	02/04/2002	Brasília	DF	CO	70	Privada	8.334
Centro Universitário Unirg - Gurupito - UNIRG	UNIRG	2005	01/08/2002	Gurupi	TO	N	120	Municipal	9.375
Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR	UNIR	2009	05/08/2002	Porto Velho	RO	N	40	Federal	8.640
Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC /Juiz de Fora	UNIPAC	2005	04/11/2002	Juiz de Fora	MG	SE	42	Privada	8.760
Universidade Positivo- Curitiba/PR - UP	UP	2011	17/02/2003	Curitiba	PR	S	50	Privada	7.950
Universidade José do Rosário Vellano - Belo Horizonte/MG - UNIFENAS/BH	UNIFENAS-BH	2007	10/03/2003	Belo Horizonte	MG	SE	136	Privada	8.672
Universidade Estadual do Ceará - UECE	UECE	2002	24/03/2003	Fortaleza	CE	NE	40	Estadual	9.668
Universidade Estadual de Feira de Santana- BA - UEFS	UEFS	2002	14/07/2003	Feira de Santana	BA	NE	30	Estadual	8.630
Universidade Camilo Castelo Branco- Fernandópolis/SP - UNICASTELO	UNICASTELO	2003	25/08/2003	Fernandópolis	SP	SE	80	Privada	7.947
Universidade Nove de Julho - São Paulo - UNINOVE	UNINOVE	2007	25/08/2003	São Paulo	SP	SE	100	Privada	9.912
Faculdade da Saúde e Ecologia Humana - Vespasiano - MG - FASEH	FASEH	2007	02/10/2003	Vespasiano	MG	SE	48	Privada	8.280
Universidade Vale do Rio Verde- UNINCOR- BH/MG	UNINCOR	2007	16/10/2003	Belo Horizonte	MG	SE	0	Privada	7.200
Universidade Estadual do Maranhão- Caxias - UEMA	UEMA	2009	29/10/2003	Caxias	MA	NE	30	Estadual	7.860
Centro Universitário do Maranhão - UNICEUMA	UNICEUMA	2004	02/02/2004	São Luís	MA	NE	44	Privada	8.258
Universidade do Planalto Catarinense - Lages - UNIPLAC	UNIPLAC	2003	09/02/2004	Lages	SC	S	40	Privada	9.640

Instituição	Sigla	Ano Reconh	Data Início	Município	UF	Reg	Vagas	Caráter	CH Min
Universidade do Oeste de Santa Catarina - Joaçaba - UNOESC	UNOESC	2009	16/02/2004	Joaçaba	SC	S	60	Privada	7.515
Universidade Cidade de São Paulo - UNICID	UNICID	2011	16/02/2004	São Paulo	SP	SE	94	Privada	7.800
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-Vitória da Conquista - UESB	UESB	2010	16/03/2004	Vitória da Conquista	BA	NE	36	Estadual	8.760
Faculdade Presidente Antonio Carlos - Porto Nacional - FAPAC	FAPAC	2004	14/06/2004	Porto Nacional	TO	N	42	Privada	7.222
Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba/J.Pessoa/PB - FCMPPB	FCMPB	2004	11/08/2004	João Pessoa	PB	NE	80	Privada	9.535
Faculdade de Medicina Nova Esperança - J.Pessoa/ PB - FAMENE	FAMENE	2004	16/08/2004	João Pessoa	PB	NE	120	Privada	7.500
Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnologia do Piauí - NOVAFAPI	NOVAFAPI	2004	27/08/2004	Teresina	PI	NE	100	Privada	7.950
Faculdades Integradas Aparício Carvalho- Porto Velho/RO - FIMCA	FIMCA	2004	08/09/2004	Porto Velho	RO	N	40	Privada	8.920
Universidade Federal do Vale do São Francisco/Petrolina/PE - UNIVASF	UNIVASF	2004	18/10/2004	Petrolina	PE	NE	80	Federal	7.320
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - Mossoró/RN - UERN	UERN	2004	18/10/2004	Mossoró	RN	NE	26	Estadual	10.065
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora-MG - SUPREMA	FCMS-JF	2004	03/11/2004	Juiz de Fora	MG	SE	100	Privada	7.980
Faculdade de Tecnologia e Ciências-Salvador/BA - FTC	FTC	2004	19/11/2004	Salvador	BA	NE	100	Privada	9.720
Universidade de Santo Amaro - SP - UNISA	UNISA	2008	01/02/2005	São Paulo	SP	SE	60	Privada	9.944
Centro Universitário do Espírito Santo- Colatina - UNESC	UNESC	2011	14/02/2005	Colatina	ES	SE	100	Privada	7.734
Universidade Presidente Antonio Carlos - MG - UNIPAC/Araguari	FAME-UNIPAC		14/02/2005	Araguari	MG	SE	0	Privada	7.867
Faculdade Integral Diferencial-Piauí - FACID	FACID	2004	21/02/2005	Teresina	PI	NE	80	Privada	8.265
Faculdade São Lucas - Porto Velho-RO - FSL	FSL		08/07/2005	Porto Velho	RO	N	40	Privada	9.027
Instituto de Ciências da Saúde - Montes Claros - MG - ICS/ FUNORTE	ICS/FUNORTE		01/08/2005	Montes Claros	MG	SE	80	Privada	10.440
Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC-GO	PUC-GO	2004	08/08/2005	Goiania	GO	CO	80	Privada	8.070
Faculdade Brasileira - Vitória/ES	FAC BRAS		15/08/2005	Vitória	ES	SE	80	Privada	8.529

Instituição	Sigla	Ano Reconh	Data Início	Município	UF	Reg	Vagas	Caráter	CH Min
Faculdade Pernambucana de Saúde/Recife - FPS	FPS	2012	30/01/2006	Recife	PE	NE	120	Privada	8.710
Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande - PB - FCM	FCM		01/02/2006	Campina Grande	PB	NE	100	Privada	7.500
Faculdade Atenas - Paracatu-MG - FA	FA	2011	06/02/2006	Paracatu	MG	SE	100	Privada	8.334
Universidade do Estado do Pará - Santarém/PA - UEPA	UEPA	1976	15/02/2006	Santarém	PA	N	40	Estadual	8.400
Universidade Federal de São Carlos - SP - UFSCAR	UFSCAR	2005	01/03/2006	São Carlos	SP	SE	40	Federal	9.620
Centro Universitário de Araraquara-SP - UNIARA	UNIARA	2012	01/03/2006	Araraquara	SP	SE	60	Privada	8.120
Universidade do Sul de Santa Catarina - Palhoça/SC - UNISUL	UNISUL	2004	02/03/2006	Palhoça	SC	S	30	Municipal	8.880
Universidade de Santa Cruz do Sul - RS - UNISC	UNISC	2011	19/04/2006	Santa Cruz do Sul	RS	S	60	Privada	8.520
Universidade Potiguar - RN - UnP	UNP	2011	19/07/2006	Natal	RN	NE	120	Privada	9.300
Faculdade Christus - Fortaleza/CE - FCHRISTUS	CHRISTUS		01/08/2006	Fortaleza	CE	NE	112	Privada	7.408
Universidade de Fortaleza - CE - UNIFOR	UNIFOR		01/08/2006	Fortaleza	CE	NE	120	Privada	8.532
Universidade Comunitária Regional de Chapecó/SC - UNOCHAPECÓ	UNOCHAPECO		13/12/2006	Chapecó	SC	S	40	Municipal	7.880
Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal - RO - FACIMED	FACIMED	2006	05/02/2007	Cacoal	RO	N	50	Privada	8.240
Centro Universitário do Estado do Pará - PA - CESUPA	CESUPA		05/02/2007	Belém	PA	N	100	Privada	7.546
Universidade Vila Velha - ES - UVV	UVV	2007	05/02/2007	Vila Velha	ES	SE	120	Privada	8.020
Faculdade Ingá -Maringá/PR - UNINGÁ	UNINGÁ	2011	12/02/2007	Maringá	PR	S	100	Privada	7.880
Centro Universitário de Belo Horizonte/MG - Uni-BH	Uni-BH	2007	26/03/2007	Belo Horizonte	MG	SE	60	Privada	9.180
Universidade Federal do Tocantins - Palmas/TO - UFT	UFT		01/08/2007	Palmas	TO	N	80	Federal	8.610
Centro Universitário São Camilo - São Paulo/SP - SCAMILO	São Camilo	2007	02/08/2007	São Paulo	SP	SE	100	Privada	9.080
Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy - RJ - UNIGRANRIO	UNIGRANRIO		08/08/2007	Rio de Janeiro	RJ	SE	110	Privada	8.340
Universidade Federal de Ouro Preto/MG - UFOP	UFOP	2007	24/09/2007	Ouro Preto	MG	SE	80	Federal	7.242

Instituição	Sigla	Ano Reconh	Data Início	Município	UF	Reg	Vagas	Caráter	CH Min
Universidade Federal de Campina Grande - Cajazeiras/PB (UFCG)	UFCG	2007	15/10/2007	Cajazeiras	PB	NE	80	Federal	7.200
Universidade Federal de Campina Grande - Cajazeiras/PB (UFCG)	UFCG	2007	15/10/2007	Cajazeiras	PB	NE	30	Federal	7.950
Universidade de Itaúna - UI	UI	2007	03/12/2007	Itaúna	MG	SE	100	Privada	7.534
Universidade Anhembí Morumbi - São Paulo/SP - UAM	UAM		02/01/2008	São Paulo	SP	SE	100	Privada	8.640
Faculdades Integradas Pitágoras - Montes Claros/MG - FIP-MOC	FIP-MOC		01/02/2008	Montes Claros	MG	SE	100	Privada	8.000
Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM	UNIPAM		07/02/2008	Patos de Minas	MG	SE	60	Privada	8.640
Centro Universitário de Anápolis - GO - UniEVANGÉLICA	UniEVANGÉLICA		02/03/2008	Anápolis	GO	CO	100	Privada	7.456
Faculdade Assis Gurgacz - Cascavel/PR - FAG	FAG		03/03/2008	Cascavel	PR	S	40	Privada	7.382
Universidade Federal de São João Del Rei - MG /Divinópolis - UFSJ	UFSJ	2008	02/04/2008	Divinópolis	MG	SE	60	Federal	7.200
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- Jequié - UESB	UESB	2008	23/12/2008	Jequié	BA	NE	22	Estadual	8.670
Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG - PR	UEPG	2009	19/07/2009	Ponta Grossa	PR	S	40	Estadual	8.192
Universidade Federal do Rio de Janeiro/Macaé - UFRJ	UFRJ/Macaé	2009	03/08/2009	Macaé	RJ	SE	60	Federal	8.840
Universidade Tiradentes - SE - UNIT	UNIT		09/11/2009	Aracaju	SE	NE	50	Privada	7.700
Universidade Federal do Amapá - UNIFAP	UNIFAP	2010	08/02/2010	Macapá	AP	N	30	Federal	10.620
Fundação Universidade Federal de Viçosa - MG - UFV	UFV	2010	01/03/2010	Viçosa	MG	SE	50	Federal	8.130
Centro Universitário de Maringá - CESUMAR	CESUMAR	2011	18/11/2011	Maringá	PR	S	100	Privada	8.312
Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos Dr. Paulo Prata - FCSB	FCSB	2011	18/11/2011	Barretos	SP	SE	60	Privada	8.540
Faculdade Santa Marcelina - FASM	FASM		18/11/2011	São Paulo	SP	SE	60	Privada	8.840
Universidade de Franca - UNIFRAN	UNIFRAN	2012	27/02/2012	Franca	SP	SE	60	Privada	7.700
Universidade de Pernambuco/Garanhuns - UPE - sub-júdice	UPE- Garanhuns				PE	NE		Estadual	

UFRGS		UFSM		UCS		UPF		PUC-RS		ULBRA	
Etapa 1		Etapa 1		Etapa 1		Etapa 1		Etapa 1		Etapa 1	
Disciplina	h	Disciplina	h	Disciplina	h	Disciplina	h	MORFOLÓGICOS DO SER HUMANO I	h	ESTUDOS EM MORFOLOGIA MEDICA	h
ANATOMIA HUMANA I	150	SISTEMA NEUROMOTOR	150	UNIDADE MORFOLÓGICA	390	MÓDULO MORFOFUNCIONAL I	180				
BIOFÍSICA MÉDICA I	30										
BIOQUÍMICA MÉDICA I	105										
FISIOLOGIA MÉDICA I	75							FUNDAMENTOS FISIOLÓGICOS DO SER HUMANO I	240	ESTUDOS EM FISIOLOGIA MEDICA	170
HISTOLOGIA MÉDICA I	60	GÊNESE E DESENVOLVIMENTO DE CÉLULAS E TECIDOS	150								
				INTRODUÇÃO À MEDICINA	30	INICIAÇÃO AO CONHECIMENTO ACADÊMICO	60				
		INTRODUÇÃO À EPIDEMIOLOGIA	15	RELAÇÕES INTERPESSOAIS E DESENVOLVIMENTO HUMANO	30	MÓDULO SEMIOLOGIA E RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE I	120				
				UNIVERSIDADE E SOCIEDADE	60	SOCIOLOGIA DA SAÚDE	60			CULTURA RELIGIOSA	68
ATIVIDADES DE INTEGRAÇÃO BÁSICO-CLÍNICA I	45	GESTANTE, RECÉM NASCIDO E CONTEXTO	60	UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE I	60	MÓDULO CUIDADOS E URGÊNCIAS EM MEDICINA I	30	APROXIMAÇÃO A PRÁTICA MEDICA I	60		
EM SAÚDE COMUNITÁRIA pr	26	MEDICINA COMUNITÁRIA (compl.)	45			MÓDULO SAÚDE COLETIVA I	60				
	60			Leitura e Escrita na Formação Universitária	60	MÓDULO SEMINÁRIO INTERMODULAR I	30			COMUNICAÇÃO E LITERATURA MEDICA	68
	525		420		630		540		540		476
Etapa 2		Etapa 2		Etapa 2		Etapa 2		Etapa 2		Etapa 2	
Disciplina/Pré-Requisito	h	Disciplina/Pré-Requisito	h	Disciplina/Pré-Requisito	h	Disciplina/Pré-Requisito	h	Disciplina/Pré-Requisito	h	Disciplina/Pré-Requisito	h
ANATOMIA HUMANA II	135	SISTEMA CARDIOVASCULAR	75			MÓDULO MORFOFUNCIONAL II	180	FUNDAMENTOS MORFOLÓGICOS DO SER HUMANO II	180	MÓDULO DE MORFOLOGIA APLICADA	238
BIOFÍSICA MÉDICA II	15	SISTEMA DIGESTÓRIO	75	UNIDADE BIOFISIOLÓGICA	390	MÓDULO SEMINÁRIO INTERMODULAR II	30				
BIOQUÍMICA MÉDICA II	60	SISTEMA ENDÓCRINO	75			MÓDULO CUIDADOS E URGÊNCIAS EM MEDICINA II	30	FUNDAMENTOS FISIOLÓGICOS DO SER HUMANO II	180	MÓDULO DE FISIOLOGIA APLICADA	170
FISIOLOGIA MÉDICA II	120	SISTEMA GENITO-URINÁRIO	75	UNIDADE MICROIMUNOBIOLOGICA	180						
HISTOLOGIA MÉDICA II	90	SISTEMA RESPIRATÓRIO	75					FUNDAM. DA RELAÇÃO PARASITA-HOSPEDEIRO I	90		
						MÓDULO SEMIOLOGIA E RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE II	120			CICLO DA VIDA I	68
PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE 36 pr	60	CRIANÇA, ADOLESCENTE E CONTEXTO	45					ATIVIDADES COMPLEMENTARES (120 HORAS)	120		
ATIVIDADES DE INTEGRAÇÃO BÁSICO-CLÍNICA II	30	MEDICINA COMUNITÁRIA II	45			MÓDULO SAÚDE COLETIVA II	90	APROXIMAÇÃO A PRÁTICA MEDICA II	60		
				EPIDEMIOLOGIA I	30						
		METODOLOGIA DE PESQUISA	30							LIBRAS APLICADAS A MEDICINA	34
						ÉTICA GERAL LEITURA E PRODUÇÃO DE TEXTOS	30				
							60				
	510		495		600		540		630		510

UFRGS		UFSM		UCS		UPF		PUC-RS		ULBRA	
Etapa 3		Etapa 3		Etapa 3		Etapa 3		Etapa 3		Etapa 3	
Disciplina/Pré-Requisito	60	Disciplina/Pré-Requisito	180	Disciplina/Pré-Requisito	90	Disciplina/Pré-Requisito	60	Disciplina/Pré-Requisito	60	Disciplina/Pré-Requisito	170
FUNDAMENTOS DE MICROBIOLOGIA MÉDICA	60			FARMACOLOGIA	90	MÓDULO PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA I	90	BASES DA TERAPEUTICA I	105	MODULO DE FARMACOLOGIA CLINICA	170
FUNDAMENTOS DE PARASITOLOGIA MÉDICA	60	PROCESSOS GERAIS DE AGRESSÃO E DEFESA DO	180	UNIDADE PROPEDEÚTICA	210	MÓDULO HOSPEDE HOSPEDEIRO I	90	FUND.DA RELACAO PARASITA-HOSPEDEIRO II	90	CICLO DA VIDA II	68
IMUNOLOGIA - MED	45	PROCESSOS PATOLÓGICOS GERAIS	105	UNIDADE DE PATOLOGIA GERAL	90	MÓDULO SISTEMA OSTEOMUSCULAR DE	90			ESTUDOS EM PATOLOGIA MEDICA	170
EPIDEMIOLOGIA I	30	EPIDEMIOLOGIA	45								
ATIVIDADES DE INTEGRAÇÃO BÁSICO-CLÍNICA III	45			ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE II	60	MÓDULO SAÚDE COLETIVA III	60	APROXIMACAO A PRATICA MEDICA III	90	30 SAUDE E SOCIEDADE	68
PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DA SAÚDE DA MULHER	60										
PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DA SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO 30 pr	60	ADULTO, IDOSO E CONTEXTO	45					DISCIPLINA ELETTIVA	120		
PSICOLOGIA MÉDICA	60	BIOESTÁTICA	45	BIOESTATISTICA	60			FUND.DE GENETICA,BIOLOG.MOLEC.E	60		
GENÉTICA HUMANA - MED	45										
						INTERMODULAR III	30				
				BIOÉTICA	30	MÉDICA	60	FILOSOFIA E BIOETICA	60		
								EXAME PROFIC LINGUA INGLESIA	15	METODOLOGIA CIENTIFICA	68
	465		420		600		540		585		544
Etapa 4		Etapa 4		Etapa 4		Etapa 4		Etapa 4		Etapa 4	
Disciplina/Pré-Requisito	400	Disciplina/Pré-Requisito	300	Disciplina/Pré-Requisito	300	Disciplina/Pré-Requisito	90	Disciplina/Pré-Requisito	210	Disciplina/Pré-Requisito	272
ESTÁGIO	400	SEMILOGIA MÉDICA	300			HOSPEDEIRO II	90	PROPEDEUTICA MEDICA I	90	MEDICA	272
FARMACOLOGIA I	60					MODULO PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA II	60	BASES DA TERAPEUTICA II	90	MODULO DE PROCEDIMENTOS MEDICOS	204
PATOLOGIA GERAL - ESTÁGIO	120			PNEUMOLÓGICA	240	MÓDULO PATOLOGIA GERAL II	45	MECANISMO DE DOENCAS II	120		
				UNIDADE ONCO-HEMATOLÓGICA	120	MÓDULO SISTEMA OSTEOMUSCULAR DE	90				
				UNIDADE URO-NEFROLÓGICA	120	II	75	MENTE E CEREBRO I	60		
		HISTÓRIA DA MEDICINA	30			MODULO SEMINARIO INTERMODULAR IV	30				
ATIVIDADES DE INTEGRAÇÃO BÁSICO-CLÍNICA IV	45	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	30	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE III	60	MÓDULO SAÚDE COLETIVA IV	90	SAUDE COLETIVA I	75		
PSICOLOGIA MÉDICA II: RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE	45	RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE	45			MÓDULO RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO	60			MEDICINA LEGAL, DEONTOLOGIA E BIOETICA	68
		DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	45								
				SEMINÁRIOS DE PESQUISA	30						

UFRGS	UFSM	UCS	UPF	PUC-RS	ULBRA	
1200	960	750	900	900	1003	
Etapa 12						
Disciplina/Pré-Requisito	Disciplina/Pré-Requisito	Disciplina/Pré-Requisito	Disciplina/Pré-Requisito	Disciplina/Pré-Requisito	Disciplina/Pré-Requisito	
INTERNATO EM CIRURGIA GERAL	INTERNATO EM SAÚDE COLETIVA I	INTERNATO EM SAÚDE COLETIVA I	MÓDULO INTERNATO MÉDICO ELETIVO	INTERNATO IV (900 HORAS)	ESTAGIO INTEGRADO IV	765
INTERNATO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE			MÓDULO INTERNATO MÉDICO GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA II			
	INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	INTERNATO OPTATIVO I	MÓDULO INTERNATO MÉDICO PEDIATRIA II		ATIVIDADES COMPLEMENTARES	422
	INTERNATO REGIONAL					
	INTERNATO ELETIVO	INTERNATO OPTATIVO II				
	atividades complementares					
1200	1260	750	900	900	1187	
10477						
7755						
7770						
7200						
7995						
8786						

Currículos das Escolas Médicas do Rio Grande do Sul

Apêndice 3

	UNISC	UFCSA		UCPEL		FURG		UFPEL	
		1ª SÉRIE	Disciplina/Pré-Requisito	1ª série	Disciplina/Pré-Requisito	1ª série	Disciplina		
Etapa 1									
Módulo II	Fundamentos Biológicos do ser humano - Anatomia, Bioquímica, Embriologia, Histologia	195 T 150P	ANATOMIA HUMANA BIOFÍSICA BIOQUÍMICA	300 60 150	MORFO-FISIOLOGIA HUMANA	544	ANATOMIA HUMANA BIOFÍSICA MÉDICA BIOQUÍMICA MÉDICA FISIOLOGIA HUMANA	180 60 90 180	CLÍNICA MÉDICA PATOLOGIA DE ORGÃOS E SISTEMAS I PATOLOGIA DE ORGÃOS E SISTEMAS II
			EMBRIOLOGIA	45			HISTOLOGIA	120	SEMILOGIA MÉDICA
			CTOLOGIA E HISTOLOGIA	150					ESTÁGIO EM MEDICINA INTERNA
Módulo I	Fundamentos conceituais do curso de medicina da UNISC - Métodos e Técnicas de Pesquisa, Antropologia, Sociologia< Introdução à Prática Ambulatorial e Comunitária, Saúde Coletiva	165T 30P	METODOLOGIA CIENTÍFICA PSICOLOGIA MÉDICA	30 60	ANTROPOLOGIA MEDICA	68	NECESSIDADES EM SAUDE FUNDAMENTOS DE PSICOLOGIA	150 30	CIRURGIA GERAL PATOLOGIA GERAL
			MEDICINA E COMUNIDADE	60			INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE	120	PATOLOGIA ESPECIAL BASES DA TÉCNICA CIRURGICA E DA ANESTESIA
	Estudos Individuais e tutoria	135P 675	INFORMÁTICA MÉDICA	30	TEOLOGIA E SAUDE	68	LIBRAS		ANESTESIOLOGIA CLINICA CIRURGICA
Etapa 2									
									ESTÁGIO EM CIRURGIA GERAL
Módulo IV	Fundamentos Biológicos do ser humano - Patologia, Biofísica, Bioquímica, Fisiologia, Genética	150T 105P	PARASITOLOGIA MÉDICA	75			TEORIA GERAL DA SAÚDE E DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO	30	
									MEDICINA ESPECIALIZADA
									DERMATOLOGIA
Módulo III	Saúde Coletiva e Interação Comunitária Políticas Públicas, Introdução à Prática Ambulatorial e Comunitária, Saúde Coletiva	120 T 30 P			ATIVIDADES COMPLEMENTARES I-ESPECIFICA ATIVIDADES COMPLEMENTARES I-GERAIS	10 40	CONCEPÇÃO E GESTAÇÃO	120	NEUROCIRURGIA NEUROLOGIA
Módulo V	Agressão e Defesa - Microbiologia, Imunologia, Parasitologia, Farmacologia	75T 60P							ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA OTORRINOLARINGOLOGIA
							GENÉTICA MÉDICA	60	OFTALMOLOGIA RADIOLOGIA CLÍNICA
	Programa Integrado de Aprendizagem: Tutoria e Estudo Individual III	135 675							UROLOGIA
				960		###		1140	

Currículos das Escolas Médicas do Rio Grande do Sul

Apêndice 3

	UNISC	UFCSA		UCPEL		FURG		UFPeI
		2ª SÉRIE	Disciplina/Pré-Requisito	2ª série	Disciplina/Pré-Requisito	2ª SÉRIE	Disciplina/Pré-Requisito	
Etapa 3								
Módulo VI	Disciplina/Pré-Requisito	60T	120	136	60			MEDICINA SOCIAL
	Saúde da Criança I - Pediatria, Sociologia	30P			272	PARASITOLOGIA	75	MEDICINA DE COMUNIDADE
Módulo VII		105T	60	34	60	IMUNOLOGIA		EPIDEMIOLOGIA E BIOESTATÍSTICA
	Saúde da Mulher I - Ginecologia e Obstetrícia, Anatomia, Fisiologia, Saúde Mental, Sociologia	60P	45		150	PATOLOGIA	150	MATERNAL INFANTIL
			150		450	SEMILOGIA		
Módulo VIII		90T	60					PUERICULTURA E PEDIATRIA I
	Saúde do Adulto I - Semiologia, Saúde Mental, Saúde do trabalhador, Relação Médico-Paciente	105P			272	NECESSIDADES EM SAÚDE MATERNO INFANTIL		PEDIATRIA II
					60	OPTATIVA		GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
Módulo IX		45 T	60		34	PSICOLOGIA MEDICA		ESTÁGIO EM TOCGINECOLOGIA
	Saúde Coletiva e Interação Comunitária II - Saúde Coletiva, Atividade Física e Saúde	15P			68	GENÉTICA		ESTÁGIO EM PEDIATRIA
			60		34	DEONTOLOGIA	45	
			60			BIOÉTICA		SAÚDE MENTAL
			60			MEDICINA LEGAL		
	Progr Integr Aprend:Tut Est Indiv III	135	30			INGLESA I		PSICOLOGIA MÉDICA I
	Módulo X: Optativa1	30T						PSICOLOGIA MÉDICA II
		675						PSICOLOGIA MÉDICA III
								PSICOLOGIA MÉDICA IV
	4ª etapa							PSQUIATRIA
	Disciplina/Pré-Requisito							
Módulo XI		60T	216					
	Saúde da Criança II - Pediatria, Semiologia, Imunologia, Farmacologia	30P					30	
						ESTATÍSTICA MÉDICA		
Módulo XII		60 T						
	Saúde da Mulher II - Ginecologia e Obstetrícia, Patologia, Políticas Públicas	45P	60					
Módulo XIII:		75T				METODOLOGIA CIENTIFICA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE	30	
	Saúde do Adulto II - Semiologia, Técnica Cirúrgica e Anestésica, Cirurgia Geral	135P				ATIVIDADES COMPLEMENTARES II-ESPECIFICA	60	
	Psiquiatria, Urgências e Emergências				10	METABOLISMO E NUTRIÇÃO		
Módulo XIV		75T						
	Saúde Coletiva e Interação Comunitária III - Saúde Coletiva, Epidemiologia, Bioestatística, Informática Médica	60P	60		40	ATIVIDADES COMPLEMENTARES II-GERAIS		
	Progr Integr Aprend:Tut Est Indiv IV	135	30					

Currículos das Escolas Médicas do Rio Grande do Sul

Apêndice 3

	UNISC	135	UFCSA	1011	UCPEL	960	FURG	960	UFPEL
	Etapa 5		3ª SÉRIE	3ª série	3ª SÉRIE				
	Disciplina/Pré-Requisito	⌘	Disciplina/Pré-Requisito	⌘	Disciplina/Pré-Requisito	⌘	Disciplina/Pré-Requisito	⌘	
Módulo XV:	Saúde da Criança III - Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Farmacologia, Semiologia, Terapêutica clínica, Diagnóstico por imagem, Microbiologia, Imunologia, Prática Ambulatorial e Hospitalar	50T	SEMILOGIA	120	PATOFARMACOLOGIA CLINICA	578	CLÍNICA MÉDICA I	420	
		85P	EPIDEMIOLOGIA	60			EPIDEMIOLOGIA	45	
			PATOLOGIA EM CLÍNICA MÉDICA	60	ATIVIDADES COMPLEMENTARES III-GERAIS	40			
			FARMACOLOGIA BÁSICA E CLÍNICA	150			FARMACOLOGIA	120	
Módulo XVI:		42T	PEDIATRIA I	90					
	Saúde da Mulher III - G&O, Anatomia, Patologia, Microbiologia, Farmacologia, Imunologia, Urologia, Diagnóstico por imagem.	63P	GASTROENTEROLOGIA	90					
			INFECTOLOGIA	90	IMAGENOLOGIA	102	Bases Oncológicas p/ Prática Clínica (B.O.P.C)	60	
Módulo XVII:		135T	INTRODUÇÃO À CANCEROLOGIA	30			TÉCNICAS CIRÚRGICAS	45	
	Saúde do Adulto III - Doenças Infeciosas e Parasitárias, Microbiologia, Patologia, Oncologia básica, Diagnóstico por Imagem, Dermatologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Ambulatorial	120P	CARDIOLOGIA	90					
			DERMATOLOGIA	60					
Módulo XVIII:		15T	ENDOCRINOLOGIA	90			DOENÇAS MENTAIS E DO COMPORTAMENTO	60	
	Saúde Coletiva e Inter. Comum. IV - Saúde Coletiva, Epidemiologia	30P							
	Programa Integrado de Aprendizagem: Tutoria e Estudo Individual V	135							
		675							
	6ª etapa								
	Disciplina/Pré-Requisito	⌘							
Módulo XIX:		40T	PNEUMOLOGIA	90	ATENCAO PRIMARIA A SAUDE	272	CLÍNICA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	240	
	Saúde da Criança IV - Pediatria, Psiquiatria, Diagnóstico por Imagem, Prática Ambulatorial e Hospitalar	50P	PSIQUIATRIA	90	ESPECIFICA	10			
Módulo XX:			TÉCNICA OPERATÓRIA	60					
		80T	REUMATOLOGIA	75					
Módulo XXI:		40P	OFTALMOLOGIA	60					
	Saúde da Mulher IV - G&O, Fisiologia, Embriologia, Técnica Cirúrgica e Anestésico, Farmacologia e Psiquiatria								
		135T	OTORRINOLARINGOLOGIA	60					
Módulo XXII:		105P					MEDICINA LEGAL	45	
	Saúde do Adulto IV - Gastroenterologia, Hematologia, Endocrinologia, Cirurgia do Sistema Digestório, Fisiologia, Patologia, Anatomia, Terapêutica clínica								
Módulo XXIII:		15T							
	Saúde Coletiva e Inter.Comun. V - Gestã e organização dos serviços de saúde	15P							
	Programa Integrado de Aprendizagem: Tutoria e Estudo Individual VI	135							

Currículos das Escolas Médicas do Rio Grande do Sul

Apêndice 3

	UNISC		UFCSA	UCPEL	FURG	UFPeI
Emergência (Plantões)	90			INTERNATO EM ESTRAT. DE SAUDE DA FAMILIA	160	
Tutoria	75			OBSTETRICIA II	320	
				INTERNATO EM PEDIATRIA II	320	
12ª etapa	750					
Disciplina/Pré-Requisito	5					
Internato IV						
Medicina Geral e Comunitária	240					
Enfermaria	180					
Ambulatório	150					
Emergências(Plantões)	105					
Tutoria	75					
Atividades Complementares4	120					
	870	2324	1810	1781		
	7980	9019	7946	7850	##	##

Apêndice 4: Estratégia das reformas PROMED

ORIENTAÇÃO TEÓRICA			
Vetor 1	Produção de conhecimentos segundo a necessidade do SUS		
Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3 – Imagem Objetivo	
Escolas que não tenham produção sistemática de investigação em atenção básica ou que apenas tenham produção na área de atenção que envolve alta tecnologia.	Escolas que tenham baixa produção de investigações relacionadas com a atenção básica ou com a gestão do SUS.	Escolas com alta produção de investigações orientadas às necessidades da atenção básica, sem prejuízo da investigação pura e tecnológica, e que tenham uma forte interação com os serviços de saúde na área de produção e avaliação de protocolos clínicos, inovações da gestão, análises de custo-benefício, e outras semelhantes	
Vetor 2	Pós-Graduação e Educação permanente		
Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3 – Imagem Objetivo	
Oferta exclusiva de especialidades e ausência de oferta de especialização em atenção básica e de educação permanente aos profissionais da rede do SUS.	Conformação intermediária, em que há esforços para oferta de educação permanente relacionada à nosologia prevalente, mas não há questionamentos sobre o perfil da oferta de residências, mestrados e doutorados os quais não atendem às necessidades da população.	Lógica da oferta de oportunidades educacionais feita em estreita articulação com os gestores do SUS, são revisados os quantitativos e a qualidade da formação, há um trabalho em estreita articulação com os Pólos de Capacitação em Saúde da Família	
ABORDAGEM PEDAGÓGICA			
Vetor 3	Mudança pedagógica		
Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3	
Ensino centrado no professor, realizado fundamentalmente por meio de aulas expositivas para grandes grupos de estudantes, baseado em disciplinas estanques e com processos de avaliação baseados em testes e provas.	Ensino que inclui inovações pedagógicas em caráter experimental restritas a certas disciplinas, realizado majoritariamente em pequenos grupos de até 15 estudantes, adotando processos de avaliação interativos, mas ainda restritos a menos de 20% da carga horária.	Ensino baseado majoritariamente em resolução de problemas, em grupos pequenos, em que os professores trabalham como tutores, ocorrendo o ensino em ambientes diversificados – bibliotecas, comunidade, laboratórios de simulação – e com atividades estruturadas a partir das necessidades de saúde que se apresentam ao SUS. Avaliação formativa e somativa, avaliando todos os aspectos da formação do estudante (conhecimentos, atitudes e habilidades).	
Vetor 4	Integração do ciclo básico/ciclo profissional		
Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3	
Ciclos clínico e básico completamente separados, com disciplinas fragmentadas.	Existência de disciplinas/atividades integradoras ao longo dos primeiros anos, mas sendo mantida a organização por disciplinas e a separação dos conteúdos básicos e clínicos.	Ensino majoritariamente integrado, em que é eliminada a precedência cronológica do ciclo básico, servindo as áreas básicas como retaguarda e referência para a busca dos conhecimentos para a solução de problemas, sem estruturação em disciplinas.	
CENÁRIOS DE PRÁTICA			
Vetor 5	Diversificação dos cenários do processo de aprendizagem		
Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3	
Atividades práticas durante os dois primeiros anos do curso estão limitadas aos laboratórios da área básica; ciclo clínico com práticas realizadas majoritariamente em enfermarias hospitalares e com corridas de leito.	Atividades extramurais isoladas de acadêmicos de medicina em unidades dos SUS, durante os dois primeiros anos do curso, com a participação exclusiva ou predominante de professores da área de saúde coletiva, correspondendo a menos de 10% da carga horária. Ciclo clínico majoritariamente baseado em atividades ambulatoriais em ambulatório pertencente à instituição de ensino que tenha central de marcação de consultas própria, ou em ambulatorios conveniados cuja administração seja apartada da gestão da rede do SUS	Atividades extramurais em unidades do SUS, equipamentos escolares e da comunidade, ao longo de toda a carreira, com graus crescentes de complexidade. Durante os dois primeiros anos de graduação, combinam-se as atividades extramurais multiprofissionais, com experiências de integração em laboratórios de problematização, com participação de docentes de áreas básicas e clínicas em, pelo menos, 20% da carga horária. Atividades clínicas desenvolvidas de forma mista entre serviços próprios das IES e unidades comuns e correntes de atenção básica da rede do SUS – majoritariamente ambulatorial, ou em serviços próprios das IES que subordinem suas centrais de marcação de consulta às necessidades locais do SUS – em que se perfaça menos 40% da carga horária. Internato desenvolvido em, pelo menos, 25% na rede do SUS	
Vetor 6	Abertura dos serviços universitários às necessidades do SUS		
Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3	
Serviços próprios, isolados da rede do SUS, com porta de entrada separada e com clientela cativa e redundante.	Serviços parcialmente abertos ao SUS, mas preservando algum grau de autonomia na definição de seus pacientes.	Serviços próprios completamente integrados ao SUS, sem central de marcação de consultas ou de internações próprias das instituições acadêmicas. Desenvolvimento de mecanismos institucionais de referência e contra-referência com a rede do SUS.	

Fonte: Elaborado pela autora com base BRASIL, 2002a

Apêndice 5: Estratégia reformas PRÓ-SAÚDE

ORIENTAÇÃO TEÓRICA		
A1	Determinantes de saúde e doença	
Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3 – Imagem Objetivo
A escola prioriza a consideração de determinantes biológicos da doença, enfatizando uma abordagem de caráter curativo orientada ao indivíduo.	A escola considera os determinantes biológicos e sociais da doença, sem destacar adequadamente os aspectos relativos à normalidade em nível individual e coletivo.	A escola dedica importância equivalente aos determinantes de saúde e da doença, procurando, tanto na abordagem do conhecimento teórico, como em sua aplicação assistencial, manter adequada articulação biológico-social.
A2	Produção de conhecimentos segundo a necessidade do SUS	
Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3 – Imagem Objetivo
Escolas que não tenham produção sistemática de investigação em atenção básica ou que apenas tenham produção na área de atenção que envolve alta tecnologia.	Escolas que tenham baixa produção de investigações relacionadas com a atenção básica ou com a gestão do SUS.	Escola com equilíbrio na produção de investigações sobre as necessidades da população e sobre os aspectos bio-médicos/tecnológicos, com forte interação com os serviços, inovações na gestão/ análise de custo-efetividade etc.
A3	Pós-Graduação e Educação permanente	
Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3 – Imagem Objetivo
Oferta exclusiva de especialidades e ausência de oferta de especialização em atenção básica e de educação permanente aos profissionais da rede do SUS.	Conformação intermediária, em que há esforços para oferta de educação permanente relacionada à nosologia prevalente, mas não há questionamentos sobre o perfil da oferta de residências, mestrados e doutorados os quais não atendem às necessidades da população.	A IES trata de superar a tendência atual de pós-graduação orientada exclusivamente à especialização e estimular a articulação com as necessidades assistenciais.
CENÁRIOS DE PRÁTICA		
B1	Integração ensino-serviço	
Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3 – Imagem Objetivo
Os cursos mantêm rígida separação entre a programação teórica e a prática dos serviços de saúde.	Os cursos contam com alguma articulação da programação teórica com a prática dos serviços de saúde, em poucas áreas disciplinares, predominantemente na atenção de caráter curativo.	A escola integra, durante todo o processo de ensino-aprendizagem, a orientação teórica com a prática nos serviços públicos de saúde, em nível individual e coletivo, com participação de todas as áreas disciplinares.
B2	Diversificação dos cenários do processo de aprendizagem	
Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3 – Imagem Objetivo
Atividades práticas durante os dois primeiros anos do curso estão limitadas aos laboratórios da área básica; ciclo clínico com práticas realizadas majoritariamente em instalações assistenciais universitárias próprias da IES (hospitais e clínicas de ensino de odontologia).	Atividades extramurais isoladas de acadêmicos em unidades do SUS, durante os primeiros anos do curso, com a participação exclusiva ou predominante de professores da área de saúde coletiva, correspondendo a um pequeno percentual da carga horária semanal do aluno. Ciclo clínico majoritariamente baseado em atividades assistenciais em instalações da universidade não funcionalmente vinculadas ao SUS.	Atividades clínicas em unidades de atenção básica da rede do SUS, Unidades Básicas de Saúde, Unidades do Programa Saúde da Família (PSF), com prioridade ambulatorial, ou em serviços próprios da IES que subordinam suas centrais de marcação de consulta às necessidades locais do SUS. Internato ou equivalente desenvolvido em sua totalidade na rede do SUS.
B3	Articulação dos Serviços Universitários com o SUS	
Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3 – Imagem Objetivo
Serviços próprios, isolados da rede do SUS, com porta de entrada separada e com clientela cativa.	Serviços parcialmente abertos ao SUS, preservando algum grau de autonomia na definição dos pacientes a serem atendidos	Serviços próprios completamente integrados ao SUS, sem central de marcação de consultas ou de internações próprias das instituições acadêmicas. Desenvolvimento de mecanismos institucionais de referência e contra-referência com a rede do SUS.
ORIENTAÇÃO PEDAGÓGICA		
C1	Análise crítica da Atenção Básica	
Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3
A formação nas áreas de atenção à saúde desenvolve-se com abordagem acrítica em relação às necessidades do serviço de saúde e da população.	Algumas disciplinas de aplicação clínica do curso proporcionam oportunidade para análise crítica da organização do serviço.	O processo de ensino-aprendizagem toma como eixo, na etapa clínica, a análise crítica da totalidade da experiência da atenção à saúde, com ênfase no componente de Atenção Básica.
C2	Integração do ciclo básico/ciclo profissional	
Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3
Ciclos clínico e básico totalmente separados, disciplinas fragmentadas e estanques, sem aproveitar, mesmo, a existência de fontes correlatas em algumas delas.	Disciplinas/atividades integradoras, ao longo dos primeiros anos, em algumas áreas.	Ensino com integração do ciclo básico com o profissional ao longo de todo o curso. Um dos métodos orientador da integração é a problematização
C3	Mudança metodológica	
Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3
Ensino centrado no professor, realizado fundamentalmente por meio de aulas expositivas para grandes grupos de estudantes.	Ensino que pode incluir inovações pedagógicas em caráter experimental, mas restritas a certas disciplinas. Ensino realizado, em geral, com pequenos grupos de estudantes.	Ensino baseado, na problematização em pqs. grupos, em ambientes diversificados c/ atividades estruturadas a partir das necessidades de saúde da população. Avaliação formativa e somativa, incluindo todos os aspectos da formação do estudante (conhec., atitudes e habilidades).

A circular light green maze with a central flower-like shape and the word 'ANEXOS' in the center. The maze is composed of concentric, winding paths that lead to a central floral motif. The word 'ANEXOS' is written in a bold, black, sans-serif font in the center of the maze.

ANEXOS

Anexo 1: Violência de gênero e a carência de dados oficiais

País desconhece realidade da violência contra a mulher, dizem pesquisadoras... <http://www2.camara.gov.br/agencia/noticias/SEGURANCA/414286-P...>

Agência Câmara de Notícias



Comentar Enviar opinião para os deputados Imprimir

10/04/2012 22:10

País desconhece realidade da violência contra a mulher, dizem pesquisadoras

A tarefa de conhecer a situação da violência contra a mulher no Brasil esbarra na falta de dados estatísticos. De acordo com a pesquisadora Lia Zanotta, do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher da Universidade de Brasília (UnB), só é possível citar com alguma segurança números sobre homicídios. "O resto são tentativas de aproximação", sustenta.

Lia Zanotta participou de audiência pública da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência contra a Mulher na tarde desta quarta-feira, organizada para discutir a sistematização e o monitoramento de dados sobre violência contra a mulher.

A presidente da CPMI, deputada Jô Moraes (PCdoB-MG), assinalou que a principal dificuldade do grupo é a falta de acesso a informações. "Solicitamos a todos os estados uma série de dados relativos a registros de casos, queixas e processos finalizados, e temos dificuldade de receber essa resposta", ressaltou.



Jô Moraes: solicitamos aos estados registros de casos, queixas e processos, mas temos dificuldade de receber resposta.

Fragmentação

Cecília Sardemberg, pesquisadora do Observatório Lei Maria da Penha (Observe), explicou que cada delegacia coleta e sistematiza as informações com metodologias e periodicidades diferentes, pois são vinculadas às secretarias estaduais de segurança. Isso, segundo ela, impossibilita mapear nas pesquisas dados como raça, cor, idade ou orientação sexual das vítimas, por exemplo, porque na maioria dos casos não são coletados.

Lia Zanotta acrescentou que um único atendimento pode ser desdobrado em até três boletins de ocorrência, pois os registros são feitos por tipo de agressão.

Unificar os questionários de atendimento dependeria de um "pacto federativo", pois as delegacias são vinculadas às secretarias estaduais de segurança. Mas, mesmo que demande trabalho, a tarefa "não é impossível", defendeu Zanotta. A pesquisadora sugere a adoção de um formulário para o tipo de agressão e outro para detectar o tipo de violência, por exemplo.

Padronização dos dados

A deputada Jô Moraes adiantou que ao final do trabalho serão apresentadas sugestões para melhorar essa coleta e padronização dos dados. "Poderemos propor um banco de dados unificado de informações relativas à violência contra a mulher, articulando órgãos federais e estaduais", disse. A parlamentar também defendeu a padronização do registro dos crimes, das agressões e dos processos. Em sua concepção, "isso contribuiria para a formulação de políticas de caráter nacional".

De acordo com Zanotta, o Brasil é o sexto país em número de homicídios no mundo. Diante disso, ela acredita ser "importantíssimo instaurar pesquisas sobre todos os tipos de violência nas secretarias de segurança". A pesquisadora relata que pesquisa de 2008 mostrou que no País ocorreram 25 homicídios por cada grupo de 100 mil habitantes. Nos Estados Unidos, a taxa é de 5 por 100 mil.

Quanto ao assassinato de mulheres, as taxas são de 5 por grupo de 100 mil pessoas. Segundo a pesquisadora, cerca 60% a 70% dos assassinos são parceiros e, principalmente, ex-parceiros das vítimas.

Continua:

■ Pesquisadoras apontam falhas no acolhimento de mulheres vítimas de violência

Reportagem - Maria Neves
Edição - Regina Céli Assumpção

A reprodução das notícias é autorizada desde que contenha a assinatura 'Agência Câmara de Notícias'



Comentar Enviar opinião para os deputados Imprimir

Anexo 2: Clipping de notícias “desumanização” do parto e do pré-natal

2005

<http://www.lustosa.net/noticias/23411.php>

Notícias

Fechado em São Paulo hospital em que bebê teria sumido

Atenta às denúncias feitas pelo **Jornal da Tarde** nos últimos dois dias, a Vigilância Sanitária Estadual fechou ontem o Hospital de Clínicas Jardim Helena, localizado na [Rua](#) Erva Andorinha, em São Miguel Paulista, zona leste da capital paulista. O hospital estava proibido de realizar cirurgias, principalmente partos, desde 2004.

A última vítima do hospital foi a artesã Cláudia Ferreira Silva Santos, 31 anos. Grávida de um casal de gêmeos, segundo quatro exames de ultra-sonografia assinados por dois médicos do hospital, Cláudia deu à luz somente um bebê, Nethan, no dia 28 de novembro. Ela dormiu após o nascimento de Nethan e quando acordou os médicos disseram que não havia a menina Redly, a outra criança.

Em 11 de maio de 2004, a Vigilância Sanitária vistoriou as instalações do hospital Jardim Helena e interditou temporariamente o centro cirúrgico e o centro de material esterilizado. Depois, no dia 24 de dezembro do mesmo ano, a Vigilância retornou ao local para ver se a direção havia feito as adequações [necessárias](#) e proibiu definitivamente o funcionamento do centro cirúrgico. Apenas o centro de material esterilizado havia sido reformado. De acordo com a Secretaria Estadual da Saúde, a Vigilância somente fiscaliza hospitais por meio de denúncias.

Ontem, o delegado Valdecir Aparecido do Nascimento, do 22º Distrito Policial (São Miguel Paulista), responsável pelas investigações, ouviu o depoimento do médico obstetra Osberto Camacho Vidal. Ele assumiu o erro nos dois laudos assinados. Segundo a polícia, ele não era capacitado para avaliar um exame de ultra-sonografia. Agora, poderá ser indiciado por negligência e corre o risco de ter o registro no Conselho Regional de Medicina CRM cassado.

O outro médico que também assinou dois laudos e constatou que havia dois fetos no útero de Cláudia, José Francisco Parente Ferreira, ainda não prestou depoimento. Nos quatro exames de ultra-sonografia, o casal de fetos tinha pesos e medidas diferentes. Os batimentos cardíacos dos dois bebês também foram ouvidos pelos médicos que fizeram o pré-natal na gestante.

Hoje, a polícia vai ouvir toda a [equipe](#) médica que participou da cesariana de Cláudia na manhã do dia 28 de novembro. Outro mistério que a polícia quer desvendar é por que a vítima adormeceu assim que o primeiro bebê nasceu. Ela somente acordou no momento em que a laqueadura estava sendo feita. Ao perguntar pela menina, recebeu a resposta: "Ela não existe. Só tinha um bebê aqui".

Anteontem, o presidente da Sociedade Brasileira de Ultra-sonografia no [Estado](#) de São Paulo, Sang Soon Cha, avaliou os originais dos quatro exames de ultra-sonografia e concluiu que havia dois fetos nas imagens. A polícia investiga negligência médica e subtração de incapaz (roubo do bebê). A família pede uma resposta rápida. "Não agüentamos mais essa aflição. Tem ou não outro bebê?", pergunta a mãe.

Fonte: <http://www.estadao.com.br/rss/agestado/2005/dez/09/9.htm>

2007

<http://www.drd.com.br/news.asp?id=50027406913100001>

[Página inicial](#):: >> Cidades >>

sexta-feira, 21 de setembro de 2007

‘Ser mãe’ vira pesadelo para Nayane

Ela afirma que o trabalho de parto durou quase 30 horas, e seu filho, o qual ela segurou apenas duas vezes, morreu por negligência médica

Fotos: Arquivo Pessoal de Nayane e Pierry Aires

MEMBROS do Conselho Municipal de Saúde foram com Nayane para a Delegacia Regional registrar a ocorrência

[Por MARCOS FURTADO](#)

Nayane Michelle Morais, 19 anos, não sabe expressar o que está sentindo. Está revoltada, se sente injustiçada e desrespeitada. A dor é tão grande que fica difícil encontrar uma palavra certa para defini-la. Ela sonhava ser mãe, como grande parte das mulheres. Há um ano Nayane mora com Jeferson Santana, e a expectativa era muito grande, o sonho seria, finalmente, realizado. Mas o que parecia um conto de fadas, com final feliz, se tornou um grande

pesadelo. A mãe alega ter ficado 29 horas em trabalho de parto e ter abraçado seu filho por somente duas vezes. Depois recebeu a notícia de que o filho havia morrido por problemas respiratórios.

Nayane começou a entrar em trabalho de parto domingo. Foi ao Hospital Municipal, mas não tinha vaga. Segunda-feira, voltou ao hospital, mas ainda não havia vaga. Por esse motivo, um médico a encaminhou ao Hospital Samaritano. Ela já estava com 10 cm de dilatação e não tinha passagem para parto normal, ou seja, tinha que ser cesária. Entrou no Samaritano às 14h21 do dia 17 de setembro em fase de latência de trabalho de parto, e foi atendida pelo obstetra de plantão. "Chegando lá, o médico me deixou na sala de pré-parto de segunda para terça-feira. Eu sabia que não tinha como fazer parto normal, porque o bebê estava alto e muito grande", conta a mãe.

Mesmo assim, Nayane diz que o médico forçou o parto normal através de fórceps. "Ele colocou um ferro para tirar o bebê de qualquer jeito, subiu em cima da barriga. Foi horrível! Fiquei 29h em trabalho de parto. O médico sabia que não podia ser feito parto normal. Estava no encaminhamento que eu levei do Hospital Municipal. Mesmo assim ele não quis fazer cesária. Não entendi o motivo", conta a mãe.

Pai não entra

Após quase 29h sofrendo em trabalho de parto, o filho de Nayane finalmente nasceu. "Ele se chamaria Cauã Kevin. Nasceu forte, saudável, medindo 54cm e pesando 4kg", conta. Mas os momentos de felicidade acabaram aí. Na noite de terça-feira, por volta das 23h, a conselheira que estava de plantão no Hospital Municipal entrou em contato com membros do Conselho Municipal de Saúde e disse que Nayane tinha ganhado neném mas o Hospital não deixava o pai da criança entrar no Hospital.

"Isso é errado. Esse direito é garantido ao pai pelo ECA [Estatuto da Criança e do Adolescente]. Fomos ao local e, ao chegar, o técnico em enfermagem Antônio Carlos Santos da Silva disse que a direção do hospital havia proibido, tanto a nossa entrada quanto a do pai da criança. Dissemos que iríamos registrar queixa, chamaríamos a polícia. Somente após a chegada da polícia o pai pôde entrar no hospital. Até então diziam que não era hora para o pai visitar a criança", relata o membro do Conselho Beth Reis.

Mesmo assim os três conselheiros municipais da saúde que foram ao hospital não puderam entrar. Sem mais o que fazer, foram para casa. No outro dia a mãe visitou o bebê e suspeitou que seu filho estava com respiração difícil, se debatendo. "Falei com as enfermeiras, mas falaram que estava tudo bem, aí voltei para a sala. Tanto que, às 14h de quarta-feira, ele foi para o quarto no horário de visita", lembra a mãe.

Óbito

Como era de se imaginar, eles fizeram uma festa. Tiraram muitas fotos e puderam sentir por alguns instantes como é a emoção de serem pais. Porém, uma enfermeira disse que voltaria com o bebê para tirar raio X e fazer exames. Cauã não voltou mais. "Peguei meu filho no colo somente por duas vezes: uma assim que ele chegou e outra quando fui amamentá-lo, mas ele não aceitou", conta. De madrugada, por volta das 5h, um pediatra disse que não tinha uma notícia muito boa: o bebê havia falecido. "Não vi mais o médico que fez meu parto. Quem me deu essa notícia foi um pediatra que trabalha no hospital", conta Nayane.

Na tarde de ontem, membros do Conselho Municipal de Saúde foram com Nayane para a Delegacia Regional registrar um Boletim de Ocorrência e para a Delegacia da avenida JK fazer exame de corpo de delito para que outras providências sejam tomadas. "O procedimento adotado pelo Conselho será pegar as ocorrências e fazer relatório para que sejam tomadas as providências cabíveis. O caso já foi passado para a Promotoria, por telefone", conclui Agnaldo Soares, membro do Conselho. Os resultados dos exames ainda não têm previsão para ficarem prontos. O corpo do recém-nascido foi encaminhado ao Instituto Médico-Legal para exame de necropsia.

Conselho

A intervenção do Conselho Municipal de Saúde veio para colocar em prática suas funções deliberativas, normativas, fiscalizadoras e consultivas, objetivando basicamente o estabelecimento, acompanhamento, controle e avaliação da política municipal de saúde, de acordo com a Lei Orgânica do Município e a Constituição Federal.

Hospital

De acordo com uma nota divulgada na tarde de ontem pela Assessoria de Imprensa do Hospital Samaritano, Nayane ficou em trabalho de parto por 10 horas, e não 29h como ela conta. Os trabalhos de parto efetivos foram iniciados por volta das 9h30 de terça-feira. Foram aferidos os sinais vitais e feita a ausculta dos batimentos cardíacos no bebê. O parto foi realizado terça-feira, às 19h33, de forma natural. O bebê já nasceu com problemas respiratórios, sendo realizados os procedimentos de rotina cabíveis, reassumindo a respiração espontânea normal e depois transferido para a incubadora.

O recém-nascido apresentou melhora do quadro, sendo liberado para a maternidade, porém foi necessário o retorno ao berçário devido à piora do quadro, sendo comunicado ao pediatra o caso. Ainda segundo a nota, o bebê morreu às 4h25 de ontem. O caso já está sendo avaliado pela direção do hospital para as providências cabíveis.

2009

<http://www.estadao.com.br/noticias/cidades,medico-acusado-de-negar-atendimento-a-gravida-depoe,,medico-acusado-de-negar-atendimento-a-gravida-depoe,402138,0.htm>

Médico acusado de negar atendimento a grávida depõe

Mulher, com sinais de descolamento prematuro de placenta, teria sido mandada de ônibus a maternidade

13 de julho de 2009 | 18h 25

Priscila Trindade, da Central de Notícias

O médico acusado de não prestar atendimento a três grávidas no Hospital Miguel Couto, no Leblon, na Zona Sul do Rio, chegou com cinco horas de atraso ao 14º DP, nesta segunda-feira, 13, para prestar depoimento. Segundo o inspetor André de Oliveira, o médico não havia comparecido para depor na sexta-feira, 10.

Uma das mulheres, com sinais de descolamento prematuro de placenta, teria sido mandada de ônibus a uma maternidade na zona norte, na quinta-feira, 2.

De acordo com Manuela Costa, de 29 anos, o obstetra rabiscou no braço dela com uma caneta o nome da Maternidade Fernando Magalhães, em São Cristóvão, e os números das linhas de ônibus que ela deveria pegar.

Ao chegar à maternidade ela foi submetida a uma cesariana de emergência. O bebê morreu. As outras duas grávidas não tiveram complicações nos partos. No começo do mês, um registro de ocorrência foi aberto para apurar o caso.

<http://www.snn.com.br/noticia/54792/10/pescoco-de-crianca-e-quebrado-durante-o-parto-no-ceara.html>

Publicado em 20/10/2009 - 13:49

Pescoço de criança é quebrado durante o parto no Ceará

A sala de uma casa simples de quatro cômodos preparada com esmero para receber parentes e amigos em comemoração pela chegada do terceiro filho é a mesma onde a família vela o corpo do bebê morto durante complicações na hora do parto. A tragédia ocorreu no último domingo pela manhã, na maternidade da Associação Beneficente de Pajuçara, em Maracanaú, a 50 km de Fortaleza.

A história poderia ser mais uma fatalidade não fosse o motivo do óbito: a criança teve o pescoço quebrado numa manobra feita pelo médico, na tentativa de puxá-la e completar o procedimento de nascimento.

Os pais, Francisco Erinaldo Oliveira Soares e Maria do Socorro Ferreira, estão inconformados e culpam a maternidade por negligência.

Na casa, onde o corpinho é velado, um entra-e-sai de vizinhos e familiares. Todos chocados com a ocorrência. Na rede, sem condições de levantar para também guardar o filho morto, Maria do Socorro chora em silêncio, sob os cuidados carinhosos da irmã e de seus dois meninos - uma de 11 e outro de oito - que ainda não entendem o que aconteceu com o irmãozinho que esperavam com ansiedade. Socorro, conta o marido, teve uma gravidez sem problemas, com pré-natal realizado na mesma maternidade.

Como o nenê estava "sentado", de acordo com exames feitos, o obstetra indicou cesariana, marcada para hoje, terça-feira. No entanto, na madrugada de domingo passado, a mulher começou a sentir as dores do parto e foi levada para a maternidade. "Quando cheguei, informei que era para ser cesária, mas eles insistiram no parto normal. Nem vi meu filho. Depois que o retiraram de dentro de mim, saíram correndo com o corpo e não me disseram nada na hora", narra, entre lágrimas.

Erinaldo relata que ficou sem entender. "Só depois, as enfermeiras contaram sobre a morte do bebê. Elas disseram que ele nasceu já morto. Uma mentira". Não conformado, procurou saber detalhes, sem conseguir esclarecimentos do médico.

No fim da tarde do domingo, a direção da maternidade tentou convencer Erinaldo a deixar o corpo do menino para ser enterrado pela instituição. "Claro que não deixei e exigi que trouxessem o meu filho". Fato que aconteceu por volta das 17 horas. "Ele veio todo enrolado, parecia um pacotinho, seguro até com esparadrapo", diz.

A esposa, continua Erinaldo, ficou na maternidade e ele levou o bebê para casa, onde a sogra e outros parentes o esperavam. Lá, decidiu desfazer o "embrulho" e constatou que o pescoço da criança estava inchado e muito roxo. "Fiquei apavorado. Aliás, todo mundo aqui em casa ficou sem saber o que fazer e descobrimos que ele morreu devido o pescocinho quebrado".

Erinaldo afirma que ainda procurou a maternidade para explicações e foi informado de que o bebê havia morrido há pelo menos quatro dias ainda no útero da mãe. Outra mentira, garante Socorro. "Eu sentia meu filho mexer até na hora do parto. Ele não estava morto".

O diretor clínico da Associação Beneficente de Pajuçara, Dionísio Lapa, não nega que a causa da morte da menino foi o tocotraumatismo (lesão produzida no feto durante o trabalho de parto). "Houve um caso de cabeça derradeira, ou seja, o corpo saiu e a cabeça ficou por último, presa", explica.

Ele garante, no entanto, que a manobra utilizada para completar o procedimento é autorizada pelo Ministério da Saúde e utilizada nesses casos. "Não fizemos cesária porque a mãe chegou com oito centímetros de dilatação e em trabalho de parto. Daí, fazemos o parto pélvico e com a utilização da técnica de aplicação do Fórceps de Piper para a retirada do bebê".

EXPLICAÇÕES

POLÍCIA INICIA INVESTIGAÇÃO DO CASO

Os pais do bebê morto querem justiça e exigem explicações sobre o que ocorreu de fato na hora do parto. Para isso, Francisco Erinaldo registrou boletim de ocorrência na Delegacia Metropolitana de Maracanaú, no fim da tarde do último domingo. O boletim tem o número 10.017 e foi encaminhado, na tarde de ontem, para a 29ª Delegacia de Polícia (DP) de Pajuçara, que abriu inquérito e começa a investigar o caso. O delegado Deodato Fernandes está à frente das diligências.

Já foi feito o exame cadavérico pelo Instituto Médico Legal (IML), em Fortaleza. O resultado deverá sair em até 30 dias. Também será ouvida toda a equipe médica que estava de plantão na maternidade e que efetuou o trabalho de parto de Maria do Socorro.

Parentes, vizinhos e os pais da criança também serão chamados para prestar esclarecimentos. "Estou ainda sob forte impacto da perda de meu filho, mas tenho fé de que a justiça irá ser feita", afirma Erinaldo.

"O que aconteceu com o nenê tem de ser averiguado", salienta a irmã de Maria do Socorro, Alzenira Ferreira. Ela foi quem insistiu com o cunhado para retirar o lençol que embrulhava o sobrinho falecido. "Foi um susto. Notei na mesma hora que alguma coisa havia acontecido com o pescoço dele e chamei Erinaldo", conta.

A própria declaração de óbito, fornecida pela maternidade, diz que a causa da morte foi "tocotraumatismo", reconhecida pela direção da instituição. "Não temos o que esconder", diz o diretor clínico, Dionísio Lapa.

Ele assegura que o procedimento usado pelo médico responsável pelo parto foi correto. "Foi uma fatalidade. É o que podemos afirmar para esse caso. Nada mais".

A Associação Beneficente de Pajuçara, informa o diretor, é referência quando se fala em partos em Maracanaú e municípios vizinhos. "Realizamos mais de 300 partos por mês, sempre dentro de padrões médicos e estamos tranquilos com relação às apurações do fato".

ENTREVISTA

Zenilda Vieira Bruno* Percentual

Existe procedimento padrão para casos de cabeça derradeira, como o que ocorreu com o bebê morto?
Existe sim. É preconizado pelo Ministério da Saúde e ocorrem no trabalho de parto, onde a cabeça é exteriorizada em último lugar.

É mais comum do que temos conhecimento, ou seja, acontecem em que percentual?
Os pélvicos podem apresentar complicações em 3% a 4% dos partos e estão diretamente relacionados com a idade da gestante.

No caso do bebê de Erinaldo e Socorro, não seria mais seguro a realização da cesária?
Não conheço o caso do casal de perto, portanto, não dá para avaliar. Porém, como esse seria o terceiro filho, a indicação de cesária não era obrigatória, mesmo o bebê estando sentado.

A senhora acredita que foi uma fatalidade o que aconteceu nesse caso?

Se foram tomadas todas as providências para o parto pélvico - indicado para quando o bebê está sentado - acredito sim em fatalidade. É necessário que se tome os devidos cuidados, para que se tenha a certeza de que a cabeça do bebê passará pela cavidade da bacia materna.

Fonte: Diário do Nordeste

2010

<http://oglobo.globo.com/pais/estudante-passa-por-cesariana-em-belem-mas-volta-para-casa-sem-bebe-3016903>

Estudante passa por cesariana em Belém mas volta para casa sem o bebê

Anderson Hartmann, *O Globo*; *Jornal Nacional*

Publicado: 28/04/10 - 0h00 - Atualizado: 28/04/10 - 0h00

SÃO PAULO - Uma estudante supostamente grávida foi submetida a cesariana em uma maternidade conveniada pelo SUS em Belém, mas voltou para casa sem o bebê. Lana Carla da Silva Pimenta, de 20 anos, deu entrada na Santa Casa de Misericórdia no último dia 19, mas, como não havia leitos, foi encaminhada para a Maternidade do Povo. Mesmo depois da cirurgia, o médico responsável pela cesariana José Negrão Guimarães disse que a gestação era inexistente.

De acordo com assessoria de comunicação da Santa Casa, a paciente esteve no hospital no dia 19 de abril, quando passou por exame clínico, mas não houve confirmação do médico Raimundo Goes de detalhes do atendimento.

Na sequência, a estudante teria sido encaminhada à Maternidade do Povo, braço direto da Santa Casa no atendimento de pacientes do SUS (Sistema Único de Saúde), com toda documentação que comprovava a gravidez. Lá, a estudante teria sido submetida a cesariana.

- Não se trata de uma gravidez psicológica, mas da leitura de uma falsa realidade, induzida ao erro por outros profissionais que a encaminharam ao Hospital do Povo - garante Osvaldo Serrão, advogado do médico responsável pela cesariana.

Segundo o advogado, além do encaminhamento médico, a paciente também chegou à maternidade com toda documentação que realmente comprovava a gravidez, como exames laboratoriais e exames que mostravam o feto.

O exame do ginecologista antes do parto indicou "batimentos cardíacos do feto" e que "ele estava na posição pélvica, ou seja, sentado".

- Ele falou para eu ir logo ao hospital porque teria que ser operada com urgência - afirma Lana.

O advogado do obstetra diz que o médico pensou que o bebê estivesse morto.

- Quando a paciente chegou, meu cliente que tem 40 anos de profissão viu os documentos e seguiu para a realização de exames clínicos, como a verificação dos batimentos cardíacos do feto. Quando ele não ouviu o coração do bebê batendo, pensou que estivesse morto. Por isso, iniciou uma cesárea de urgência e para a surpresa dele, não havia feto algum. É uma coisa rara - conta Serrão.

O obstetra chamou a mãe da jovem para dizer que Lana não estava grávida.

- Chamei o anestesista, a pediatra, paramentamos a mãe de Lana e mostramos que não existia feto - diz o obstetra.

A Secretaria Municipal de Saúde de Belém (Sesma) informou que Lana se matriculou no programa Gestar de pré-natal da Unidade Municipal de Saúde da Marambaia no dia 15 de dezembro de 2009. A primeira consulta ginecológica da paciente foi realizada no dia 18 de janeiro, quando foi mostrado para a médica uma ultrassonografia e outros resultados de exames levados pela paciente.

- A minha filha entrou em uma sala de cirurgia e, de repente, o médico diz que a minha filha não tinha nenhum bebê. Que gravidez é essa? Cadê esse bebê? - afirma a mãe de Lana.

Depois da cirurgia, a jovem fez mais dois exames: um de gravidez, e uma ultrassonografia. Segundo Albertino Bastos, presidente da Associação Paraense de Ginecologia e Obstetrícia, que analisou os exames, não havia gravidez.

- Se ela estivesse grávida, esse exame, mesmo 15 dias depois do parto, daria positivo. O ultrassom realizado na mesma clínica onde foram feitas as ultrassonografias de dezembro e janeiro mostra que é um útero que nunca esteve grávido - diz Bastos.

Ainda de acordo com a Sesma, a paciente teria retornado ao posto no dia 25 de janeiro para mais uma consulta, quando foi solicitado um novo ultrassom. No dia 28, a paciente voltou ao posto, se consultou, mas não levou a ultrassonografia solicitada pela médica. Em 23 de fevereiro, foi solicitado à paciente que realizasse novos exames pelo programa Gestar. Mas, Lana só teria retornado à Unidade no dia 05 de abril para fazer exame de rotina - medição de barriga e verificação de pressão arterial - realizados por uma enfermeira.

- Não consigo nem pensar. Eu não consigo entrar no meu próprio quarto, porque vejo as coisas da minha filha e choro. Eu só quero saber a verdade. Mais nada - afirma Lana.

O caso está sendo investigado pela Delegacia do Marco, em Belém. O Conselho Regional de Medicina do Pará abriu sindicância para apurar o caso.

- Esse caso merece toda a nossa atenção, todo o nosso cuidado, e toda a apuração certa, séria, que o conselho costuma fazer - diz Fátima Couceiro, presidente do Conselho Regional de Medicina.

Leia também: [Idosa de 65 anos recebe exame que indica gravidez de gêmeos em Aracaju](#)

Leia mais sobre esse assunto em <http://oglobo.globo.com/pais/estudante-passa-por-cesariana-em-belem-mas-volta-para-casa-sem-bebe-3016903#ixzz1rkqZjhsg>

© 1996 - 2012. Todos direitos reservados a Infoglobo Comunicação e Participações S.A. Este material não pode ser publicado, transmitido por broadcast, reescrito ou redistribuído sem autorização.

<http://www.orm.com.br/amazoniajornal/interna/default.asp?modulo=831&codigo=468579>

Mãe é ouvida em depoimento

Edição de 29/04/2010

Jovem fez pré-natal, médico aconselhou cesariana e durante a cirurgia obstetra disse que não havia bebê

A estudante Lana Carla da Silva Pimenta, de 20 anos, prestou depoimento à Polícia Civil, ontem à tarde, sobre o suposto sumiço da filha recém-nascida na Maternidade do Povo, hospital conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS), onde a jovem foi atendida no último dia 19 com todos os sinais de um trabalho de parto. Ela garante, com documentos e testemunhas, que estava grávida, mas foi informada pela equipe médica que não havia criança no útero dela e que ela estava, na verdade, sofrendo de uma gravidez psicológica. Foi aberto inquérito policial para investigar se houve negligência e se ocorreu, de fato, o desaparecimento do bebê.

Lana disse à delegada Mara Cristina Santos, da Delegacia do Marco, que deu entrada na Santa Casa de Misericórdia no último dia 19. Como não havia vaga, ela foi encaminhada para a Maternidade do Povo e lá foi atendida pelo médico José Negrão Guimarães, que fez a cesariana. No relato, a paciente disse que foi sedada para ser submetida ao parto. Ao acordar, soube pela equipe médica que a filha aguardada por ela e pela família não existia. A jovem, segundo o hospital, passava por uma gravidez psicológica desde dezembro do ano passado.

Segundo a mãe de Lana, Maria Eliides Silva Pinheiro, que a acompanhou na delegacia, o médico informou a inexistência do bebê alguns minutos depois de ter entrado na sala de cirurgia e iniciado o procedimento. A sogra da estudante, Quésia Caetano, também afirma que a nora estava grávida. "A família toda estava ansiosa pela chegada criança, que já tinha até nome (Cibele Vitória). Queremos revolver a situação", disse.

Aparentando nervosismo e ainda com dificuldades para se locomover, Lana pouco falou. Disse à imprensa apenas que tem esperanças de ver a filha viva. "Toda mãe quer ver o filho que teve. Eu quero a minha filha", afirmou. O advogado da família, Pedro Rocha Júnior, apresentou os documentos que foram entregues à Justiça.

O primeiro documento foi primeira ultrassonografia, datada de 3 de dezembro do ano passado, feita 21 semanas depois da concepção, segundo o advogado. Outro documento apresentado foi a caderneta de acompanhamento do pré-natal de Lana, indicando a última consulta no dia 5 de abril, dando indicação que o bebê estava saudável.

A Secretaria Municipal de Saúde de Belém (Sesma) confirma que Lana estava matriculada no programa de pré-natal Gestar, da Unidade Municipal de Saúde da Marambaia, desde o dia 15 de dezembro do ano passado. Ainda segundo a secretaria, a primeira consulta foi realizada no dia 18 de janeiro, quando a paciente mostrou a uma obstetra uma ultrassonografia e outros resultados de exames.

Lana teria retornado ao posto no dia 25 de janeiro passado, ainda segundo a Sesma, para mais uma consulta. Nessa data, foi pedido um novo exame de ultrassom. No dia 28 do mesmo mês, ela retornou, porém sem a ultrassonografia solicitada. À grávida foi pedido que voltasse no dia 23 de fevereiro para exames de pré-natal.

A Sesma informou que Lana só voltou à unidade no dia 5 de abril para fazer exames rotineiros, como medição de barriga e verificação de pressão arterial, o que foi feito e registrado em sua caderneta por uma enfermeira. À audiência de ontem compareceram uma médica e uma advogada da secretaria municipal, que forneceram as informações à delegada Mara Cristina Santos.

O caso está sendo investigado e o inquérito já foi aberto. O prazo para finalizar a investigação é de 30 dias, prorrogável por igual período.

Advogado Oswaldo Serrão afirma que a mulher sofreu aborto

O advogado do médico José Negrão Guimarães, Oswaldo Serrão, diz que Lana já sabia que não estava com um filho no ventre quando deu entrada na Maternidade do Povo. Ele diz que a paciente sofreu um aborto, mas escondeu da família por motivos ainda não sabidos, que podem tanto ser um distúrbio psicológico resultante do trauma ou uma omissão presumida. "Não é possível que ela não saiba que havia abortado. Não existe aborto sem sangramento. O que dá para presumir que a perda do bebê não foi informada para a família por algum motivo que ainda não sabemos. Mas ela chegou até o hospital sem nenhum filho no ventre e isso pode ser comprovado".

Segundo Serrão, o cliente dele afirma que no dia 19 passado, quando a paciente deu entrada, recebeu o encaminhamento documentado do médico Raimundo Góes. Nos papéis fica comprovado que ela esteve grávida até janeiro passado. Porém, nada indica que a gravidez não foi interrompida depois.

O advogado afirma que o médico agiu dentro dos procedimentos padrão: acionou a equipe para a cesariana, uma vez que no encaminhamento constava que a criança estava na posição pélvica, ou seja, o inverso da posição apropriada para o parto normal. As indicações do médico Góes orientavam também a cesárea, porque seria o

primeiro filho, o que aumenta o risco em um parto natural. Guimarães teria feito, como é praxe, o exame de batimento cardíaco do feto, porém não constatou as pulsações e deduziu que o bebê estava morto. Visando à segurança da vida da paciente, ele começou a cirurgia para a retirada do feto com o corte abdominal. Para surpresa do médico, o útero de Lana estava intacto, indicando que não havia gravidez há algum tempo.

Na versão do médico, Lana teria sofrido um aborto e Serrão diz que ela teria feito, cinco dias depois da entrada na Maternidade do Povo, uma nova ultrassonografia. O exame aponta que não havia vestígios de gravidez alguma. Serrão diz que Guimarães se apresentou no início desta semana, espontaneamente, ao Conselho Regional de Medicina para relatar o caso. Agora aguarda a intimação para prestar depoimento na delegacia.

<http://oglobo.globo.com/pais/troca-de-laudos-aponta-gravidez-de-gemeos-em-idosa-de-65-anos-em-aracaju-3016495>

Troca de laudos aponta gravidez de gêmeos em idosa de 65 anos em Aracaju

Bom Dia Brasil

Publicado: 29/04/10 - 0h00 - Atualizado: 29/04/10 - 0h00

ARACAJU - Uma idosa de 65 anos foi surpreendida numa consulta médica de rotina em Aracaju. Depois de ser submetida a uma ultras-sonografia transvaginal no Centro de Especialidades Médicas de Aracaju (Cemar), Natécia Menezes Nascimento recebeu do médico a informação que estava grávida de 34 semanas. E de gêmeos.

Viúva, Natécia havia feito cirurgia para retirada do útero há 30 anos. Quando foi a uma unidade pública de saúde de Aracaju, buscava os exames de rotina feitos por uma mulher na idade dela.

- Ele olhou primeiro a mamografia disse que estava tudo normal, agora a senhora aceite meus parabéns. A senhora vai ganhar dois bebês - lembra aposentada.

O exame era claro: uma gestação de 34 semanas, prestes a dar luz. O resultado especificava ainda o peso e o tamanho dos bebês.

Segundo a unidade de saúde, houve uma troca de resultados do exame. Segundo a direção da unidade, o resultado foi emitido à mão pelo médico responsável, que não sabe digitar. Ao passar para o computador, um funcionário trocou o laudo com o de outra paciente.

- Houve desatenção na assinatura do laudo, não percebeu que os dados eram incompatíveis com a idade da paciente. Vamos suspender o médico que fez o exame para que possa apurar com mais tranquilidade - diz o coordenador da unidade de saúde Paulo Sérgio Oliveira Menezes Nunes.

Mesmo depois de esclarecido o fato, o problema causa transtornos.

- Me deito e não consigo dormir direito, mesmo tomando tranquilizantes - diz ela.

<http://noticias.bol.uol.com.br/brasil/2010/05/05/policia-investiga-se-jovem-submetida-a-cesarea-sem-bebe-no-para-mentiu-sobre-aborto-ou-teve-gravidez-psicologica.jhtm>

[Brasil](#)

Polícia investiga se jovem submetida a cesárea sem bebê no Pará mentiu sobre aborto ou teve gravidez psicológica

05/05/2010 - 17h46 | do [UOL Notícias](#)

Sandra Rocha

Especial para o UOL Notícias

Em Belém

A polícia ainda investiga o caso da jovem Lana Carla da Silva Pimenta, que há quinze dias foi submetida a uma cirurgia cesariana, mas saiu da Maternidade Santa Bárbara, em Belém (PA), sem um bebê. Para os investigadores, só os laudos periciais sobre a confirmação ou não da gravidez podem dar um rumo às investigações que apuram se ocorreu negligência médica, gravidez psicológica ou até a possibilidade de a jovem ter abortado, mas levado a mentira de uma gravidez inexistente até as últimas consequências.

Sustentando uma barriga de gravidez e de posse de exames laboratoriais, Lana Pimenta passou por três estabelecimentos de saúde de Belém, mas só momentos antes do parto foi informada que não havia um bebê no útero dela. Com laudos e prontuários clínicos em mãos, a jovem registrou ocorrência policial.

A paciente fez acompanhamento pré-natal na Unidade de Saúde da Marambaia, posto municipal de bairro da periferia da capital paraense. Ela procurou o Hospital Santa Casa de Misericórdia, referência em gestação de risco, para realizar a cirurgia cesariana, mas foi transferida para a maternidade Santa Bárbara.

Na maternidade, o obstetra José Negrão iniciou os procedimentos cirúrgicos, mas, minutos depois, informou à família da paciente que a gravidez era psicológica. Em depoimento à polícia, o médico disse que nem sequer abriu o útero de Lana porque percebeu que não havia criança alguma.

Em nota, a diretoria da Santa Casa de Misericórdia não detalhou o que se passou no dia 19 de abril, quando foi realizado o atendimento. Informou, apenas, que abriu procedimento “para avaliar o atendimento médico dado a paciente no setor de urgência obstétrica da Santa Casa no dia 19 de abril, antes da mesma ser encaminhada à maternidade Santa Bárbara”.

Horas antes da ida à Santa Casa, a jovem foi submetida à avaliação psiquiátrica no Instituto de Perícias Científicas (IPC). Há uma semana, o órgão coletou material da paciente para exames que poderiam comprovar ou não a gravidez.

“Os laudos vão dizer se ela estava grávida ou não, se abortou ou não”, afirmou o delegado Ivan Pinto. Segundo o delegado, cinco pessoas já prestaram depoimentos, entre familiares e o obstetra José Negrão. Ainda serão ouvidos o médico da Santa Casa Raimundo Góes, que não compareceu ao primeiro chamado, além de um enfermeiro e de um ex-diretor da unidade de saúde.

Investigações e falsa gravidez

O delegado Ivan Pinto afirma que as informações colhidas até agora são insuficientes para explicar exatamente o que aconteceu. Já o diretor da polícia, delegado Paulo Tamer, afirma que a falsa gravidez já está provada por dois exames de ultrassonografia e Beta HCG (sangue) realizados em clínicas particulares. Tamer afirma que falta comprovar ainda se os profissionais de saúde foram negligentes ao não identificar o problema com antecedência. “Ainda tem muitas coisas a esclarecer”, disse Tamer.

A família de Lana contratou advogado para acompanhar o inquérito e preferiu não falar mais sobre o assunto. Já a Secretaria Municipal de Saúde (Sesma), responsável pela unidade de saúde, informou que criou uma comissão técnica para analisar os procedimentos internos adotados no caso.

Segundo a assessoria da Sesma, Lana se matriculou no programa Gestar de pré-natal no dia 15 de dezembro do ano passado. A primeira consulta foi no dia 18 de janeiro de 2010, mas ela já chegou com uma ultrassonografia e outros resultados de exames prontos.

Ainda de acordo com a Sesma, a paciente esteve outras duas vezes na unidade, mas não levou as ultrassonografias novas solicitadas. Depois disso, “a paciente só retornou à Unidade no dia 05 de abril para fazer exame de rotina, que seria medição de barriga e verificação de P.A, exames realizados por uma enfermeira”, informou.

<http://oglobo.globo.com/pais/adolescente-com-suposta-gravidez-psicologica-passa-por-cesariana-em-campo-limpo-paulista-sp-2992724>

Adolescente com suposta gravidez psicológica passa por cesariana em Campo Limpo Paulista, SP

Publicado: 17/06/10 - 0h00 - Atualizado: 17/06/10 - 0h00

SÃO PAULO - Uma adolescente de 17 anos, com suposta gravidez psicológica, passou por uma cesariana em um hospital público de Campo Limpo Paulista, a 62 quilômetros de São Paulo. A menor realizou todo o acompanhamento pré-natal na rede municipal de saúde. O cartão da adolescente aponta até exames de ultrassonografia. A Secretaria de Saúde de Campo Limpo abriu sindicância para apurar o caso.

- Cheguei lá com dor e com sangramento, o médico fez exame de toque e disse que eu iria ficar internada. Ele falou para o meu marido que ele poderia buscar as roupas. Quando meu marido voltou eu já estava no centro cirúrgico - diz a menor.

O exame feito depois da cirurgia comprovou que a menor não estava grávida. A Polícia Civil abriu inquérito para investigar o caso. Uma sindicância aberta pela Secretaria de Saúde de Campo Limpo Paulista vai apurar por que os médicos levaram adiante o pré-natal e por que a menina foi levada para a mesa de cirurgia.

- Iremos apurar se houve falha na condução desse caso até um estágio avançado de gravidez, ou de aparente gravidez. E também se investigado a condução no caso de gravidez no hospital - diz o secretário de Saúde do município Hugo Samejima.

Leia mais sobre esse assunto em <http://oglobo.globo.com/pais/adolescente-com-suposta-gravidez-psicologica-passa-por-cesariana-em-campo-limpo-paulista-sp-2992724#ixzz1rm1kFaMO>

<http://campolimpo.com.br/noticias/index/121>

Campo Limpo Pta - Estudante de 17 anos alegava que estava grávida, mas saiu do hospital sem o bebê.

Segundo Prefeitura, não havia bebê

O secretário de Saúde de Campo Limpo Paulista, Hugo Komei Samejima, afirmou ontem que a jovem de 17 anos que fez uma cirurgia cesariana não estava grávida. A estudante R.L.O., 17 anos, alega que procurou o Hospital Nossa Senhora do Rosário, em trabalho de parto, no último dia 8, mas saiu do local sem o bebê. "Minha equipe levantou os exames e prontuários dela e localizamos dois ultrassons, um de novembro do ano passado e outro de fevereiro deste ano. Os dois exames indicam que não havia bebê", contou o secretário.

Na semana passada ele havia informado que poderia se tratar de um caso de pseudociese (gravidez psicológica). Ontem, ele informou ainda que em nenhum prontuário médico há qualquer anotação de exames de ultrassom analisados. "Isso pode indicar que a jovem fez o exame, mas não o entregou aos médicos. Se ela tem algum exame indicando sexo e peso do bebê, não foi feito na rede pública de saúde." A jovem disse ontem ao JJ Regional que não se lembra de ter feito exame no mês de novembro e garante que estava grávida.

"Tenho certeza que estava grávida. Eles não me procuraram e tenho exames que mostram até o peso do bebê", afirmou ela. Todo o pré-natal foi feito na Unidade de Saúde do bairro São José I. "O meu médico vai me dar um laudo indicando que eu estava grávida sim", afirmou. O ginecologista que fez o acompanhamento, segundo a jovem, foi o médico Marco Antonio Cizotto. A mãe de R. disse que quem fez o acompanhamento do pré-natal foi a sogra da jovem.

"Não fui com ela ao médico, mas ela passou por vários especialistas. Eles mediram a barriga, faziam os exames e nenhum afirmou que não tinha bebê. No hospital os médicos abriram e disseram que era uma gravidez psicológica. Se não tinha bebê por que fizeram a cesárea?", questiona a mãe da menina, E.L.. A adolescente sente muitas dores ainda. "Estou com pontos e estou com muita dor. Hoje (ontem) fiquei correndo atrás do médico para conseguir uma explicação e pedi ajuda." O secretário de Saúde disse ainda que pretende chamar a família da jovem para explicar as medidas tomadas pela secretaria. "Além disso, precisamos conversar com a família porque essa menina precisará de atendimento psicológico", afirmou Samejima.

Fonte: jj.com.br

Data de publicação: 17/06/2010

Copyright © Campo Limpo Tem - 2010 - 2012 - Todos os direitos reservados.

<http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.phtml?id=1015291>

São Paulo

Polícia investiga conduta de médico em suposta gravidez psicológica

Adolescente de 17 anos afirma que estava grávida e fez ultrassom. Hospital nega existência de bebê. Caso foi em Campo Limpo Paulista

17/06/2010 | 18:51 | [G1/Globo.com](http://G1.Globo.com) com informações da TV Tem

- Saiba mais
- [Justiça autoriza aborto de jovem estuprada por padrasto](#)
- [Polícia conclui inquérito de pescador suspeito de engravidar filha 7 vezes](#)

Em **Campo Limpo Paulista**, a 53 km de **São Paulo**, a polícia investiga um caso de suposto erro médico envolvendo gravidez psicológica. Uma adolescente de 17 anos foi internada no hospital da cidade em trabalho de parto. Ela foi levada para a mesa de cirurgia onde o médico chegou a cortar a barriga para fazer a cesariana. No entanto, em seguida, o mesmo médico informou à paciente que se tratava de gravidez psicológica.

Não havia bebê, mas a adolescente afirma que fez dois exames de ultrassom que apontaram não só a existência da criança, como também o sexo, um menino pesando 2,5 kg. A adolescente afirma que perdeu esses exames, mas tem o cartão médico que aponta que eles foram feitos na unidade de saúde do bairro. Além do corte na barriga, a polícia investiga se foi erro médico ou se raptaram a criança.

A **Secretaria de Saúde** do município disse que também vai apurar o caso. O hospital afirma que foi gravidez psicológica. A adolescente chegou a preparar o enxoval da criança e alegou que não faltou a nenhuma consulta do

pré-natal. "Há indícios muito fortes de que houve realmente erro dos profissionais que estavam acompanhando, mas nós estamos investigando através de um processo administrativo", disse o secretário de Saúde do município, **Hugo Samejima**.

<http://www.orm.com.br/amazoniajornal/interna/default.asp?modulo=831&codigo=478262>

Médicos indiciados por lesão

Edição de 30/06/2010

Polícia afirma que jovem operada sem estar grávida foi vítima de erros nos procedimentos médicos

Os profissionais de saúde Ana Maria de Souza Oliveira, José Maria Negrão Guimarães e Raimundo de Góes Castro Neto foram indiciados pela "prática de lesão corporal por inobservância de regras técnicas" de medicina contra a paciente Lana Carla Silva Pimenta, 20 anos. O caso, de repercussão nacional, ganhou destaque quando Lana informou à imprensa que seu bebê havia desaparecido após parto realizado na Maternidade do Povo, no bairro do Souza, em abril deste ano. À época, chegou-se a ser cogitada a possibilidade de que a moça sofria de uma gravidez psicológica, mas a hipótese foi descartada pelo Instituto Médico Legal (IML) após divulgação do laudo pericial ontem de manhã, em coletiva de imprensa realizada na Delegacia Geral da Polícia Civil.

O laudo pericial indica que Lana não estava grávida no momento do parto e que, inclusive, não sofria nenhum distúrbio psicológico além do transtorno de ajustamento, que causou estresse à moça devido às reviravoltas do caso. No entanto, exames médicos confirmam que houve gravidez até a vigésima sexta semana. O mistério agora está entre a última ultrassonografia e a realização do parto na Maternidade do Povo pelo médico obstetra José Maria Negrão Guimarães.

Em depoimento prestado à delegada Mara Cristina Santos, do bairro do Marco, Lana Carla afirmou que havia sofrido perda de líquido e um forte sangramento após a vigésima sexta semana de gravidez. Fato que foi comunicado aos profissionais da Unidade de Saúde da Marambaia, que alegaram ser algo normal na gestação e deram continuidade as consultas pré-natais e prescrição de medicação, pela médica Ana Maria de Souza Oliveira.

Quando esteve na Santa Casa de Misericórdia, próximo ao que deveria ser o nono mês de gravidez, ela foi novamente avaliada pelo médico Raimundo de Góes Castro Neto, com a verificação de batimentos cardíacos da criança, com resultados que, posteriormente, foram encaminhados para a Maternidade do Povo, onde, segundo a delegada, o médico José Maria Negrão Guimarães se ateve apenas a olhar o encaminhamento da Santa Casa e as ultrassonografias feitas até a vigésima sexta semana de gestação. A partir de então, o médico submeteu Lana Carla Silva Pimenta à cirurgia cesariana.

Após a realização da cirurgia, foi constatado que não havia bebê na barriga da jovem de 20 anos. Com isso, a delegada chegou à conclusão de que Lana Carla foi induzida a uma sucessão de erros médicos. Se os exames tivessem sido realizados de forma adequada, ela não teria se submetido a uma cirurgia sem a presença de uma criança e o caso não chegaria à polícia. Fato que foi denominado pela delegada Mara Cristina Santos como uma "mutilação desnecessária".

"Ela foi induzida ao erro pela falta de análise dos profissionais de saúde. Houve negligência, sim. Não tenho dúvida de que houve descaso dos médicos. E nada, nem a falta de equipamentos nos hospitais, justifica essa irresponsabilidade", disse a delegada.

Após a conclusão do inquérito policial instaurado há dois meses, os três profissionais de saúde foram indiciados com base no artigo 129, parágrafo 7º, do Código Penal Brasileiro, que consiste em lesão corporal grave por negligência. O caso vai seguir para o Ministério Público Estadual, que pode ou não ser encaminhado para a Justiça. Caso sejam condenados, eles podem pegar de 1 a 3 anos de prisão.

O diretor do Instituto Médico Legal (IML), Juvenal Araújo, informou que o exame pericial foi feito com base no dia do parto de Lana Carla Silva Pimenta, realizado no dia 19 de abril. Foi constatado que, nesta data, a jovem não estava grávida. Porém, não foi constatado e nem confirmado se houve gravidez psicológica.

Como não foi realizado nenhum exame após a vigésima sexta semana de gravidez, não se sabe o que aconteceu no período até a cirurgia. No entanto, há fortes indícios de que, devido ao sangramento sofrido por Lana por três dias consecutivos, ela perdeu a criança aos cinco meses de gestação, quando há o amadurecimento dos órgãos do feto. Resta uma questão ao menos: se ela abortou, onde foi parar o bebê?

Acusado não chegou a ouvir batimentos

O advogado Antônio Freitas Leite, atuando na defesa do médico Raimundo Góes, afirmou ontem que também vai aguardar a manifestação do Ministério Público, para, então, se pronunciar juridicamente. Mas, sobre o indiciamento de Raimundo Góes, enfatizou que não existe nexo de causalidade no caso, ou seja, o médico foi indiciado por lesão corporal, "mas ele sequer encostou na paciente".

O advogado declarou que o médico auscultou Lana Pimenta, e que o encaminhamento da paciente dado por ele foi de que onde Lana fosse recebida se procedesse a uma avaliação da situação da paciente, e não determinando a realização de uma cirurgia na paciente.

Esse encaminhamento foi adotado por Raimundo Góes, porque ele estava no plantão do setor de gravidez de médio e alto risco na Hospital da Santa Casa, e verificou que a paciente Lana não apresentava perda de líquido amniótico, nem dilatação do útero e o batimento cardíaco da mãe era normal. Ele não chegou a ouvir o batimento cardíaco do bebê.

A ginecologista Ana Maria Oliveira, que atendeu Lana Pimenta no pré-natal, é defendida pelo advogado Ítalo Bittncourt. Ele declarou ontem à tarde que vai aguardar a posição do Ministério Público do Estado, para se pronunciar.

Conclusão causa "perplexidade e indignação" em advogado

Para o advogado Osvaldo Serrão, atuante na defesa do médico José Maria Negrão Guimarães, que fez a cirurgia de Lana Pimenta, a paciente chegou a engravidar, mas depois abortou, e não houve inobservância de normas técnicas no atendimento de Lana por parte do médico. Serrão afirmou que a conclusão da polícia, divulgada ontem, causa "perplexidade e indignação", porque José Negrão agiu em circunstâncias específicas, nas quais a opção que ele tinha, a partir de encaminhamento de um especialista, era de que a paciente tinha de ser operada naquele dia, e em parto pélvico, com 142 batimentos por minuto, atestando a gravidez e que o feto estava vivo, e ainda que ela estava com a barriga dilatada.

Uma ultrassonografia indicou que há seis meses Lana Pimenta esteve grávida, como ressaltou o advogado. Mas, observou Serrão, quando o médico José Negrão a examinou não ouviu o batimento cardíaco da criança, e como o documento de encaminhamento do especialista era para o parto ser efetuado naquele dia, o médico imaginou que o bebê tivesse morrido, e verificou no útero que não havia nenhum feto.

Na interpretação de Osvaldo Serrão, Lana Pimenta esteve grávida até cinco meses e alguns dias, mas no momento em que se submeteu à cirurgia cesariana a cargo de José Negrão, a mulher não estava mais gestante. Serrão observou que, após o exame do médico, foram feitas ultrassonografias, inclusive pelo Centro de Perícias Científicas Renato Chaves, confirmando que Lana não estava mais grávida na hora da cesariana. "Ela abortou e sabe quando abortou", afirmou o advogado, destacando que vai aguardar pela manifestação do Ministério Público do Estado, confiando num pedido de arquivamento do processo, pela ausência de crime.

<http://www.diariodopara.com.br/N-106945-FAMILIA+DE+LANA+VAI+RECORRER+CONTRA+ARQUIVAMENTO.html>

Sexta-feira, 20/08/2010, 08h02

Família de Lana vai recorrer contra arquivamento

Promotora considerou que procedimentos dos médicos foram corretos.

A família de Lana Carla Pimenta, a jovem cuja história de um suposto sumiço do bebê no momento da cesariana ganhou notoriedade nacional, pretende entrar com um recurso contra a decisão da Justiça de arquivar o processo por insuficiência de provas. A orientação partiu dos advogados que prestam assistência à família. "Vamos recorrer", disse o advogado Francisco Dragod.

O pedido de arquivamento do processo foi feito pela promotora Lúcia Rosa da Silva Bueno, no último dia 09 de agosto. O pedido foi acatado pela juíza Ângela Tuma. Com isso, ficam mais difíceis as chances de Lana Pimenta conseguir algum tipo de indenização, como vinha requerendo.

Lúcia Bueno considerou que não havia no processo indícios suficientes para que os médicos Raimundo de Góes Castro Neto e José Maria Negrão Guimarães fossem acusados de lesão corporal. Góes foi o médico que atendeu Lana na Santa Casa no dia 22 de abril de 2010. Na consulta verificou que Lana Carla não tinha nenhum tipo de dilatação e não apresentava contração forte de trabalho de parto. Por conta disso, encaminhou-a para a Maternidade do Povo, já que não havia urgência. Guimarães foi o médico que a atendeu.

Ao examinar Lana, Guimarães constatou que os batimentos fetais estavam inaudíveis e que o feto poderia estar sentado. Como já passava dos nove meses de gravidez poderia estar ocorrendo algum problema mais sério. O procedimento adotado por ele foi imediato. Fazer a cesariana. Foi na sala de cirurgia que se constatou que não havia bebê algum.

"O procedimento do médico foi correto", avalia a promotora. "Se ela estivesse com um bebê e perdesse a criança,

seria responsabilizado por isso”. Lúcia Bueno fez diversos questionamentos em relação ao processo e às argumentações de Lana Carla. Um dos principais foi ao fato dela não ter feito nenhuma menção de que em fevereiro sofreu um forte sangramento e muita dor de cabeça por três dias, só relatando o fato em maio de 2010, depois da realização dos exames e perícia médica legal, que confirmaram a ausência de gravidez.

Lana afirma que comunicou o sangramento à enfermeira Ana Maria, e que ela teria afirmado que era normal, não tendo feito nenhuma anotação no cartão de atendimento de Lana Carla. “Acreditar que isso foi feito em papel separado fica difícil, já que o cartão foi apresentado em todas as consultas”, diz a promotora.

“Foi feita a justiça”, resumiu o médico José Guimarães, que relatou ter passado momentos difíceis por conta da repercussão do caso. “O apoio que tive foi de minha família, meus amigos e meus pacientes”, disse.

“Estou indignada”, rebateu Maria Pinheiro, mãe de Lana Carla. Ela pretende conversar com a juíza e a promotora para saber por que o caso foi arquivado. “A Justiça brincou com a gente”, reclama. “Eu me sinto como se tivesse sido tratada como um animal”, diz Lana Pimenta. “Às vezes penso em pôr uma pedra no assunto, entregar na mão de Deus, mas não seria justo. Por isso vamos recorrer da decisão”. (Diário do Pará)

<http://blogs.estadao.com.br/jt-seguranca/tag/hospital-municipal-do-campo-limpo/>

Mãe de bebê morto em parto tem alta

- 31 de agosto de 2010 |
- 23h16 |

Categoria: [Polícia](#)

A mãe do bebê que morreu, no dia 29 deste mês, depois de uma cesariana no Hospital Municipal do Campo Limpo, na zona sul, teve alta nesta terça-feira, 31. O Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp) abriu nesta terça-feira sindicância para apurar as causas do óbito do recém nascido.

A família do bebê afirma que ele sofreu perfurações de bisturi nas costas, o que teria provocado a sua morte. O médico responsável pelo procedimento na jovem disse que houve complicações no parto e que foi feita uma incisão aguda com a ajuda de uma outra médica.

(Pedro da Rocha)

<http://blogs.estadao.com.br/jt-seguranca/policia-investiga-morte-de-recem-nascido-em-hospital/>

Hospital é acusado pela família por morte de bebê

- 30 de agosto de 2010 |
- 22h50 |

Categoria: [Polícia](#)

Camila Haddad

O Hospital do Campo Limpo, na zona sul, é acusado de erro médico pela família do recém-nascido João Vitor, morto no último domingo. Os parentes dizem que o bebê foi perfurado por um bisturi durante o parto e essa teria sido a causa da morte. A Secretaria Municipal de Saúde, responsável pela unidade, vai apurar o caso e nega negligência. O Conselho Regional de Medicina (CRM) de São Paulo abriu sindicância para acompanhar o fato.

Os responsáveis pelo hospital alegam que a mãe do bebê, uma adolescente de 14 anos, estava com um pouco menos de seis meses de gestação e o procedimento de cesária era de risco. Os médicos que operaram a garota continuam no atendimento. O diretor do Hospital Campo Limpo, Marcelo Antônio Gusmão disse que a gestação da adolescente mãe de João Vitor era de alto risco.

“A mãe da criança foi submetida a uma cesária de emergência. O bebê nasceu vivo, mas prematuro, com pouco menos de 6 meses de gestação, teve parada cardíaca, foi reanimado e passou por manobras de ressuscitação por 30 minutos.”

Segundo Gusmão, foi verificado ferimento “superficial” nas costas da criança. “Será analisado pelo IML”, afirmou. Ele explicou que tanto o médico que atendeu a grávida como a residente ficam no atendimento durante a apuração.

O delegado Gilberto de Castro, titular do 37º DP (Campo Limpo), abriu inquérito para investigar a morte do bebê. Ontem, o policial teve acesso a três fotos da criança que foram tiradas no hospital por um delegado plantonista. Segundo Castro, há ferimentos nas costas de João Vitor, mas é preciso aguardar o laudo médico.

O delegado explicou que também será averiguada uma possível rasura no item que informa o tempo de gestação da mãe da criança em um prontuário enviado pelo hospital. “A gente vê que tem uma adulteração, uma pequena adulteração”, disse.

No boletim de ocorrência registrado no dia da morte do recém-nascido, consta que após o delegado plantonista verificar o corpo, no necrotério, foi visto, além de um “profundo corte na região dorsal”, também “lesão no osso”.

A auxiliar de enfermagem Elisângela da Silva, de 33 anos, tia da mãe do bebê morto, estava inconformada com o atendimento no hospital e disse que a família pretende processar o local por erro médico. “Minha sobrinha estava com sete meses de gestação e tudo ia bem. Só que ela procurou o hospital depois de sentir que o bebê ia nascer”, disse. “Ele ia nascer prematuro, mas tinha condições de sobreviver.”

A avó da criança não se conformava. “O berço estava montado, todo mundo estava esperando. Eu vi as fotos do meu neto no celular, foi uma cena horrível e meu coração está apertado”, contou Marilisa Ferreira, de 33 anos. A avó disse que a família está traumatizada com o hospital e que o pai da criança, Tiago de Melo e Silva, quer justiça.

O bebê deve ser enterrado no Cemitério Jardim da Paz, na zona leste.

2011

http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2011/01/26/interna_brasil,234284/pesquisa-aponta-falhas-no-atendimento-as-gestantes-brasileiras.shtml

26/01/2011 -07:07

Saúde

Pesquisa aponta falhas no atendimento às gestantes brasileiras

Correio Braziliense

Apesar das diversas políticas públicas defendidas e criadas pelos órgãos do governo, o atendimento às gestantes brasileiras na rede pública ainda deixa muito a desejar. Relatos de falta de [respeito](#) às mulheres na hora do parto — um dos momentos de maior estresse, desconforto e medo — não são raros e a atenção às mães após o nascimento está longe de ocorrer como deveria. [Pesquisas](#) da Universidade de São Paulo (USP) e de Brasília (UnB) apontam algumas dessas falhas recorrentes que podem contribuir para a mortalidade materna e para o agravamento de quadros de depressão pós-parto. [Soluções](#) para esses problemas existem; escasso é o número de profissionais especializados nas redes de atendimento, além da fiscalização efetiva para que as orientações sejam cumpridas.

Os problemas começam logo no pré-Natal. Grávida de cinco meses, a auxiliar de escritório Jeni Barreto, 19 anos, teria sua quarta consulta, mas pela quarta vez o encontro teve de ser remarcado por falta de profissionais disponíveis para o atendimento. “Quase toda vez é assim, e quando consigo a consulta são três horas de espera e 10 minutos de atendimento”, reclama a [jovem](#). Jeni, que mora em São Sebastião, diz também que não se sente [confortável](#) com a rotatividade de profissionais que a examinam. “Acho que, se fossem as mesmas pessoas, o acompanhamento seria melhor.” Já com o bebê no colo, Almerly Silva, 34 anos, conta que conseguiu fazer todo o seu pré-Natal. “Algumas consultas tiveram que ser remarcadas, mas acompanhei bem minha gravidez”, diz.

Diretor do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde, José Luiz Telles reconhece a falta de [profissionais](#), principalmente na Região Norte e em áreas mais isoladas. “Lidar com a grande rotatividade de profissionais de saúde é um desafio para o Sistema Único de Saúde. Temos que construir um plano de carreira para que as equipes médicas não mudem com tanta frequência”, diz.

Segundo Telles, mais de 80% das gestantes brasileiras passam por pelo menos seis consultas de pré-Natal — número mínimo recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Ele explica também que são apresentadas aos profissionais as diretrizes sobre parto humanizado e condutas de atendimento às pacientes, mas que não cabe ao ministério fiscalizar se os estados e municípios estão seguindo essas instruções.

De acordo com a doutora em saúde coletiva pela USP Janaína Aguiar, a realidade das maternidades onde o parto humanizado não é implementado é desastrosa. “No [serviço](#) público, a demanda é muito grande, existe a dificuldade estrutural e de recursos humanos. Mas isso não justifica a violência a que muitas mulheres são submetidas”, diz.

Segundo o estudo da pesquisadora, tratamento grosseiro, maus-tratos, desrespeito e humilhação são comuns em algumas maternidades públicas da capital paulista. "Ocorre ameaça de abandono e há relatos de que as mulheres são privadas do choro: um reflexo da cultura de que a dor do parto é o preço pago pelo prazer sexual. Elas são forçadas a calar sua dor."

Mais de vinte mulheres com bebês de até três meses de idade e que foram atendidas em maternidades públicas do estado de São Paulo foram entrevistadas para compor a pesquisa. Uma das reclamações mais sérias constatadas foi a privação da presença do acompanhante durante o trabalho de parto — direito assegurado por lei. "As maternidades alegam que não têm estrutura para receber o acompanhante", diz a pesquisadora.

O medo da depressão

Segundo a psicóloga do Hospital Universitário de Brasília e professora da Faculdade de Medicina da UnB Rosana Tristão, cerca de 40% das mulheres sentem uma leve depressão após o nascimento do bebê. A grande quantidade de mudanças na vida da mulher e de alterações hormonais pode desencadear os sintomas, que surgem nos 10 primeiros dias após o parto e regredem até o fim do primeiro mês.

Presidente da Comissão [Nacional](#) Especializada em Assistência Pré-Natal da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, Geraldo Duarte defende que o apoio do parceiro e da família durante a gestação e após o parto são fundamentais para prevenir a depressão pós-parto. "A mãe não pode ficar isolada, e quanto mais informações sobre a gravidez, o parto e cuidados do bebê ela tiver, menores as chances de desenvolver a depressão pós-parto", diz. "Quando a mulher tem todo esse respaldo, no caso de uma possível depressão pós-parto, os sintomas são mais brandos e menos duradouros", explica.

<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/880316-uma-em-quatro-mulheres-relata-maus-tratos-durante-o-parto.shtml>

24/02/2011 - 07h49

Uma em quatro mulheres relata maus-tratos durante o parto

DE SÃO PAULO

Chorando em um hospital, agulhada pelas dores das contrações do parto, mulheres brasileiras ainda têm de ouvir maus-tratos verbais como: "Na hora de fazer não chorou, não chamou a mamãe. Por que tá chorando agora?". A informação é da reportagem de **Laura Capriglione** publicada na edição desta quinta-feira da **Folha**.

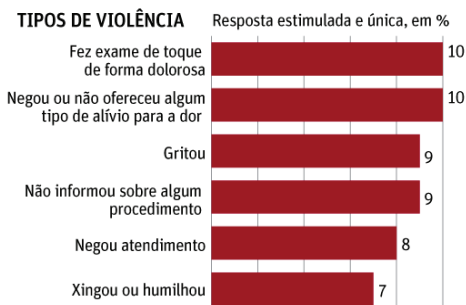
De acordo com o texto, uma em cada quatro mulheres que deram à luz em hospitais públicos ou privados relatou algum tipo de agressão no parto, perpetrada por profissionais de saúde que deveriam acolhê-la e zelar por seu bem-estar. São agressões que vão da recusa em oferecer algum alívio para a dor e xingamentos até gritos e tratamentos grosseiros com viés discriminatório.

Os dados integram o estudo "Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado", realizado em agosto de 2010 pela Fundação Perseu Abramo e pelo Sesc e divulgado agora. A **Folha** obteve com exclusividade o capítulo "Violência no Parto", que pela primeira vez quantificou à escala nacional, a partir de entrevistas em 25 unidades da Federação e em 176 municípios, a incidência dos maus-tratos contra parturientes.

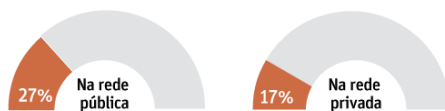
Editoria de Arte/Folhapress

VIOLÊNCIA NO PARTO

25% das mulheres afirmaram ter sofrido algum tipo de violência no atendimento ao parto



DISSERAM TER SOFRIDO VIOLÊNCIA NO PARTO



FRASES OUVIDAS DURANTE O PARTO

23% afirmaram ter ouvido alguma frase humilhante

15%

“Não chora não que no ano que vem você está aqui de novo”

14%

“Na hora de fazer não chorou. Não chamou a mamãe, por que está chorando agora?”

6%

“Se gritar, eu paro o que eu estou fazendo. Não vou te atender”

5%

“Se ficar gritando, vai fazer mal para o seu neném. Seu neném vai nascer surdo”

A margem de erro é de 2 a 4 pontos percentuais Fonte: Fundação Perseu Abramo e Sesc

<http://www.amapadiario.com/noticias/educacao-e-saude/25+das+mulheres+sofrem+algum+tipo+violencia+no+parto+/0003,0011969,index.html>

28/02/2011 18:03 [Atualizado: 01/03/2011 12:03]

Atendimento ao parto constrange e humilha mulheres em hospitais públicos e privados

A pesquisa "Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados" aponta dados de violência na hora do parto

Letícia Ferreira

www.saopaulodiario.com

Um pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo constatou que 25% das mulheres que tiveram parto natural reclamam que já sofreram algum tipo de violência no atendimento durante o parto. O número se refere a cirurgias feitas em hospitais públicos e privados. Dentro dessa porcentagem, 74% contam que sofreram agressões na rede pública, 17% em hospitais particulares e 8%, nos dois lugares.

A pesquisa intitulada "Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados", foi feita em agosto de 2010 e publicou as informações no capítulo Violência Institucional no Parto.

Dados do levantamento mostram que 23% das mulheres ouvidas passavam por situações constrangedoras e escutavam ofensas dos profissionais de saúde.

As queixas não se restringem ao parto em si. Das entrevistadas, 10% sentiram dor ao fazer o exame de toque para a cirurgia; 10% tiveram seus pedidos de alívio negligenciados; e 9% disseram que foram socorridas com gritos de enfermeiros.

A pesquisa ainda aponta que 9% das mulheres não eram avisadas a respeito do procedimento que estava sendo feito; 8% afirmam que os funcionários não as atenderam e 7% contam que foram humilhadas.

<http://www.coximagora.com.br/geral/bebe-morre-durante-parto-e-mae-diz-ser-vitima-de-agressoes-verbais>
Saúde - 01/04/2011 - 18:03

Bebê morre durante parto e mãe diz ser vítima de agressões verbais"

Um bebê morreu durante o parto em Colniza, no último dia 25, sexta-feira passada, por volta das 3 horas, no Hospital Municipal André Maggi. O parto mal sucedido era para ser normal, mas o bebê não sobreviveu. A advogada Inaíta Arnold, que defende os interesses da mãe, pediu a abertura de um inquérito policial para que seja apurada as causas da morte do bebê. Há ainda a denúncia de que a mãe teria sofrido agressões verbais durante o parto. Josilene Vieira Rosa, 20 anos, a mãe do bebê, não quis fazer comentários.

A advogada informou que ela está passando por uma fase psicológica cansativa, e por isso quer poupá-la de dar declarações pessoalmente. No relatório divulgado, a advogada disse que Josilene afirma ter sido vítima de um tratamento desumano pela equipe médica, chegando a ser chamada de "doente mental". Uma enfermeira teria dito que "bateria nela se fosse sua filha".

Outro fato relatado por Inaíta foi o da não permissão de acompanhamento por parte da mãe de Josilene na hora do parto, e do não atendimento no requerimento do prontuário médico feito pela advogada. Inaíta admitiu a possibilidade de apresentar denúncia do caso ao Ministério Público Estadual.

A secretária de Saúde de Colniza, Sônia Aparecida, disse por telefone que irá ser instaurado um inquérito administrativo para apurar o que aconteceu na sala de parto naquela madrugada.

A diretora do Hospital Municipal, Vanilda Pinheiro Almeida, disse que a direção tem um prazo para entrega do prontuário médico, e que o documento será também utilizado para a abertura do inquérito administrativo. Ela disse ainda que o acompanhamento da gestante pela mãe teria que ter feito durante o pré-natal, para ser possível a sua presença na sala de parto - o que segundo ela não foi feito pela mãe de Josilene.

A enfermeira chefe do hospital, Vaudici Machado, por sua vez, não se estendeu muito sobre a questão. Ela disse que quando foi solicitada na sala de parto já encontrou o médico responsável, o cirurgião geral Nilson Borges de Oliveira, tentando reanimar o bebê. O médico não quis falar sobre o assunto.

O diretor-clínico do Hospital André Maggi, médico Mário Nunes, explicou que o processo para o parto natural estava em perfeito processo e dentro da normalidade. Ele classificou a morte do bebe como uma fatalidade. "A morte da criança pode ter tido várias fatores, causado por um parto difícil" - disse. O médico contou ainda que, de acordo com o cirurgião que atuou no parto, a gestante não teria colaborado chegando a sentar já com o bebê encaixado para nascer.

O diretor-clínico afirma que ao constatar que o parto natural não aconteceria foi realizado a cirurgia cesariana, mas o bebê não sobreviveu. "Sinceramente eu não vejo erro médico" - comentou. Ele também afirmou que quanto existe a possibilidade, de fato, de a paciente ter sido chamada de "doente mental", mas minimizou a citação atribuindo-a a situação de tensão vivida pela mãe e pela equipe, mas que nunca a equipe teria a intenção de catalogá-la como tal.

Fonte: **24 Horas News**

http://tn.temmais.com/noticia/9/44150/membros_do_conselho_regional_de_medicina_estao_em_aracatuba_para_apurar_mortes_de_bebes.htm

12/05/2011 - 20:04 Atualizado em 12/05/2011 - 20:05

Membros do Conselho Regional de Medicina estão em Araçatuba para apurar mortes de bebês

Casos foram registrados no Hospital da Mulher, administrado pela Prefeitura

Suellen Rosim/TV TEM

Depois de 5 mortes de bebês em menos de dois meses no Hospital da Mulher em Araçatuba, mais uma entidade vai entrar nas investigações. Representantes do Conselho Regional de Medicina estão na cidade para apurar os casos. O órgão é responsável por fiscalizar a atuação dos médicos no Estado e quer saber o que causou tantas mortes em tão pouco tempo na mesma Unidade de Saúde.

No início da semana, o TEM, NOTÍCIAS ouviu as mães dos bebês que morreram no Hospital da Mulher, que é administrado pela Prefeitura de Araçatuba.

O parto de Aldinéia era de risco, e segundo a paciente, uma transferência para a Santa Casa foi a alternativa escolhida pelos médicos. A troca de unidade demorou a ser feita e o parto foi no Hospital da Mulher. O bebê nasceu morto.

Ivanilde Faria tinha uma cesariana, mas não havia anestesista no hospital. Depois de horas esperando, o parto foi normal e a criança também nasceu morta.

No caso mais recente, a família de uma gestante registrou boletim de ocorrência na polícia. A mãe teria ido várias vezes a unidade com dores. Na última, foi constatado que o bebê estava morto, ainda no útero.

Além do Conselho Regional de Medicina e da Polícia Civil, o Ministério Público também investigará os casos. A Promotoria da Infância e Juventude abriu um inquérito e está ouvindo as famílias. Os profissionais da saúde envolvidos também serão chamados para depoimento.

Por meio de nota, a Prefeitura de Araçatuba declarou que é a principal interessada na apuração dos fatos, mas, por enquanto, ninguém vai dar entrevista.

2012

<http://noticias.terra.com.br/brasil/noticias/0,,OI5550394-EI8139,00-Mulher+vai+a+sala+de+parto+mas+ouve+de+medicos+que+nao+ha+bebe.html>

Mulher vai a sala de parto, mas ouve de médicos que não há bebê

09 de janeiro de 2012 • 18h56 • atualizado às 22h55

Rose Mary de Souza

Direto de Campinas

Após sentir as dores típicas do trabalho de parto, a ajudante geral Rosângela Aparecida dos Anjos, 20 anos, deu entrada no Hospital da Unimed de Americana, a 126 km de São Paulo. No local, entretanto, veio a surpresa: os médicos não encontraram o bebê. O caso aconteceu no dia 5 de janeiro deste ano. Nesta segunda-feira, Rosângela registrou um boletim de ocorrência no plantão policial e exige uma explicação do hospital sobre o que aconteceu.

"Eu ainda estava meio sonolenta com o efeito dos remédios e o médico falou: 'Não tem nenhum bebê aqui dentro'. Então eu falei: 'Mas como não tem?'. Eu sentia ela lá dentro, a minha bebê chutava", diz a ajudante.

Rosângela diz que um obstetra veio até ela e explicou que houve uma gravidez psicológica. De acordo com o obstetra, a ajudante teria sentido todos os sintomas de uma gestação falsa. A ajudante falou que não entende o que aconteceu, já que durante nove meses viveu o sonho de ser mãe. Agora, não se sente satisfeita com a resposta do hospital e não aceita tal situação, já que fez exame de ultrassom, ouviu com frequência os batimentos cardíacos do bebê e era comum sentir chutes na barriga.

A ajudante afirma que fez o acompanhamento de pré-natal e passou por mais de um especialista, seguindo dieta e tomando os medicamentos indicados. A mulher diz ainda ter recebido uma declaração de próprio punho um médico solicitando a seu chefe na empresa onde trabalha que chegava a hora de iniciar a sua licença-maternidade.

A mulher comprou um berço e as roupas para a chegada de sua primeira filha, que receberia o nome de Júlia. No mês passado, recebeu as amigas para o chá de fraldas. Na última consulta médica, de acordo com a ajudante, foi previsto que a menina poderia vir ao mundo a partir do dia 7 de janeiro.

Na última quinta-feira, após sentir contrações e o que afirma ter sido o rompimento da bolsa, Rosângela procurou o Hospital da Unimed. Segundo ela, os médicos falaram que não escutavam os batimentos do coração da criança e decidiram, assim, fazer uma cesariana. Durante o procedimento cirúrgico, a ajudante foi informada de que não havia nenhum bebê em sua barriga.

O Hospital da Unimed de Americana informou que foi aberta uma sindicância para apurar o caso. Nenhuma autoridade da unidade hospitalar se pronunciou sobre o assunto, o que pode acontecer até o final desta semana. A Polícia Civil disse que pretende convocar os envolvidos para depoimentos e abrir inquérito de investigação.

<http://www.rac.com.br/noticias/campinas-e-rcm/112667/2012/01/11/gravidez-vira-caso-de-policia-em-americana.html>

Gravidez vira caso de polícia em Americana

Garota passa por uma cesárea de urgência em hospital particular de Americana mas recebe notícia de que sua gravidez era psicológica

11/01/2012 - 10h37 . Atualizada em 11/01/2012 - 10h41



Rosângela Aparecida dos Anjos passou por cirurgia cesárea e descobriu que não estava grávida (Foto: Edu Fortes/AAN)

Após quase 9 meses fazendo planos pra filha que iria chegar, Rosângela Aparecida dos Anjos, 20 anos, foi surpreendida quando recebeu a notícia de que não teria bebê, mesmo após realizar cesariana. O caso rolou na semana passada, num hospital particular de Americana.

Moradora de Santa Bárbara d'Oeste, Rosângela diz que fez pré-natal e foi acompanhada por 2 ginecologistas. O Hospital da Unimed, onde o parto rolou, afirma que a garota teve um quadro de pseudociese (gravidez psicológica). A mãe, que já havia comprado todo o enxoval da menina, acredita que a criança existia.

Rosângela foi a um ginecologista em setembro passado. Após fazer exames de sangue, a gravidez foi confirmada e atestada pelo médico. Quando já estava com mais de 4 meses de gestação, iniciou o pré-natal. Na carteira da gestante há o acompanhamento do peso dela, que ganhou 30kg. "Agora quero saber o que aconteceu com a minha filha", afirma.

A polícia abriu inquérito para ver se houve negligência e pediu cópias de exames, inclusive ultrassonografias.

Urgência

O hospital da Unimed de Americana diz que a jovem deu entrada com quadro clínico de "sofrimento fetal intenso". Mediante isso, foi levada ao centro cirúrgico para passar por cesárea de urgência na tentativa de salvar o bebê, quando detectou-se a gravidez motivada por "fator emocional".

O hospital abriu uma sindicância interna e o conselho de medicina irá apurar o caso.

<http://www.alvonoticias.com.br/Noticia.asp?Noticia=3690>

Notícias

sexta-feira, 13 de janeiro de 2012 Do G1 SP, com informações da EPTV

Jovem passa por 3 médicos e só sabe de gravidez psicológica na cesária



Jovem diz ter apresentado todos os sintomas de gravidez (Foto: Paulo Ricardo/Futura Press)

A Polícia Civil abriu investigação nesta semana a respeito de uma possível gravidez psicológica ocorrida em um hospital em Americana, no interior de São Paulo. Na semana passada, a auxiliar de fição Rosângela Aparecida dos Anjos, de 20 anos, que pensava estar com 9 meses de gestação, só descobriu que não esperava um bebê quando médicos fizeram uma cirurgia cesariana.

O cartão de pré-natal da mulher mostra que ela passou por sete consultas. Três especialistas a examinaram até o "parto". Outra médica chegou até a emitir uma carta de afastamento do serviço pelo motivo de gravidez.

Em 5 de janeiro, depois de sentir dores abdominais, ela foi internada. O exame clínico apontou contração do útero, o que sugeriu trabalho de parto, e um enfermeiro fez a monitoração cardíaca.

Com o diagnóstico de batimentos baixos, a equipe médica decidiu então realizar uma cesariana de emergência por acreditar que o "bebê" estava em risco. "Durante esse monitoramento, detectou-se que os batimentos do feto estavam bem baixos. Esses batimentos poderiam ser os batimentos da mãe", afirmou o diretor clínico do hospital, Oscar Norio Kinsui.

Após o procedimento, a equipe médica descobriu que não havia criança. No entanto, Rosângela garante que sentiu os sintomas de gravidez e fez o pré-natal. "Eles ouviam o batimento do bebê, eu também ouvia, eles mediam a barriga, me pesavam e falavam que estava tudo bem com o bebê." Ela afirma que fez um exame de ultrassonografia em uma clínica de Santa Bárbara d'Oeste, também no interior, mas não apresentou o laudo. A direção da clínica diz que ela não compareceu para fazer exames.

Segundo o hospital, Rosângela teve gravidez psicológica. Apesar disso, o centro médico abriu uma sindicância para apurar o que ocorreu.

Diagnóstico psicológico

A advogada da mulher, Fabiana Teixeira Alves, afirma que caso se comprove a gravidez psicológica, os médicos também fizeram um diagnóstico psicológico. "Os envolvidos nesse caso são dois obstetras, mais um radiologista e o médico que fez a cesariana. A gente tem provas de que eles afirmaram a existência dessa criança, um deu a licença à gestante inclusive, o que fez ultrassonografia falou que era menina e tem o médico que fez o pré-natal e o próprio médico que fez a cesariana. Ele escreveu no documento: sofrimento fetal", afirmou.

A Delegacia de Defesa da Mulher em Americana abriu inquérito para investigar o caso. Rosângela foi ouvida e ficou de apresentar os exames. O delegado-assistente de Americana Robson Gonçalves de Oliveira não descarta nenhuma hipótese. "A gravidez psicológica é uma delas. Trabalhamos também com a hipótese de que, se houve realmente parto, pode ter acontecido alguma coisa com o feto."

<http://folhamaranhao.com/noticias/policia/medico-degola-bebe-durante-parto-no-ma-4324.html>

13/01/2012 23h50 - Atualizado em 13/01/2012 23h59

redacao@folhamaranhao.com

Médico degola bebê durante parto no MA

Foi em Chapadinha. Avó reclama que criança teve cabeça decepada e não recebeu explicações. Confira



Familiares retiram corpo de bebê no necrotério (Foto: Enedilson Oliveira dos Santos/Divulgação)

Familiares de Maria Concebida de Jesus, de 30 anos, estão revoltados com a morte do terceiro [filho](#) dela, que foi entregue aos pais, logo após o parto, em uma caixa de sapatos, disse a avó, Osmarina de Jesus.

Segundo ela, o bebê foi "decepada" pelo obstetra Sergio Souza Barbosa, que fez o parto no Hospital das Clínicas em Chapadinha, cidade de pouco mais de 70 mil habitantes.

Barbosa afirmou ao G1 que teve que fazer o procedimento de cortar o pescoço do bebê porque o corpo da criança estava preso, com parte das pernas para o lado de fora da pélvis e a cabeça ainda dentro do útero. "O bebê chegou ao hospital morto. Eu tive que fazer uma cesárea e cortar a cabeça para poder tirar o bebê e conseguir salvar a mãe", disse ele.

A avó diz não ter recebido explicações do hospital e do obstetra sobre o caso. "Estávamos esperando com um berço e o médico me chama para dizer que havia tentado salvar a criança, mas não conseguiu. Me entrega o bebê em uma caixa de sapato, com o pescoço enfaixado", reclama. Ela contou que, ao mostrar o bebê morto para parentes e

[amigos](#), perceberam sangue no corpo e resolveram tirar a faixa. "Foi neste momento que vimos que o pescoço havia sido decepado", lembra.

"O bebê não tinha condições de sair por parto normal, estava em posição sentada e isso já era constatado pelo ultrassom. O médico devia ter feito uma cesárea e resolveu fazer parto normal. Tentou puxar a criança pelo pescoço e ela não saiu e acabou dando nisso", disse Osmarina. "Eu estava esperando o bebê com fraldas, e não com um caixão", acrescentou a mãe do bebê, Maria Concebida.

Versão do médico

O médico Barbosa disse que a gestante tinha cesárea prevista para ser realizada nesta sexta-feira (13), mas chegou ao hospital em trabalho de parto por volta das 16h de quinta-feira (12) e que o parto normal foi necessário porque "a criança já estava com as pernas e parte do quadril para o lado de fora, e com a cabeça presa na vagina".

"Chamamos isso na medicina de cabeça derradeira. Eu tentei fazer manobras para liberar a cabeça, mas estava presa. Como o bebê não tinha batimentos, estava morto, busquei salvar a mãe."

"Eu tinha que tomar uma atitude. Se não, a mãe poderia morrer. Tive que abrir, fazer a cesárea e cortar o bebê, tirando a cabeça pela barriga. Expliquei para a mãe e a avó, mas elas acham isso algo fantasmagórico. Deviam estar me vangloriando por salvar a vida dela (da mãe)", afirmou Barbosa.

A secretária municipal de Saúde de Chapadinha, Maria Jose Pereira Coutinho, disse acreditar que o médico agiu de forma correta, mas instaurou um procedimento para apurar o que ocorreu e acionou o Conselho Regional de Medicina. O corpo foi levado para perícia no Instituto Médico Legal (IML) e a família [registrou](#) um boletim de ocorrência sobre o caso.

Procedimento para salvar a mãe

A pedido do G1, o ginecologista e obstetra José Bento de Souza analisou o caso. Ele afirma que a primeira coisa que o médico deve tentar em casos de "cabeça derradeira", quando a cabeça do bebê fica presa, é tentar aumentar a dilatação e expelir a cabeça por baixo. Já quando o bebê está morto, como o médico Barbosa relatou que ocorreu no Maranhão, o objetivo é salvar a vida da mãe, pois, caso o parto demore, há risco de infecções ou hemorragia.

"Se o bebê está morto e a cabeça presa, existe a possibilidade de, com uso de instrumentos, esvaziar a cabeça e fazê-la sair por baixo. Mas, se ele não tinha instrumentos, a [prática](#) feita pelo médico, pelo que foi descrito, está correta, este procedimento de decepar a criança existe", explicou Bento. "Ele fez o que podia para salvar a mãe. A família está julgando-o por ter decepado a criança, mas deviam tê-lo louvado por salvar a mulher", afirmou.

<http://www.acomarca.com.br/?pg=noticia&id=2597>

Mogi Mirim - Quarta, 11 de Abril de 2012.



O PORTAL DE NOTÍCIAS DE MOGI MIRIM

Mulher sofre cesariana inútil após parto normal

ÂNGELA SILVA

Foram três meses planejando a chegada de filhos gêmeos, dois partos e a triste surpresa de que a gestação gemelar de Márcia Placidino, 36, não existia. Ela deu a luz a apenas uma criança, através de parto normal, mas foi submetida a uma cesariana emergencial para a retirada do segundo filho, que, segundo os médicos, foi alarme falso.

Muito além de ser inusitada, a situação gerou revolta na família da gestante, que deu a luz na Santa Casa no dia 23. Além do evidente erro nas ultra-sonografias, a situação fez com que Márcia passasse por um procedimento cirúrgico.

"Acredito que eu não precisava ter passado por um parto normal e uma cesariana", diz. O parto de Márcia aconteceu por volta de 9h do dia 23 e foi realizado por uma das médicas plantonistas da Santa Casa. "Meu filho nasceu de parto normal, eu estava consciente e me falaram que precisaria ser feita a cesariana para retirar o segundo", relata.

"Acordei depois da anestesia e foi quando me informaram que não havia outro bebê. Eu fiquei inconformada, não sei o que pensar", completa. Com os exames em mãos e em processo de recuperação da cesariana, Márcia conta que vinha realizando o pré-natal de forma particular, mas que era atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) dentro do programa de controle de alto risco, por ser diabética.

A COMARCA teve acesso a uma das ultra-sonografias, feita em 14 de fevereiro, que atesta a gestação gemelar, além de comprimento do fêmur e circunferência do abdome distintas para cada um dos dois fetos.

Na terça-feira, 3, Márcia disse ter ouvido do obstetra que houve erro nos exames. "A minha dúvida é se realmente eu precisava ter passado por dois partos", protesta Márcia.

SANTA CASA

Na quinta-feira, A COMARCA solicitou esclarecimentos junto à Assessoria de Comunicação da Santa Casa sobre a

necessidade da cesariana. A resposta foi de que o hospital tomou as medidas necessárias para garantir a vida da suposta segunda criança.

Segundo o hospital, o bebê de Márcia nasceu prematuro de parto normal. Como a ultra-sonografia apontava um suposto segundo bebê, os médicos plantonistas aguardaram o trabalho de parto do segundo feto.

Segundo a assessoria do hospital, houve tentativas de verificar batimentos cardíacos do suposto gêmeo, mas isso não foi possível, o que motivou a decisão pela cesariana.

Passado o tempo recomendado para a continuidade do parto normal, os médicos julgaram necessária a realização da cesariana para não colocar em risco a vida do suposto segundo filho. Com o procedimento, a equipe constatou que a gravidez não era de gêmeos.

<http://www.advsaude.com.br/noticias.php?local=1&nid=8248&aid=3>

(10/01/2012 14:12:00)

SP: Família acusa hospital de Bauru de negligência

Mulher de 20 anos, no sétimo mês de gestação, perdeu filhas gêmeas após ficar quatro dias internada na Maternidade

A auxiliar de serviços gerais Cláudia Carolina Picoloto, 20 anos, já estava com o enxoval pronto para receber as filhas gêmeas, após sete meses de gestação. Na última quinta-feira, antes do esperado, ela começou a sentir fortes contrações e foi internada na Maternidade Santa Isabel, em Bauru.

Depois de quatro dias de espera, na manhã de ontem veio a triste notícia: os bebês estavam mortos. A família de Cláudia, que teria pedido para que o parto fosse feito dias antes por cesariana, acusa o hospital de negligência. Até o fechamento desta edição, a unidade ainda não havia se manifestado sobre a denúncia.

Um boletim de ocorrência foi registrado e a polícia está investigando o caso. Segundo a prima de Cláudia, Raimi Luzia dos Santos Lemes, 34 anos, assim que a gestante deu entrada na maternidade, os médicos ministraram medicamentos para reduzir as contrações, com o objetivo de fazer com que a gravidez não fosse interrompida antes do tempo.

Com medo de que a estratégia tivesse sido adotada tarde demais, os familiares relatam que tentaram convencer a equipe a realizar o parto por meio de cesariana. “A Cláudia não parava de sentir dor. Os médicos falaram que a cesariana só seria feita em último caso, mas um dos bebês já estava encaixado para nascer. Eles deram um analgésico fraco, que não fazia quase efeito. Estávamos com medo de a mãe e as gêmeas morrerem”, relata Raimi. Apesar da insistência dos parentes, o mesmo procedimento foi mantido na sexta-feira e no final de semana. No domingo à noite, segundo a prima de gestante, uma médica teria tentado proceder à ausculta cardíaca dos bebês, mas apenas um dos corações pôde ser ouvido.

“Ela disse que estava difícil ouvir o outro. Pedimos novamente o parto cesáreo, e eles, mais uma vez, se negaram a fazer”, reforça. Na manhã de ontem, uma ultrassonografia constatou o que a família mais temia: as crianças no ventre de Cláudia estavam mortas.

Indignado, o pai dos bebês, Luciano de Lima, 23 anos, registrou boletim de ocorrência no 3º Distrito Policial (DP) de Bauru. Ele acusa a maternidade de negligência médica. “A gestação foi tranquila desde o início até agora. Um dia antes de minha mulher ser internada, fomos a médico em Pirajuí e ele disse que as crianças estavam grandes e em ótimo estado de saúde. Não há nada que explique o que aconteceu, além deste atendimento lamentável da maternidade”, frisa ele, que vive com a esposa na cidade de Avaí.

Segundo Luciano, a dor da família é ainda maior porque esta é a segunda vez que Cláudia tem uma gestação interrompida. Há cerca de três anos, ela também perdeu um filho nos primeiros meses de gravidez.

No ventre, sem vida

Ontem, depois de constatado o óbito das gêmeas, um médico deu à gestante medicamento abortivo para que elas fossem expelidas sem a necessidade de cirurgia. Até a noite de ontem, passadas mais de 12 horas, os bebês sem vida ainda continuavam dentro da barriga da mãe.

“Ela está desesperada e continua sentindo dores. É um descaso completo. Acredito que os bebês estariam vivos se a cesariana tivesse sido feita antes. Tenho casos na família de crianças que nasceram com sete meses e, hoje, são completamente saudáveis”, aponta a prima.

De acordo com o delegado titular do 3º DP, Milton Bassoto Júnior, foi requisitado exame necroscópico para os fetos e de corpo de delito para Cláudia. “Somente os laudos e a análise do prontuário médico da paciente poderão apontar se houve negligência ou não”, adianta. A partir de hoje, o caso passa a ser investigado pela Delegacia de Defesa da Mulher (DDM).

Consultada pelo JC sobre o atendimento prestado à gestante, a coordenadoria de ginecologia e obstetrícia da maternidade pediu para que a diretoria técnica fosse contatada. Esta, por sua vez, solicitou para que a reportagem requisitasse informações à gerência de enfermagem, que pediu para que a assessoria de comunicação da

Associação Hospitalar de Bauru (AHB) fosse acionada.

O conselho de intervenção também afirmou que não poderia se manifestar. A assessoria de imprensa disse que aguardava um comunicado oficial que seria enviado pela médica que atendeu Cláudia, o que não ocorreu até as 23h de ontem

Fonte: Tisa Moraes - Jornal da Cidade

<http://www.radarnoticias.com/noticias/geral/10790/gestante-morre-apos-esperar-nove-horas-por-atendimento-diz-familia-09-04-2012/>

Gestante morre após esperar nove horas por atendimento, diz família

Por: G1 - **Data:** 09/04/2012 - 15:47:10

Uma gestante de 22 anos morreu após passar mal na tarde de sábado (7) e ser levada para o Hospital Geral de Foz de Iguaçu (HGF), segundo a família da jovem. A mulher esperou cerca de nove horas para ser atendida e morreu logo após receber uma medicação, de acordo a tia Conceição Rodrigues. A grávida estava no oitavo mês de gestação. O bebê também não resistiu. O hospital disse em nota que a mulher recebeu medicação para sanar a dor e que a necropsia revelou que ela tinha um edema pulmonar.

De acordo com a família da gestante, ela foi levada ao HGF por volta das 15h30 acompanhada pelo marido e pela sogra. Mas o atendimento só aconteceu depois da meia-noite. Até lá, a jovem ficou esperando em um corredor, depois em uma cadeira com fortes dores no abdome e falta de ar. "É de partir o coração", disse o pai da jovem Francisco Pereira Evangelista, que não pôde se despedir da filha por problemas de saúde e completou, "levaram a vida da minha filha e da minha neta".

Hospital

Por nota, o HGF informou que a paciente "chegou à emergência obstétrica do hospital às 18h01, com queixa de dor abdominal e falta de ar. Às 18h45, a paciente, já na sala de observação da unidade, foi medicada com fins de sanar a dor. Às 20h20, ela foi reavaliada e se constatou que o problema de falta de ar persistia. A paciente foi medicada novamente às 20h50 e mais uma vez às 22h, com o objetivo de resolver o problema da falta de ar. No entanto, a paciente teve uma parada cardiorrespiratória comprovada pelo eletrocardiograma à 00h30".

Segundo o HGF, "imediatamente após a parada cardiorrespiratória foi realizada uma cesária e retirado o bebê do sexo feminino com vida, que foi encaminhado à unidade de neonatologia do hospital, vindo a óbito logo a seguir por falta de oxigenação intrauterina, informação confirmada pela necropsia realizada no Sistema de Verificação de Óbitos (SVO)". A nota diz ainda que após 30 minutos de tentativas de reanimação, a paciente também morreu. De acordo com informações do SVO, a necropsia realizada no domingo (8) revelou que a paciente apresentava um edema agudo pulmonar, o que causa insuficiência respiratória, segundo o hospital.