



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

MATHEUS COUTINHO ALVES

**ENFOQUE DE GÊNERO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER:
UMA ANÁLISE GENEALÓGICA**

ARACAJU

2018

MATHEUS COUTINHO ALVES

**ENFOQUE DE GÊNERO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER:
UMA ANÁLISE GENEALÓGICA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para a obtenção do título de médico.

Orientador: Prof. João Batista Cavalcante Filho

ARACAJU

2018

MATHEUS COUTINHO ALVES

**ENFOQUE DE GÊNERO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER:
UMA ANÁLISE GENEALÓGICA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para a obtenção do título de médico.

Aprovado em: ___ de _____ de ____

BANCA EXAMINADORA

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

A Júlia, que escolheu partilhar comigo a coragem e os desafios de ser mulher. E a Luiza, que desde o início me pediu para ler este trabalho.

AGRADECIMENTOS

A João, pela orientação, paciência, e principalmente por me acolher e se aventurar neste trabalho comigo. Sem sua ajuda, isso não seria mais que um esboço.

Ao quarteto que compartilhou diariamente comigo todos os obstáculos e vitórias dessa jornada mirabolante que é produzir uma monografia no internato. Em especial, agradeço a Kamilla por me encorajar desde o início a não ter medo de fazer o que gostamos e a começar de novo, mesmo que as críticas sejam duras.

Um agradecimento especial também a Danilo, que, há mais de um ano atrás, acreditou nessa ideia antes de mim.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma me incentivaram a seguir em frente e chegar até aqui.

RESUMO

Este trabalho consiste em uma análise de práticas históricas de cuidado em saúde da mulher utilizando gênero como eixo transversal. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de cunho qualitativo e teórico sobre a evolução das concepções de gênero presentes nas políticas de saúde da mulher no Ocidente. Possui como objetivo principal problematizar a forma como se construíram na Medicina, ao longo do tempo, concepções atuais de saúde da mulher. Para isso, o autor se apoia na bibliografia e na análise de fontes históricas utilizando a genealogia de Foucault como proposta metodológica que permite acessar conhecimentos ocultos na ciência tradicional. Identifica os discursos expressos na Medicina que propiciaram o surgimento de práticas de cuidado próprias para mulheres no século XIX, sob a forma de uma especialidade própria. Explora a Ginecologia na qualidade de campo de ideias no qual profissionais médicos debatiam a natureza biológica e o papel social da mulher. Analisa como contextos de trabalho e disputa profissional ajudaram a modelar práticas de cuidado. Examina a formulação de políticas de saúde pública do Brasil no Século XX como produto de transformações sociais, que resultaram na caracterização do gênero para além de reducionismos biológicos, enquanto determinante social do binômio saúde-doença e produtor de integralidade. Ressalta a importância da ciência e da Medicina como veículos de paradigmas sociais capazes de ressignificar o ser mulher.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Ginecologia. Gênero. Integralidade

ABSTRACT

This study consists of an analysis of historical women's healthcare practices employing gender as a transversal axis. It is a qualitative and theoretical study of descriptive-exploratory nature about the evolution of gender conceptions present in women's health policies in the West. Its main objective is to problematize the way medical conceptions of women's health have been constructed over time. In order to achieve this, the author relies on the bibliography and analysis of historical sources applying Foucault's genealogy as a methodological approach that allows access to undisclosed knowledge by traditional science. He identifies the discourses expressed in Medicine that favoured the arousal of healthcare practices particular to women in the Nineteenth Century, in the shape of a dedicated specialty. He explores Gynecology as a field of ideas in which medical professionals discussed the biological nature and the social role of women. He analyzes how labor context and professional dispute helped to model healthcare practices. He examines the formulation of public health policies in Brazil in the 20th century as a product of social transformations that resulted in the regard of gender beyond biological reductionisms, as a social determinant of the health-disease binomial and generator of integrality. He highlights the proper value of science and Medicine as vehicles of social paradigms capable of resignifying being woman.

Keywords: Women's health. Gynecology. Gender. Integrality

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1 – AVANÇOS TÉCNICOS QUE IMPULSIONARAM O DESENVOLVIMENTO DA GINECOLOGIA NA EUROPA E NOS ESTADOS UNIDOS, NA SEGUNDA METADE DO SÉCULO XIX. 24
- QUADRO 2 – AÇÕES PROGRAMÁTICAS PRECONIZADAS PELA POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PAISM), PUBLICADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM 1984. 34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG	<i>American College of Obstetrics and Gynecology</i>
AGS	<i>American Gynecological Society</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
CNDM	Conselho Nacional de Direitos da Mulher
CPAIMC	Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
GO	Ginecologia e Obstetrícia
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Objetivos	11
1.2	Justificativa	12
2	METODOLOGIA	13
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	17
3.1	A mulher como objeto de estudo da Medicina oitocentista	17
3.2	A dualidade da natureza feminina: Fisiologia e patologia	19
3.3	Século XX: Consolidação de uma Medicina própria para mulheres	27
3.4	Integralidade e enfoque de gênero na saúde da mulher	30
4	CONCLUSÕES	38
	REFERÊNCIAS	40
5	NORMAS DE PUBLICAÇÃO: REVISTA INTERFACE	44
5.1	Escopo e Política Editorial	44
5.2	Seções da Revista	45
5.3	Forma e Preparação de Manuscritos	46
5.4	Submissão de Manuscritos	49
5.6	Processamento de Manuscritos em Acesso Aberto	54
5.7	Normas Vancouver	55
5.8	Outras Observações	61
6	ARTIGO ORIGINAL	65
	Introdução	66
	Metodologia	66
	Resultados e discussão	68
	Conclusões	78
	Referências	80

1 INTRODUÇÃO

No Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade é um princípio doutrinário como meio de garantir melhor assistência à saúde das populações. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), para implementar uma saúde integral da mulher é necessário utilizar uma perspectiva de gênero, a qual nos auxilia a entender como é determinado o processo saúde-doença das mulheres no Brasil.

A Medicina é uma construção humana que pertence a uma sociedade circunscrita em um local e tempo históricos específicos. Assim como tal, ela não está isolada das representações culturais que permeiam as relações humanas, podendo contribuir para reafirmar ou ressignificar valores, estigmas e crenças (GILBERT, CARDOSO, WUILLAUME, 2006; MARTINS, CARDOSO, LLERENA, 2004). Nesse sentido, busca-se estudar as relações históricas de poder que se estabeleceram entre a Medicina e as mulheres para entender como se construíram práticas em saúde e representações científicas.

Ao percorrer tal trajeto, é possível lançar luz sobre a formação de uma Medicina da mulher. Compreender o processo de formação da Ginecologia no século XIX implicou em revelar como a Medicina contribuiu para cristalizar, na cultura ocidental, a ideia de que a mulher é definida em corpo e mente pela sua capacidade de reprodução (GRONEMAN, 1994; MARTINS, 2004; MOSCUCCI, 1993; ROHDEN, 2009).

Revoluções sociais ocorridas entre os séculos XVIII e XIX mudaram as relações que se estabelecem entre os gêneros, culminando com a urbanização, maior participação da mulher no mercado de trabalho e sua reivindicação por direitos. Borravam-se as esferas da divisão sexual de trabalho, onde tradicionalmente o homem é responsável pela produção e a mulher pela família (MARTINS, 2004; MOSCUCCI, 1993; ROHDEN, 2009). É nessa janela que a ciência iluminista irá intervir: Influenciados pelas teorias evolucionistas, os médicos da época irão utilizar a anatomia e a fisiopatologia para justificar uma hierarquia humana baseada em caracteres naturais. A partir do modelo do homem europeu de superioridade, a Medicina classifica a mulher como ser diferente e busca no seu corpo a origem de tais diferenças que fundamentem o seu lugar social (MARTINS, 2004).

Ao esmiuçar o corpo feminino em toda sua anatomia e fisiologia, os médicos oitocentistas chegam à conclusão de que diferente do homem, os órgãos sexuais

femininos são evidência da sua ligação irremediável com a reprodução. Nesse contexto, surge uma ciência dedicada a estudar os efeitos físicos e mentais causados por tal influência, bem como trata-los a partir da intervenção nos seus órgãos sexuais (MARTINS, 2004; MOSCUCCI, 1993; ROHDEN, 2009).

No século XX, a Ginecologia se consolida, junto com a Obstetrícia, em uma área da Medicina própria de referência para a saúde da mulher. A partir da análise das disputas mercadológicas dos profissionais americanos, é possível percorrer o trajeto de uma expansão social que também possuía caráter ideológico, na medida em que a autoafirmação da especialidade dependia de fundamentar sua indispensabilidade na vida das mulheres (MENGERT, 1955; PECKHAM, 1979; SUMMEY, HURST, 1986a, 1986b; WARD, 1922).

Nas últimas décadas do século XX, a concepção de saúde da mulher enquanto saúde reprodutiva começa a ser questionada. A valorização da atenção primária, a reforma sanitária brasileira e o movimento feminista foram forças sociais que pressionaram a formulação de um novo olhar sobre a saúde da mulher, pautada na integralidade e desvinculada da maternidade (BRASIL, 1984; COSTA, 2009; COSTA, GUIMARÃES, 2002).

Neste trabalho, partimos de uma perspectiva crítica e autorreflexiva da Medicina enquanto fonte de representações sobre natureza e cultura. Ao se aprofundar sobre as questões de gênero envolvidas, esse estudo busca também conferir-lhe historicidade: Problematizar a apreensão e reprodução de valores, crenças e perspectivas na práxis. Ao fazer isso, observamos semelhanças e rupturas entre a sociedade passada e a presente. Dessa forma, trata-se de compreender tais problemáticas de equidade e saúde que se colocam atualmente, e sinalizar a importância que ela representa para modificar relações individuais e coletivas.

1.1 Objetivos

Portanto, o presente trabalho visa explorar a evolução das relações que se estabeleceram historicamente entre a Medicina e a mulher na sociedade contemporânea, analisando práticas de saúde da mulher sob uma perspectiva de gênero. Para tal, busca detalhar a necessidade de uma especialidade médica separada para mulheres no século XIX, assim como explorar a construção histórica

da assistência à saúde da mulher vinculada à reprodução e presa à sua corporalidade. Num segundo momento, pretende averiguar como a especialidade de Ginecologia e Obstetrícia se constituiu em uma Medicina própria para mulheres. Por fim, visa também traçar breve histórico das políticas de saúde da mulher no Brasil, a fim de caracterizar o processo de ampliação do conceito de saúde da mulher centrado na integralidade, utilizando o gênero em uma perspectiva mais ampla de determinação social de saúde.

1.2 Justificativa

A investigação e a compreensão dos elos entre a prática médica e as representações culturais que ela gera são passos importantes na construção de um sistema de saúde que preze pela equidade e pela integralidade. Considerando que saúde integral das mulheres depende de um enfoque de gênero que lance luz sobre as desigualdades que afetam o processo de adoecimento, é necessário discutir a própria concepção da Medicina sobre ser mulher.

Dessa forma, pretende-se promover um espaço de autorreflexão sobre a relação da Medicina com a mulher. Acredita-se que tal discussão seja um ponto de partida para ampliar debates sobre esse tema, a fim de pensar de que formas a Medicina poderá contribuir para novas maneiras do exercício da sexualidade e cidadania.

A história da ciência, e, por conseguinte da Medicina, não corresponde a um acúmulo linear de saberes no qual o passado representa a imperfeição e o futuro, a plenitude. A trama de nós em que consistem os conhecimentos não se desvinculam do contexto onde ocorrem, e as conexões entre eles são preenchidas de significados que os sustentam e os interligam. Para realizar uma leitura crítica de tais conexões, depende-se da própria luz cultural lançada pelo observador. (GILBERT, CARDOSO, WUILLAUME, 2006; MARTINS, CARDOSO, LLERENA JUNIOR, 2004)

2 METODOLOGIA

Este estudo pretende explorar relações que se estabeleceram ao longo do tempo entre a Medicina e a mulher. A base de conhecimentos e a práxis da ciência são intrínsecas ao contexto sociocultural vigente (GILBERT, CARDOSO, WUILLAUME, 2006). Processos históricos geradores de significações, práticas e estigmas acerca do ser mulher tiveram como partícipe a Medicina. Para lançar luz sobre tais fenômenos, utilizou-se como caminho a problematização – através de uma narrativa Foucaultiana, das origens, conquistas e desvios da Medicina da mulher.

Na lógica do filósofo francês, “Problematizar algo, seja a loucura ou a delinquência, nada mais é do que apontar o *como* e o *porquê* de certas práticas e conhecimentos em um dado momento histórico, a relação contingente estabelecida entre ambos os domínios” (VINCI, 2014, p. 2, destaque do autor). Em seu livro *A Microfísica do Poder*, Foucault (1979, p. 9) identifica que na sociedade contemporânea vigora um regime de saber-poder, de modo que as premissas que circulam em seu interior, independentemente de serem verdadeiras ou falsas, produzem efeitos de poder sobre os corpos:

O que está em questão é o que rege os enunciados e a forma como estes se regem entre si para constituir um conjunto de proposições aceitáveis cientificamente e, conseqüentemente, susceptíveis de serem verificadas ou infirmadas por procedimentos científicos. Em suma, problema de regime, de política do enunciado científico. Neste nível não se trata de saber qual é o poder que age do exterior sobre a ciência, mas que efeitos de poder circulam entre os enunciados científicos.

Foucault demonstra que as relações humanas que constroem a história são permeadas ou se fazem a partir de formas de poder. Ele ressalta que o poder não deve ser reduzido a uma grande ferramenta criada e detida por poucos, mas sim a “micropoderes”, que resultam de todas as práticas sociais e cruzam a estrutura da sociedade (DANNER, 2009). Para Foucault (1979, p. 8), portanto, o poder “permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso”.

Foi essencial a escolha de uma metodologia que permitisse ultrapassar certas tendências da Historiografia tradicional: Sistematizar os fatos sob uma objetividade absoluta, interligar toda a diversidade do tempo e apagar o olhar do próprio sujeito que investiga. Segundo Foucault (1979, p. 7): “É isto que eu chamaria de genealogia, isto é, uma forma de história que dê conta da constituição dos saberes, dos discursos, dos domínios do objeto, etc. [...]”.

Este trabalho consiste em uma investigação de cunho qualitativo, sob a forma de uma análise genealógica, das construções de gênero integradas à saúde da mulher. A Genealogia se opõe à busca da origem perfeita das coisas pois entende que tal conceito é uma representação ideal, a qual não é capaz de nos revelar a [des]ordem natural dos conhecimentos: “Foucault nos chama atenção para o fato que este tipo [tradicional] de análise evolutiva acaba por naturalizar certos objetos, obscurecendo a maneira como estes apareceram na história humana – através de ‘lutas, rapinas, disfarces, artimanhas’.” (VINCI, 2014, p. 116).

A genealogia ocupa-se de estudar as origens dos saberes, dentro de um contexto histórico permeado de atores cujas interações são comandadas pelas forças exteriores do acidente, da luta e da descontinuidade. Segundo Foucault (1979, p. 6):

A historicidade que nos domina é belicosa e não linguística. Relação de poder, não relação de sentido. A história não tem sentido, o que não quer dizer que seja absurda ou incoerente. Ao contrário, é inteligível e deve poder ser analisada em seus menores detalhes, mas segundo a inteligibilidade das lutas, das estratégias, das táticas.

O objetivo não é reconciliar uma verdade absoluta que se encontra recoberta por camadas de conhecimentos passados, mas manter a fragmentação e as inconstâncias, a fim de expor os mecanismos através dos quais tais saberes se articularam. Se aprofundarmos a fonte de pesquisa da genealogia, veremos que ela se ocupa de fatos que são deixados à sombra por outras metodologias, mas que são ubíquos na história da humanidade. É uma análise das relações de força que se faz através de elementos discursivos e não-discursivos. Segundo Faé (2004, p. 413):

A atividade genealógica requer, indispensavelmente, a busca da singularidade dos acontecimentos, sobretudo daquilo que não participa da história, como os sentimentos, o amor, a consciência, os instintos, fazendo emergir o entendimento sobre os espaços onde desempenham papéis distintos e/ou foram excluídos do discurso verdadeiro. Trata-se, nesta análise, de ativar os saberes locais, não legitimados ou valorizados pelo discurso verdadeiro, que, ao ocupar um lugar qualificado como científico, ordena, hierarquiza, classifica e depura os diversos saberes, em nome dos direitos desta ciência detida por alguns.

A análise genealógica é feita com base em dois conceitos que Foucault identifica como vinculados à Origem: A proveniência e a emergência. O primeiro diz respeito à busca das ocorrências múltiplas e heterogêneas que forjam uma identidade: “A proveniência permite também reencontrar sob o aspecto único de um caráter ou de um conceito a proliferação dos acontecimentos através dos quais (graças aos quais, contra os quais) eles se formaram.” (FOUCAULT, 1979, p. 15).

O segundo conceito, emergência, designa a entrada das forças em campo, é o entendimento das origens como campo de disputas. “Trata-se da observação do jogo casual de dominações, a apreensão do instante em que a série aleatória dos acontecimentos acaba por ser calada, sendo suas fronteiras redefinidas por um discurso histórico unificador [...]” (VINCI, 2014, p. 117).

Em suma, trata-se de uma análise discursiva das práticas de assistência à saúde da mulher. Primeiro, buscou-se o entendimento das concepções sociais e científicas que influenciaram a postura da Medicina em relação à mulher no final do século XIX e o surgimento da Ginecologia. A produção científica anglo-saxã realizada entre as décadas de 1970 e 1990 muito contribuiu para resgatar esse conhecimento histórico na época atual. Similarmente, destacam-se duas autoras brasileiras – Martins e Rohden –, que trouxeram esta mesma discussão de forma aprofundada para a literatura brasileira. Através de uma perspectiva antropológica e de gênero, elas esmiuçaram a criação da Medicina da mulher para responder a algumas indagações sobre o corpo e as significações que ele sofre através do discurso científico.

O segundo campo de investigação foi baseado também nas relações de poder presentes na Ginecologia, porém desta vez tentou-se dar voz aos próprios atores envolvidos. Com o intuito de entender o argumento e as ações dos que se concebiam como especialistas em mulher, procedeu-se a uma investigação documental construída pelo resgate de publicações editoriais de ginecologistas e obstetras americanos do século XX. Devo destacar a análise realizada primeiramente por Summey e Hurst na década de 1980 sobre este tema.

Mantendo a perspectiva de não desconsiderar o sujeito histórico, se fez necessário objetivar a participação das próprias mulheres no processo de significação saúde-gênero. Sobre tal necessidade, Rohden (2009, p. 17) nos alerta para o perigo de se ater a limites temporais ou espaciais pré-definidos quando se busca um conhecimento histórico: “Na tentativa de entendimento dos fenômenos de uma perspectiva mais ‘total’, precisa seguir o recorte que é imposto pelo seu ‘percurso etnográfico’.” As fontes pesquisadas levaram ao registro de importantes momentos, principalmente na segunda metade do século XX, quando transformações sociais produziram novos paradigmas para a saúde das mulheres.

De acordo com Foucault (1979, p. 96), não há incompatibilidade entre os saberes eruditos e aqueles acumulados por pessoas que participaram da história, pois nesta combinação pode-se evitar a hierarquização de certos discursos privilegiados:

“Em um caso como no outro, no saber da erudição como naquele desqualificado, nestas duas formas de saber sepultado ou dominado, se tratava na realidade do saber histórico da luta.”

O estudo dessas fontes documentais se constitui no conceito de Arquivo elaborado por Foucault. Através da genealogia podemos transpor as fontes para um campo empírico, onde operam regimentos responsáveis por articular nosso pensamento. Segundo Vinci (2014, p. 107): “O arquivo assim entendido possibilita a constituição de um espaço em que é possível vislumbrarmos um conjunto de relações em sua materialidade, o jogo de regras que determinam o aparecimento e o desaparecimento dos enunciados.”

O método genealógico nos leva às origens dos discursos, à apreensão dos efeitos de poder neles circulam, porque é na história que se cristalizam hábitos e gestos. Não se trata de descartar o que somos para encontrar uma nova verdade. “Neste processo, o objetivo não é destruir o que existe, mas estudá-lo, analisá-lo desafiando verdades tidas como absolutas e as histórias lineares, a versão dos vencedores.” (CAVALCANTE FILHO, 2013, p. 69).

A genealogia destaca o corpo como epígrafe dos acontecimentos e das práticas que nele incidem. “[...]como análise da proveniência, está, portanto, no ponto de articulação do corpo com a história. Ela deve mostrar o corpo inteiramente marcado de história e a história arruinando o corpo” (FOUCAULT, 1979, p. 15). Voltar no tempo não para afirmar similaridades com o passado, mas para recobrar caminhos tortuosos que resultaram nos valores sobre a mulher que a Medicina imprime para nós.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 A mulher como objeto de estudo da Medicina oitocentista

Em 1990, o ginecologista brasileiro Nelson Soucasaux escreveu um livro intitulado *Novas Perspectivas em Ginecologia*. Nessa obra, o autor afirma que a união entre a obstetrícia e a Ginecologia foi responsável por produzir uma “mentalidade obstétrica” nesta última. Para ele, este fato histórico seria responsável por gerar uma visão que condiciona a mulher à reprodução. Soucasaux (p. 117) defende uma reestruturação da especialidade:

A Ginecologia, sendo por definição o estudo da mulher, não deveria ser uma especialidade dedicada exclusivamente ao aparelho genital feminino [...], devendo também atentar para a constituição feminina como um todo, abrangendo corpo e mente, e para tudo que caracteriza a mulher como tal. [...] Significa ver como as características anatômicas, fisiológicas e psíquicas da mulher interagem entre si, e como este complexo de interações se reflete nos problemas ginecológicos que vemos rotineiramente na clínica feminina.

O curioso está no fato de que, ao mesmo tempo em que o autor advoga uma perspectiva aparentemente mais ampla sobre a mulher, ele o faz porque concebe que desordens oriundas de toda a constituição biopsicossocial da mesma se expressam diretamente nos seus órgãos genitais, e, portanto, ela em si é objeto da Ginecologia.

Soucasaux (p. 134) atenta também para a falta de autocrítica da medicina em suas relações com a mulher:

Sempre me admirou que diversos temas relativos à Medicina da Mulher não sejam debatidos nem dentro da Ginecologia nem fora dela. [...] Estou certo de que não é evitando discutir determinados assuntos, nem ocultando verdades, que iremos colaborar para melhorar o entendimento da complexa problemática que envolve a Medicina da Mulher.

Partindo desse paradigma de autocrítica, propõe-se buscar discursos ocultos sobre a mulher que historicamente se proliferaram na Medicina, bem como suas influências nas formas de se gerar práticas e cuidados em saúde.

Sabemos, do grego, que *gyné* (mulher) e *lógos* (estudo) compõem a ideia central da ginecologia (CHAREN, 1971). Logo, o conceito básico que pode ser apreendido é “a ideia de que a ginecologia é uma ‘ciência da mulher’ em sentido amplo” (ROHDEN, 2009, p. 49). As indagações geradas por esta problematização são muitas, mas podem partir de um ponto inicial: Como e por que as práticas médicas voltadas para os problemas de saúde femininos resultaram numa ciência própria, de forma sem paralelo para os homens? É singular que a preocupação da Medicina com

o estudo da mulher fosse tal a ponto de a Ginecologia superar o foco na saúde reprodutiva, sendo este profissional consagrado extraoficialmente como “o médico da mulher” (A DIRETORIA, 2002, p. 571), ou o “clínico geral da mulher” (REIS; JUNQUEIRA; ROSA-E-SILVA, 2012, p. 415; PASSOS *et al*, 2017, p. 13).

Para responder a essas questões, podemos elaborar sobre o contexto em que se deu o desenvolvimento dessa especialidade. Devemos compreender o papel da Medicina na do século XIX, na sociedade vitoriana cujo pensamento buscava primeiramente entender o que é a mulher.

As reformas sociais dos Séculos XVIII e XIX desencadearam uma importante destituição da fé enquanto princípio norteador do conhecimento humano. O arcabouço cultural iluminista se apoiava na noção de que a observação empírica da natureza e a análise dos seus fenômenos são os meios da ciência para avançar a condição humana. Tratava-se de um projeto de rompimento com antigos dogmas que engendravam as relações sociais, cabendo às ciências biológicas e à Medicina a responsabilidade de encontrar, na corporalidade examinável do homem, fundamentos naturais que justificassem a existência de uma sociedade organicamente justa (MOSCUCCI, 1993).

Essas reformas progressistas influenciavam não somente aspectos econômicos e culturais, como reestruturavam as bases das relações sociais e os papéis de gênero tradicionalmente estabelecidos. Fabiola Rohden (2009, p. 38) nos esclarece sobre este debate polêmico, o qual os homens intelectualmente influentes da época denominavam “questão da mulher”. Com a revolução industrial na Europa, a autora afirma que as mulheres passavam a compor a massa operária das fábricas e exercer atividades de domínio público, tradicionalmente dominadas por homens. A crescente industrialização no ocidente borrava a divisão sexual do trabalho que circunscrevia a mulher ao ambiente doméstico. Produzia-se, desta forma, distanciamento em relação à figura da mulher-mãe. A revolução francesa, por sua vez, trouxe os conceitos de liberdade e igualdade entre os indivíduos. Entretanto, para Rohden (2009, p. 29), no que se refere às relações de gênero assistiu-se a um movimento de contracorrente:

A onda de reformas e igualitarismo, longe de provocar uma revolução também nas representações médicas sobre a natureza dos seres humanos, acaba, ao contrário, originando uma reafirmação sem precedentes da sua condição biológica e dos papéis sociais atribuídos a cada sexo.

Ao estudar o surgimento da Ginecologia na Inglaterra do século XIX, Ornella Moscucci (1993, p. 3, tradução nossa) revela como o recente conhecimento biomédico sobre as características naturais dos sexos foi essencial para reafirmar a divisão social existente: “A democracia minara a antiga base para a autoridade patriarcal, e, portanto, era necessário repensar a relação entre os sexos sob novos princípios. A natureza, não a religião ou metafísica, definiria o lugar que homem e mulher ocupariam na nova ordem social.” No mesmo sentido, Poovey (1986, p. 138, tradução nossa) afirma que a comunidade médica e científica, cada vez mais estimada na sociedade Vitoriana, desempenhou um papel decisivo, “formulando uma justificativa científica para o que era concebida como a função reprodutiva natural e o espaço social circunscrito da mulher.”

A ciência contemporânea se ateuve à descrição analítica da biologia humana como forma de esclarecer a suposta ordem natural do mundo e da sociedade através de uma perspectiva racionalista. Esse movimento inaugura na sociedade ocidental aquilo que Rohden (2009, p. 35) chamou de “imperialismo dos fatos”. A produção científica passou a focar nas heterogeneidades intraespécie que fundamentariam tais hierarquias, “se concentravam na elaboração de grandes teorias e métodos que permitiriam classificar e estabelecer fronteiras entre povos, raças, sexos” (p. 21). Ou seja, o estudo das raças e da mulher.

3.2 A dualidade da natureza feminina: Fisiologia e patologia

Ana Paula Martins (2004, p. 31) descreveu como a produção científica dos séculos XVIII e XIX buscara incessantemente discriminar características naturais que distinguem homens e mulheres: “Percorreu-se cada detalhe com a finalidade de encontrar as evidências da diferença sexual, demonstrando a especificidade do corpo feminino, tido então como o corpo diferente. O método era comparativo.”

Martins afirma que, mais do que pontuar diferenças, os cientistas da época atribuíram valores hierárquicos aos sexos, apropriando-se de atributos naturais que corresponderiam mais à função de um em detrimento do outro. Dessa forma, a superioridade intelectual do homem e sua inerente aptidão para exercer tais atividades eram constatadas em estudos anatômicos a partir do tamanho avantajado do seu crânio. Para a autora (2004, p. 34), a razão se tornou atributo indissociável do sexo

masculino: “Isso explicaria o motivo pelo qual os estudos racialistas, na sua maioria, faziam comparações entre os homens de raças diferentes, sendo pouco comuns as comparações raciais entre as mulheres.”

Devido a esse entendimento, pouco se utilizava de esqueletos femininos para o estudo comparativo entre as raças. Quando tal análise era feita entre mulheres, os objetos estudados eram os seios ou a pelve feminina, e os atributos que eram analisados relacionavam-se à intensidade do desejo sexual e à aptidão para procriar:

A pélvis feminina representou, para o discurso racialista, o mesmo papel que o crânio masculino teve nas comparações entre brancos e negros. Acompanhando as transformações ideológicas a respeito da mulher [...], os anatomistas escolheram a pélvis como o índice anatômico da feminilidade. (MARTINS, 2004, p. 35).

Para a mulher, prevalece a noção de que a função sexual e reprodutiva é inerente à sua natureza. Tamanho seria o peso da reprodução na constituição feminina que toda sua fisiologia seria voltada para isso, de uma forma que não se observa nos homens. Moscucci (1993) afirma que essa crença na peculiaridade da mulher foi o precedente epistemológico para o surgimento de uma especialidade médica própria dedicada ao estudo da mulher natural, e para a sua categorização enquanto grupo específico de pacientes.

A fisiologia feminina merecia atenção devido a sua natureza carnal e instável. Sendo a principal função da mulher a reprodução, concebia-se que seus órgãos genitais eram cardinais para o funcionamento do corpo e da mente. Através do conhecimento sobre a função sexual feminina, os médicos oitocentistas acreditavam derivar todas as normas da sua constituição. Na produção científica da época, difundia-se um discurso de domínio sobre a existência da mulher a partir do estudo da sua sexualidade intrínseca. Tal concepção está ilustrada nos livros de Ginecologia da época, a exemplo de um importante compêndio publicado em 1840 e que viria a ser utilizado como livro texto em faculdades de Medicina da Espanha por decreto real a partir de 1846 (VALLRIBERA I PUIG, 1996), o *Tratado elemental completo de las enfermedades de mujeres*:

Pode-se dizer então que os órgãos sexuais da mulher são, de certo modo, a raiz e a base da sua estrutura; e assim disse Hipócrates: ‘*mulier propter uterum condita est*, [...] de modo que nela tudo emana daquele foco, tudo se refere a ele; e portanto aos três centros de sensibilidade, de ação e de vida que estabeleceu Bordeu no coração, no cérebro e no epigástrio, deve-se acrescentar na mulher o útero, que modifica aos demais. O predomínio deste órgão constitui o que alguns denominaram temperamento uterino, que subverte todas as funções próprias das mulheres caso chegue a exaltar-se

até certo ponto, assim como caso lhe falte a energia correspondente. (OMS Y GARRIGOLAS; FERRERAS, 1840, p. 2, tradução nossa).

O determinismo biológico que associava a mulher ao útero transcendia o aspecto físico, chegando aquele a ser a “matriz” da sua existência. Igualmente, o temperamento ditado por este órgão é demasiadamente suscetível a perturbações, “porque a mulher se afeta com mais força que o homem pelos agentes modificadores do organismo [...], porque os seios, o útero e suas dependências se afetam com maior frequência que os testículos e órgãos anexos” (p.3). Sendo a mulher tão sensível a todas as influências, o autor propõe ter cautela com hábitos que podem provocar “uma infinidade de males”; dentre os quais estão: “a falta de exercício, certas roupas, [...] o desdobramento excessivo da sua sensibilidade e imaginação às custas do juízo, [...] a impressão do ar, do calor, da umidade, do frio”; e não somente elementos físicos, como também “[...] os desgostos que sofrem a maioria delas no percurso da sua vida, dos quais resultam muitas doenças” (p.4). Por fim, é da vulnerabilidade própria das mulheres e das influências da matriz na sua psiquê que advém a sua “[...] disposição resoluto às doenças nervosas, assim se faz que as mais pequenas impressões produzam nela grandes desordens.”

Uma mulher que se sujeitasse a condições destoantes do seu destino natural da maternidade estaria perturbando o delicado equilíbrio fisiológico, tornando-se terreno fértil para a multiplicação das suas potenciais disfunções. Carol Groneman (1994) analisou como esse processo de patologização da sexualidade feminina resultou numa proliferação de diagnósticos controversos, como ninfomania, histeria erotomania, ovariomania entre outros. Tais entidades nosológicas eram tão controversas dentro da comunidade médica quanto arbitrárias, pois os quadros clínicos na maioria das vezes eram variáveis e se sobrepunham.

Groneman argumenta que a sociedade Vitoriana marcada por contradições sociais foi o campo ideológico propício para a sujeição de comportamentos perigosos para papéis tradicionais de gênero na forma de doenças. Dessa forma, lésbicas, prostitutas e ninfomaníacas seriam não apenas doentes, como perigosas para a sociedade. A autora cita o psiquiatra Daniel Hack Tuke, que alegou a possibilidade de escravização das meninas jovens pelas sensações provocadas pelo contato com literatura lésbica, o que as tornaria ninfomaníacas. Segundo Groneman (1994, p. 341, tradução nossa): “No fim do século XIX, portanto, mesmo pequenas transgressões

das constrictões sociais que definiam modéstia ‘feminina’ poderiam ser classificadas como adoecidas.”

A conformação de papéis sociais distintos e rígidos para ambos os sexos era tido como necessário para o funcionamento de uma sociedade civilizada. Smith-Rosenberg e Rosenberg (1973, p. 338, tradução nossa) afirmam que, nesse sentido, a conduta feminina apropriada era importante “[...] também pelo dever maior de proteger o bem transcendente da saúde social, que somente poderia ser mantida pela produção contínua de crianças saudáveis.” Os autores se debruçaram sobre duas mudanças em particular que se processavam na sociedade americana do século XIX: O planejamento familiar, com queda na natalidade, e o acesso das mulheres à educação formal. Este último era um tema controverso para os médicos, pois muitos defendiam que tal dispêndio de energia nas atividades intelectuais significava prejuízo na saúde reprodutiva, o que resultaria na degeneração da raça. Segundo os autores (p. 341): “As universidades estatais, por exemplo, frequentemente prescreviam uma carga horária branda para mulheres ou recusavam-se a permitir sua admissão em programas de graduação ordinários.”. Embora ambos os sexos estivessem envolvidos na procriação, é a constituição feminina decisiva para o êxito dos descendentes: “Suicídio da raça parecia um problema para a ginecologia social.” (p. 352).

A Medicina irá correlacionar a importância de estudar tais desvios da natureza da mulher com sua suposta responsabilidade como mãe da nação, intervindo como autoridade sanitária nas questões eugênicas e de desenvolvimento social. Sobre este tema, Martins (2004, p. 80) explica que “a percepção de que o crescimento populacional e a riqueza das nações dependiam das boas condições de saúde [...]” foi um processo que culminou com o atrelamento da medicina ao estado, tal que “[...] estes [médicos] passaram a ser responsáveis não só pelo tratamento de indivíduos doentes como também pelas condições de saúde de toda a população”.

Nesta altura, duas ressalvas são necessárias. A primeira se refere ao olhar que um leitor contemporâneo poderia lançar em tais debates científicos apresentados, caso analise-os a partir dos métodos e das ferramentas que dispomos atualmente. Considerar teorias científicas elaboradas no passado a simples produto de mentes rudes é relativizar o peso que exerceram na construção de caracterizações hegemônicas sobre natureza e cultura, a partir de um método científico próprio e estabelecido. O médico respaldado pelo saber técnico não se dissocia do contexto social em que está inserido; o conhecimento que produz também é uma expressão de

cultura, “na medida em que seus conceitos e teorias são produtos culturais, construídos e legitimados socialmente.” (MARTINS, CARDOSO, LLERENA, 2004, p. 974). Para o escopo desse trabalho, consideremos que o corpo, “além de ser um objeto físico, biológico, é também investido de história e significado” (p. 973); ele adquire caráter político na medida que se insere num sistema de representações sociais; nele incidem práticas determinadas pelo saber científico, “sobre as quais o exercício da medicina se ancora, são [assim] exercícios de biopoder, conceito elaborado por Foucault” (p. 973).

Dessa forma, não se busca retratar as mulheres como vítimas dos médicos do passado, mas buscar “que efeitos de poder circulam entre os enunciados científicos” (FOUCAULT, 1979, p. 5). Esta segunda ressalva é necessária devido aos discursos variados que se proliferam numa análise de fontes históricas. Rohden (2009, p. 44) alerta que “[as mulheres] também participaram nas definições de gênero e da ciência [...]”, seja na voz de médicas (ainda que poucas) ou pacientes.

Mesmo na academia, não se pode falar num discurso globalizante da Medicina sobre a mulher. Carol Groneman (1994, p. 348, tradução nossa) analisou o embate científico acerca da etiologia e terapêutica da Ninfomania. De um lado estavam neurologistas e alienistas¹, que examinavam o cérebro em busca do substrato orgânico, em “[...] lesões encefálicas, mudanças nos vasos sanguíneos cerebrais, espessamento dos ossos do crânio [...]”; do outro estavam os novatos ginecologistas, que compreendendo a imprecisão desta doença, buscavam nos genitais sinais que permitissem sua identificação: “Embora um estudo de seis mil prostitutas francesas, publicado em inglês em 1840, refutasse a amplamente reconhecida crença que o excesso sexual marcaria os genitais de alguma forma”, a autora afirma que durante esse mesmo século os ginecologistas continuariam procurando reconhecer a doença através de sinais como vermelhidão, dor, e aumento dos lábios ou do clitóris.

Os tratamentos antigos baseados em teorias de desequilíbrio humoral – dietas, banhos, sangrias –, bem como as terapêuticas morais prescritas por alienistas e neurologistas não alcançavam a eficácia desejada. A partir das novas descobertas

¹ Especialidade médica voltada para o alienismo mental, pode ser considerada predecessora da psiquiatria moderna no século XIX. Bogousslavsky e Moulin (2011) defendem que a psiquiatria emergiu na virada do século XX na França, a partir de influências da nascente neurologia, como o uso de um método clínico sistemático e noções de neuropatologia. Para os autores, uma das principais contribuições nesse processo foi o estudo da histeria por Jean-Martin Charcot, neurologista, que somente após investigar possíveis substratos orgânicos para a doença passou a sugerir causa psíquica, contrariando alienistas da época.

sobre a anatomia do sistema nervoso, em especial as conexões entre os órgãos, “a ginecologia, buscando consolidar seu status profissional, ofereceu um novo e controverso tratamento para algumas dessas doenças – a cirurgia ginecológica.” (GRONEMAN, 1994, p.349, tradução nossa).

Martins (2004, p. 119) diz que embora desde a antiguidade as doenças das mulheres fossem abordadas, até meados do século XIX “[elas] integravam uma prática dividida entre poucos médicos, as parteiras e um grande número de leigos”. Os médicos eram cirurgiões parteiros em sua maioria, caracterizando a Ginecologia como um apêndice da Obstetrícia até então. Contudo, a segunda metade do Século, uma série de fatores materiais irá revolucionar a prática da Ginecologia (Quadro 1).

Quadro 1 – Avanços técnicos que impulsionaram o desenvolvimento da Ginecologia na Europa e nos Estados Unidos, na segunda metade do Século XIX.

Consolidação da Obstetrícia – Construiu dois sentidos modernos sobre o corpo feminino. Primeiro acumulou conhecimentos anatômicos e fisiológicos sobre a pelve feminina como forma de se apropriar do parto e da gestação, instituindo um regime de mensurabilidade do corpo. Segundo, através do exame físico, da pelvimetria e da cirurgia localizou a pelve enquanto local físico da feminilidade, passível de intervenção. (MARTINS, 2004)
Pesquisa e novas técnicas cirúrgicas – A criação de institutos de ensino médico na Europa e América do Norte transformaram a prática conservadora e estimularam a competição profissional e a instalação de competências. (MARTINS, 2004; ROHDEN, 2009)
Fundação de hospitais e enfermarias próprias para doenças de mulheres na Europa e Estados Unidos entre as décadas de 1840 e 1890, muitas vezes incentivadas por mulheres da elite. Tais ambientes favorecerem o amadurecimento da prática ginecológica e a publicação de pesquisas. (MARTINS, 2004)
Avanços da cirurgia – Assepsia, antisepsia e conhecimento sobre infecções permitiram o progresso do campo cirúrgico como um todo (ROHDEN, 2009).
Anestesia – Um marco importante para a utilização da anestesia em cirurgias pélvicas foi a administração de clorofórmio no parto da Rainha Vitória, em 1853. (POOVEY, 1986).

Fonte: Elaboração Própria

Ainda que muitas queixas das mulheres envolvessem disfunções menstruais e doenças sexualmente transmissíveis, Martins (2004) aponta que haviam quatro problemas de terapêutica difícil sobre os quais os cirurgiões se debruçaram: Câncer, tumores ovarianos, prolapso uterino e fístulas vesicovaginais.

J. Marion Sims desenvolveu a técnica cirúrgica para correção de fístula vesicovaginal ao fim da década de 1840 (WALL, 2006). Na mesma década, foi aperfeiçoada a técnica de ressecção ovariana que primeiramente havia sido realizada com sucesso por Ephraim McDowell em 1809. A partir de 1850, segundo Moscucci (1993, p. 34), o maior entendimento do papel dos ovários na ovulação e menstruação levou este órgão a ser reabilitado como os “[...] centros autônomos de controle do sexo e reprodução na mulher”, de onde derivam todas as outras diferenças. Com isso, entende-se porque nos registros mensais do *Canada Medical and Surgical Journal* de 1878, discute-se um trabalho publicado pelo ginecologista Robert Battey, onde o mesmo explicitava uma série de condições que indicariam a remoção cirúrgica de ovários ainda funcionais; dentre as quais encontram-se:

3º. ‘Em casos de insanidade ou epilepsia confirmadas, dependentes de doença ovariana ou uterina.’ 4º. ‘Em casos de sofrimento mental longo e prolongado, dependente de perturbações nervosas e vasculares mensais que resistiram todos os outros meios de cura’. (REVIEWS..., p. 28)

Esta cirurgia ficaria conhecida como operação de Battey devido ao êxito relatado pelo seu formulador e reproduzido por pares influentes na época para tratamento de casos difíceis nos quais admitia-se implicação dos ovários, incluindo dor pélvica, dismenorreia, amenorreia e histeria (LONGO, 1979). Entretanto, tais indicações controversas eram alvo de crítica nos círculos acadêmicos de Ginecologia. Questionava-se a frequência com que se tratavam as mulheres por tal método: “Por que algum cirurgião ousado não introduz a cirurgia do cavalo capão [castrado] para muitos dos problemas dos quais o sexo forte é vítima? [...] Isto seria justificado em tal caso?” (O. W., 1880, p. 503, tradução nossa). Edward Shorter (1993, p. 75, tradução nossa) relata que embora a retirada dos ovários fosse inicialmente destinada a tratar cistos serosos e tumores, logo passou a ser tratamento em casos de “problemas que possuíam uma mistura do fisiológico e psicológico”. Ovariectomia designava a retirada de ovários acometidos por cistos ou tumores, já o procedimento destinado a tratar de doenças não-ovarianas foi chamada inicialmente de ovariectomia normal, e posteriormente ooforectomia (LONGO, 1979; SHORTER, 1993).

A ciência do século XIX produziu formulações baseadas em fatos tidos como naturais a respeito da especificidade da mulher. Não cabe questionar a validade desse processo nem a disposição dos profissionais em beneficiar as pacientes, apenas articular que a abordagem distinta pela própria Medicina culminou com a criação de

uma ciência própria sobre a sexualidade e reprodução femininas: A Ginecologia. Citando Moscucci (1993, p. 31, tradução nossa):

Não era simplesmente uma questão de aprender quais doenças afetavam peculiarmente mulheres: Era uma questão de perceber que, porque as mulheres eram inteiramente destinadas às funções sexuais, em corpo e mente, a sua fisiologia e patologia sexuais afetava seu comportamento, e, portanto, gerava consequências sociais e morais as quais não possuíam paralelo na patologia do homem.

Para a autora (p. 32), “embora a ginecologia tenha um equivalente masculino na medicina genitourinária”, não houve a criação de uma ciência médica dedicada a entender como a vida do homem é afetada pela reprodução. Moscucci (p. 31) diz que ao fim desse processo, Ginecologia assumiu um papel análogo a uma antropologia das mulheres, ao buscar o conhecimento da ‘mulher natural’ e a sua sistematização: “Do Equilíbrio entre instinto e razão, dos sentidos e faculdades morais, da relação entre organização e ambiente – os próprios temas ao redor dos quais a história natural do homem, carro chefe da antropologia, eram construídos”. Entretanto, a grande assimetria entre essas duas disciplinas é evidente, pois enquanto a ciência da mulher ocupa-se de tudo aquilo que a torna única e diferente na espécie humana, “[...] temos uma ciência do homem que também é ciência da humanidade, aquela que permite a instauração da diferença e a comparação entre outras unidades” (ROHDEN, 2009, p. 56).

Em que pese ter sido a Obstetrícia a primeira a fazer um elo inexorável entre mulher e reprodução, foi a Ginecologia que herdou e levou adiante tal paradigma. A essência feminina, sexual e corpórea, seria uma consequência natural do seu papel fundamental na função de procriadora, e também é a origem da sua constituição frágil e nervosa, suscetível a toda ordem de problemas. Foi justamente esta essência que lhe colocou enquanto grupo específico de pacientes para a Medicina. Desta forma, podemos entender o motivo por que a ciência da mulher surgiu na forma de ciência da reprodução, e porque a distinção entre estes dois saberes ainda se desenrola no tempo atual.

Enquanto a ciência legitimou o homem como criatura racional; a mulher passou a ter uma conotação sexual inerente, tornando-se outra parte da humanidade cuja estrutura e funcionamento são diferentes, e que, portanto, deverá ser estudada em busca da sua verdade natural. Para Fabíola Rohden (2009), a Ginecologia foi fundamental para a Medicina ao se consolidar como o braço que legitimou um amplo sistema de classificação e estudo da mulher, cujos objetivos eram fundamentar os

princípios de sua alteridade em relação ao homem, configurando o que a autora nomeou de “a ciência da diferença”.

3.3 Século XX: Consolidação de uma Medicina própria para mulheres

Em análises tradicionais, a Ginecologia e a Obstetrícia são vistas sem distinção como especialidades que intervêm no corpo feminino (FREITAS, 2005). Entretanto, o processo de estruturação da Medicina em saberes especializados desenrolou-se a partir de um contexto social e ideológico próprio. Nesse sentido, Martins (2004, p. 120) afirma que “a constituição da ginecologia não pode ser dissociada das disputas profissionais”. Embora a Ginecologia tenha se constituído num domínio maior de conhecimento sobre o corpo e mente femininos, ela irá se unir à Obstetrícia como campo de intervenção unificado sobre a vida da mulher.

Em 1922, no editorial do *The American Journal of Obstetrics and Gynecology*, o então presidente da *American Gynecological Society* (AGS) ilustra os conflitos que estavam em jogo na delimitação das especialidades médicas:

Eu tenho pouca paciência com aqueles que insistem em considerar a ginecologia como uma especialidade. Essas insistências pessimistas são nada mais que o alarde de mentes estreitas que apenas conseguem enxergar corte e costura dos órgãos pélvicos como a soma total do nosso trabalho. [...] As especialidades irmãs obstetrícia e ginecologia são interdependentes e nenhuma pode ser obliterada, a despeito dos desejos dos cirurgiões gerais. (WARD, p. 577, tradução nossa).

O médico defende-se dos ataques dos cirurgiões justificando que a proximidade entre ambas as especialidades é necessária pois a cirurgia ginecológica reconstrutiva é resultado dos traumas genitais causados pelo parto. Porém, além disso, o ginecologista sugere enfaticamente uma concepção da especialidade mais ampla do que um ramo da cirurgia, pois a atuação que exerce na vida da mulher seria muito maior, incomparável a qualquer outra área da Medicina:

[...] [a Ginecologia] estuda a mulher de forma ampla em todas as suas relações com o bem-estar público. Quem é melhor preparado do que o ginecologista e obstetra para estudar e promover investigações sobre a mulher, partindo da perspectiva da grande área da medicina estatal, em tudo o que se refere ao seu desenvolvimento, educação, aptidão para o casamento e maternidade, sua evolução; e também as suas degenerações como criminosas, indigente ou como prostituta? (WARD, p. 577, tradução nossa).

Nota-se que, num mercado cada vez mais competitivo, era imperativo a defesa de um princípio ideológico que pudesse assegurar a existência da especialidade. Esse

efeito concretiza-se à medida que ao englobar as etapas reprodutivas da vida da mulher, estava-se ocupando da totalidade de sua existência.

Summey e Hurst (1986a, 1986b) realizaram um estudo sobre a especialidade de Ginecologia e Obstetrícia (GO) nos Estados Unidos entre as décadas de 1920 e 1980; dando voz aos próprios profissionais a fim de entender como seus valores e busca por autodefinição contribuíram para moldar a relação entre mulheres e assistência em saúde. Segundo as autoras, o mecanismo pelo qual a profissão buscou reconhecimento do seu status da década de 1950 foi, paradoxalmente, negar sua relação intrínseca com a mulher: “Definir GO [*Ob/Gyn*] pela população que ela servia – mulheres – recordaria suas origens humildes na meia-irmã débil, obstetrícia, e a identificaria com a igualmente humilde pediatria.” (1986b, p. 110, tradução nossa).

Na mesma linha, outro presidente da AGS, William Mengert (1955, p. 456, tradução nossa), nos informa que juntamente a novas especialidades voltadas para o conhecimento técnico de certos órgãos – oftalmologia, ‘otolaringologia’, neurocirurgia –, “[...] o ginecologista-obstetra preocupa-se com o bem-estar fisiológico e a patologia do trato reprodutor feminino. Em outras palavras, parece que a especialização baseada em regiões anatômicas emergiu no nosso moderno mundo médico”. No mesmo pronunciamento, entretanto, é interessante observar o motivo pelo qual o ginecologista é assertivo ao defender a mudança de nome da entidade, de *American Academy of Obstetrics and Gynecology* para *American College of Obstetrics and Gynecology* (ACOG). Ele diz que: “Existe hoje o *American College of Physicians* e o *American College of Surgeons*. Posto que nosso nome envolve a questão do lugar na hierarquia acadêmica, resolvamos a questão adotando o mesmo nome dos nossos pares.” (p. 457).

Seria malquisto para a GO aparentar estar sujeita às mulheres; parecia mais conceituado atrelar a especialidade a outras que derivam de extenso conhecimento anatômico e médico localizado. Ao mesmo tempo, buscava-se reconhecimento como um profissional distinto dentro da Medicina: Ultrapassando a divisão clássica entre clínicos e cirurgiões, o ginecologista representa uma Medicina própria para mulheres.

Adentrando o século XX, diversas condições previamente associadas aos órgãos sexuais femininos foram reclassificadas como entidades fundamentalmente psíquicas². Summey e Hurst (1986b, p. 107, tradução nossa) afirmam que na

² Ao longo das edições do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM), os sintomas clássicos associados à histeria foram progressivamente reagrupados em outras categorias:

sociedade pós-guerra, a crescente relevância da psicopatologia reacendeu o interesse dos ginecologistas pela psicologia feminina:

Artigos dos anos 1940 sobre a psicologia das mulheres eram frequentemente escritos por psiquiatras (Boyd, 1942), ou continham modestas isenções de expertise (Cookde, 1944). A partir de 1950, entretanto, a ginecologia e obstetrícia se expandira abrangendo o cuidado psiquiátrico (Donovan, 1958).

Argumentava-se que a relação do ginecologista com a mulher não seria estabelecida pelo psiquiatra, porque muitos distúrbios rotulados como psicossomáticos –disfunções menstruais, aborto habitual entre outros, requeriam entendimento da endocrinologia reprodutiva feminina. Não é necessário ir tão distante no tempo para constatar essa concepção de cuidados em saúde da mulher. O ginecologista brasileiro Nelson Soucasoux (1990, p. 7), escrevendo uma visão autocrítica, defende que a prática eficiente da Ginecologia “Implica portanto em uma visão mais holística da natureza feminina”. Para o autor, boa parte da patogênese dos problemas ginecológicos decorre de duas vias de somatizações: Uma via neuroendócrina a distância – “A interação entre a psique e o córtex cerebral, o sistema límbico e o diencefalo, com a sua influência sobre o funcionamento do eixo hipotálamo-hipófise-ovários” (p. 9); e uma outra via neurovegetativa através da qual “os influxos nervosos oriundos do sistema nervoso central atingem os órgãos pélvicos da mulher de forma direta” (p. 10). Soucasoux (1990, p. 11) argumenta que os resultados dessa complexa integração são múltiplos e variáveis: “Uma determinada mulher poderá ter amenorreia ou oligomenorreia, enquanto outra terá menorragias, outra polimenorréia, sangramentos intermenstruais [...]”, e também outras condições como “[...] prurido vulvo-vaginal, vaginites de repetição, dores pélvicas, dispareunia, problemas sexuais diversos, etc.”. Por isso, o autor defende que a integração da psicologia clínica é imprescindível na prática ginecológica.

Tais proposições defendidas por Soucasoux não serão avaliadas como verdadeiras ou falsas; mas devem ser percebidas como um exemplo de que fatos científicos não estão isentos do jogo de representações em conformidade com padrões sociais vigentes. O ginecologista explicita alguns conhecimentos da

Transtornos Psiconeuróticos (DSM-I) e Neuroses Históricas (DSM-II). Apenas em 1980, no DSM-III, a histeria deixa de ser um diagnóstico nosológico e seus sintomas são reagrupados nas novas categorias de Transtornos Somatoformes e Transtornos Dissociativos. Para uma discussão mais profunda sobre a história da histeria na psiquiatria, ver Ávila e Terra (2012); Decker (2013); North (2015).

endocrinologia que para ele ilustram como a condição feminina é por natureza ambígua:

“Por um lado, a importância desses hormônios [estrógenos] como fatores tróficos dos principais caracteres físicos da feminilidade é enorme. Por outro lado, [...] os estrogênios podem ter um certo efeito cancerígeno. Isto se deve ao seu acentuado efeito proliferativo sobre os tecidos dos órgãos sexuais femininos.” (p. 79)

Expressa-se uma visão na qual condição de ser mulher é condicionada pela expressão dos caracteres sexuais secundários, e, portanto, o estrogênio é concebido como o hormônio da feminilidade. A Medicina não se compõe somente de saberes técnicos, mas também de como as entrelinhas ao redor destes são preenchidas de significados. Nesse contexto, Summey e Hurst (1986b, p. 109, tradução nossa) retomam o pensamento de Smith-Rosenberg e Rosenberg (1973) e apontam que, assim como visto no século XIX, em momentos de transformação nos papéis de gênero, a ciência foi responsável por racionalizar questionamentos sobre a capacidade da mulher, e até prescrever seu círculo social: “Portanto, como guardiões da psiquê das mulheres assim como seu sistema reprodutor, a GO [*Ob/Gyn*] tinha opiniões precisas relativas ao papel de trabalho das mulheres durante a Segunda Guerra Mundial.”

3.4 Integralidade e enfoque de gênero na saúde da mulher

No final do século XX, a estruturação de políticas de bem-estar social produziu novas concepções de saúde. Consideremos dois cenários distintos que podem nos esclarecer como debates em saúde da mulher foram construídos. Nas décadas de 1960 e 1970, o conceito cada vez mais em voga de atenção primária à saúde culmina na Declaração de Alma-Ata, em 1978 (DECLARAÇÃO..., 1978). Nos Estados Unidos, Summey e Hurst (1986b, p. 116, tradução nossa) afirmam que o ginecologista-obstetra foi incentivado pelo governo “quando a atenção primária experimentou um *boom* de financiamento, a ser o médico de atenção primária das mulheres”. Ainda que na própria regulamentação federal americana sobre vagas de residência³ estivesse

³ *Health Professions Education Assistance Act*, sancionada pelo presidente Gerald Ford em 12 de Outubro de 1976. Estabeleceu redistribuição progressiva das vagas de residência num período de 4 anos (até 1980), com enfoque nas especialidades médicas da atenção primária, a saber na época: Medicina interna geral, medicina de família [*Family practice*] e pediatria geral (ESTADOS UNIDOS, 1976).

definido que os ginecologistas-obstetras não estavam inclusos na categoria de profissionais da atenção primária, isso não impediu que a própria categoria se pusesse cada vez mais nessa posição.

Essa visão sustentava-se pelo argumento de que o ginecologista-obstetra ocupava uma função de generalista, devido a “[...] expansão de serviços preventivos como cuidado ao pré-natal, exames periódicos e aconselhamento contraceptivo; e a uma diminuição no número de médicos de família que anteriormente exerciam tais serviços” (WILLSON, BURKONS; 1976, p. 744, tradução nossa). O presidente da AGS em 1978, Ben Peckham (p. 715, destaque do autor, tradução nossa), não se mostra preocupado com o crescente número de residências em Medicina Interna e Medicina de Família. Para o autor, o papel do ginecologista na atenção à saúde da mulher era claro: “Nós *estamos* praticando atenção primária. Não precisamos fazer mudanças radicais nos nossos programas educacionais pelos próximos cinco anos.” Nesse sentido, a intervenção estatal a fim de reordenar a saúde pública era vista com desgosto pela especialidade; chegava-se a afirmar que “este passo é o primeiro de uma jornada que põe em risco a autonomia de pensamento, que arrisca a liberdade acadêmica, e que leva a um estilo de vida antitético ao nosso” (HELLMAN, 1977, p. 829-830, tradução nossa).

A finalidade da discussão sobre a especialidade nos Estados Unidos é elucidar como diferentes contextos socioeconômicos modelam a forma de produzir saúde. Consideramos que, no caso americano, a postura ativa das entidades representativas num sistema de saúde fortemente gerido pelo mercado levou a expansão de certas especialidades, englobando a atenção primária – cujo conceito mais se identificava com cuidados preventivos e de menor complexidade tecnológica. Para Youngblood (1999, p. 2), presidente do *American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG)*, a questão foi encerrada na virada do século, quando um projeto de lei de universalização da saúde encabeçado pelo presidente americano Bill Clinton recebeu dura oposição da categoria, por tentar distinguir atenção primária da especializada: “Devido aos esforços da ACOG e do então presidente Richard S. Hollis, nós obtivemos para os ginecologistas-obstetras reconhecimento como provedores de cuidados primários no projeto proposto.” Tal projeto de lei nunca foi implementado, porém o ginecologista afirma que o esforço político cimentou a quem cabia a supervisão em saúde da mulher.

No Brasil, em contrapartida, as últimas décadas do século passado foram cenário de mudanças sociais de onde emergiram novos atores, num contexto onde se engendravam a reforma sanitária e a criação de um sistema de saúde estruturado nos princípios de equidade e integralidade.

Ao tentar estabelecer uma historiografia própria da Medicina e das mulheres no Brasil, incorremos em alguns obstáculos. Alguns caminhos nos levam ao estabelecimento da própria Medicina e ao surgimento da Ginecologia, ambos eventos ocorridos no período imperial. Porém, as fontes originais não são de fácil acesso, além de tratar-se de processos sobre os quais já se estabeleceu um paralelo fidedigno nos casos europeu e americano. Preferiu-se, portanto, seguir uma perspectiva que possuísse maior ressonância com o tempo atual.

Até a segunda metade do século XX, a descentralização da assistência à saúde no país também se refletia nas políticas de saúde da mulher. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p. 15): “Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada na sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica” (2004, p. 15). Fabíola Rohden (2009, p. 23) considera que o Primeiro Congresso Brasileiro de Ginecologia, realizado em 1940, foi um exemplo da cristalização dessa imagem feminina iniciada no século XIX: “Este evento chama a atenção [...] por ter entre os temas centrais a proteção da maternidade e da infância como condições imprescindíveis para o desenvolvimento do ‘capital humano’ da nação.” Para a autora, isso representou o apogeu da articulação entre a Medicina e o Estado no que tange à representação da mulher.

Entretanto, as últimas décadas do século passa foram marcadas por conquistas sociais que ressignificaram os conceitos de saúde e doença. As mulheres buscariam uma voz mais ativa através da organização em movimentos feministas e de saúde, pressionando uma mudança nas relações de poder na saúde, e em última análise na própria concepção de saúde da mulher.

Em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2014, p.1), definiu que “saúde é o completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausências de doença ou enfermidade” Embora tal conceito tenha enfrentado críticas, nota-se que, mesmo sem utilizar tal termo, estamos falando de integralidade. No âmbito da saúde da mulher, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 1984, p.5), efetivado em 1986, foi um projeto de ruptura com o modelo de assistência

praticado até então, que se dirigia, “quase que exclusivamente, ao período gravídico-puerperal, e, mesmo assim, de forma deficiente”.

Para Ana Maria Costa (2009, p. 1076), o PAISM não foi somente uma política de saúde, mas o fruto de lutas sociais cujas origens foram, “pela vertente da saúde, o movimento da reforma sanitária e, pela vertente das concepções políticas específicas sobre as mulheres, o incipiente movimento feminista.” A autora atenta para as forças sociais que estavam em jogo no período de consolidação da ditadura brasileira: A partir da década de 60, aumentava a participação feminina no mercado de trabalho e a popularização dos métodos contraceptivos, sinais de uma desvinculação entre sexualidade e maternidade. De 6,2 filhos por mulher entre 15 e 49 anos em 1960, a taxa de fecundidade cai para 4,5 em 1977 (BRASIL, 1984). Ao mesmo tempo, a posição do governo era marcada pelo absentéismo nas questões de planejamento familiar. Dessa forma, abriu-se caminho para a atuação de instituições independentes que agiam de forma fragmentada e vertical, influenciadas por interesses internacionais no controle demográfico brasileiro.

Uma das principais entidades, financiada pela *US Agency for International Development*, foi o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC). Essa entidade sofreu denúncias oriundas do Movimento Feminista e foi investigada pela Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, cujo relatório publicado em 1993 concluiu que ela foi responsável pela esterilização em massa de mulheres, que por vezes ocorria sem consentimento (ALVES, 2014). Segundo Costa (2009, p. 1075), entre as atividades promovidas por esses institutos que recebiam isenção fiscal do governo inclui-se a distribuição isolada de anticoncepcionais e sem seguimento clínico para mulheres pobres, “além de sustentar uma verdadeira rede de médicos que atuavam na realização de esterilização cirúrgica via laparoscopia, doando o equipamento e subsidiando as suas atividades.”

O discurso resultante expresso no PAISM (BRASIL, 1984, p.15) representa uma ruptura, ao afirmar uma posição ativa do governo que promove a soberania nacional em detrimento dos interesses estrangeiros no controle demográfico: “ao planejamento familiar deve ser atribuído, portanto, o lugar adequado no contexto das ações de saúde, não devendo ser encarado como solução dos problemas sociais e econômicos [...]”. No mesmo sentido, assegurava-se ainda a livre escolha das mulheres e o direito à informação e promoção de saúde:

Ao mesmo tempo reafirma-se que nunca a organização das atividades referentes à concepção e à contracepção poderá ser encarada de forma isolada, nem aceita num serviço que não responde às necessidades de saúde em seus outros aspectos. (BRASIL, 1984, p. 24).

Para Costa (2009, p. 1078), o PAISM representou, dessa forma, a “[...] Extensão das fronteiras da saúde da mulher para latitudes e longitudes, nas quais o confinamento da mulher à condição de reprodutora torna-se superado, instalam uma nova ordem nas relações entre governo, Estado e sociedade”. O Ministério reconhece a necessidade de uma intervenção globalizante nos problemas de saúde específicos da população feminina. Assim, ele traz uma série de ações programáticas (Quadro 2) que trabalhariam numa perspectiva de “[serem] aplicadas permanentemente e de maneira não-repetitiva, tendo como objetivo final a melhoria dos níveis de saúde da população feminina.” (BRASIL, 1984, p. 18).

Quadro 2 – Ações programáticas preconizadas pela Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), publicada pelo Ministério da Saúde em 1984.

Eixos temáticos	Conteúdos programáticos
Assistência Clínica e Ginecológica	Identificação e tratamento de fatores de morbidade prevalentes na população feminina, incluindo avaliação nutricional e monitorização de pressão arterial
	Rastreio do câncer de colo uterino e de mamas
	Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis
	Orientação e Acesso ao planejamento familiar
Assistência Pré-Natal	Controle de fatores de risco para má evolução da Gestação
	Cuidado clínico-obstétrico no período pré-natal
	Educação sobre aleitamento materno
Assistência ao Parto e Puerpério	Articulação interinstitucional para aumentar a cobertura e qualidade do atendimento ao parto
	Melhoria do atendimento hospitalar, com estímulo ao parto normal
	Assistência ao puerpério imediato e ao recém-nascido
	Participação ativa da mulher durante as fases do parto

Fonte: Brasil, 1984.

É importante ressaltar que a implementação das políticas sociais, e mesmo do próprio SUS, foi marcada por obstáculos no período que se seguiu. De acordo com

Costa (2009) a década de 1990 representou um embate de forças: De um lado experimenta-se uma tendência internacional de ajuste fiscal e fragmentação tais políticas; de outro, movimentos sociais passaram a se profissionalizar em nível federal e pressionar pela continuidade da agenda de direitos, ainda que com sucesso limitado. Assim foi o caso do Conselho Nacional de Direitos da Mulher (CNDM): “As tentativas de apropriação dos espaços governamentais durante o mandato do presidente Fernando Henrique não foram muito eficazes. O CNDM continuou a ser um órgão de caráter deliberativo subordinado ao Ministério da Justiça.” (COSTA, 2009, p. 1079).

Dessa forma, prevaleceu no fim da década uma estratégia de operacionalização em nível municipal, de modo que as políticas de saúde não resistiram à fragmentação em campanhas e programas onde priorizou-se “[...] garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino [...]” (BRASIL, 2004, p. 18). Sobre este último, Costa (2009, p. 1080) afirma que o Ministério da Saúde “adotou a questionável estratégia de campanhas de realização de exames diagnósticos”. Porém, ainda que a integralidade na saúde das mulheres não tinha sido plenamente efetivada, Costa destaca que, no mesmo período, a ampliação da cobertura da atenção básica através da Estratégia da Saúde da Família foi um avanço institucional nesse sentido.

Coelho *et al* (2009, p. 155) afirmam que se tratando de saúde das mulheres:

compreendemos a integralidade como a concretização das práticas de atenção que garantem o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento [...], valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e adoecimento das mulheres.

Sensível aos debates sociais que almejavam a saúde para além do ciclo reprodutivo, o Ministério da Saúde lança em 2004 a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher (PNAISM). A partir do trabalho realizado pela Área Técnica de Saúde da Mulher, o governo busca recobrar as lacunas geradas no processo de implementação das políticas anteriores. No documento, conclui-se que:

[...] embora se tenha mantido como imagem-objetivo a atenção integral à saúde da mulher, essa definição de prioridades [na saúde reprodutiva] dificultou a atuação sobre outras áreas estratégicas do ponto de vista da agenda ampla de saúde da mulher. (BRASIL, 2004, p. 18).

Problematiza-se ainda o enfoque do final do século passado, onde “trabalhou-se na perspectiva de resolução de problemas, priorizando-se a saúde reprodutiva e, em particular, as ações para redução de mortalidade materna (pré-natal, assistência

ao parto e anticoncepção)” (BRASIL, 2004, p. 18). O Ministério então busca se guiar por uma perspectiva não-generalizante, de forma que possam ser reconhecidas as heterogeneidades invisibilizadas na população feminina que geram necessidades singulares, caracterizando um enfoque de gênero:

Da mesma maneira que diferentes populações estão expostas a variados tipos e graus de risco, mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. Partindo-se desse pressuposto, é imprescindível da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher. (BRASIL, 2004, p. 13)

A movimentação que se deu desde o início do milênio com participação de diversos grupos sociais expôs a invisibilidade de minorias que também exigiam ser reconhecidas em suas necessidades de saúde. Nesse grupo incluem-se as mulheres do campo – organizadas na Marcha das Margaridas, mulheres lésbicas e bissexuais, profissionais do sexo, indígenas, mulheres em situação de prisão e portadoras de deficiência (BRASIL, 2004; COSTA, 2009). Embora cada grupo possua suas particularidades, a vivência de gênero é entendida como um determinante social de saúde que incorre em várias vulnerabilidades. O PNAISM trata, por exemplo, da violência doméstica e sexual, dos piores indicadores de saúde das mulheres negras, bem como dos obstáculos ao acesso enfrentados pelas mulheres lésbicas e bissexuais. Sobre este último grupo, por exemplo, ele diz que “a elaboração de políticas públicas precisa incorporar o entendimento de que as mulheres lésbicas também são mulheres e, portanto, devem ser contempladas no conjunto das ações de atenção à saúde da mulher” (BRASIL, 2004, p. 49). O documento traz que, devido à ilegitimidade das sexualidades alternativas, a mulher lésbica encontra barreiras no atendimento ginecológico, no alcance à prevenção dos cânceres de colo de útero e mamas, bem como risco de violência associada ao exercício da sua orientação sexual.

Gilbert *et al* (2006) analisam em seu trabalho as concepções sobre feminilidade presentes no discurso de residentes de GO e como repercutem no olhar dispensado e no atendimento. As autoras concluem que a mulher-mãe continua a ser o foco da especialidade, de modo que a essência feminina como cuidadora e núcleo da família é um enunciado que permeia a fala dos residentes, enquanto “as [demais] conquistas alcançadas pela mulher soam como somatório, cabendo a ela a responsabilidade da casa e a educação dos filhos” (p. 944). Gilbert *et al* (p. 944) mostram que é presente nas falas o determinismo das diferenças entre masculino e

feminino, de forma que se normatiza os espaços sociais de homens e mulheres a partir da sexualidade, sendo a feminina considerada exacerbada e passível de regulação médica:

Nessa ótica, a mulher utiliza-se do corpo adoecido e do sexo para reclamar seus direitos ou escapar às exigências familiares impostas pela higiene, e o médico manteria a sexualidade feminina sob controle através da medicalização.

Em todos os depoimentos, Essa mulher ainda existe: Ela aparece acompanhada do companheiro ou de parentes e, segundo os residentes, usa seus sintomas como uma simulação para obter atenção por parte da família e/ou do médico, ou para expressar sua insatisfação sexual e com a vida em geral, o que, muitas vezes, ela própria desconhece.

Apreende-se que a integralidade é um eixo orientador da prática como meio de responder a demandas de saúde que se colocam nas diversas vivências da mulher, incluindo a de gênero. O condicionamento à imagem imutável da mulher-mãe segrega aqueles comportamentos que são considerados desviantes do ideário de maternidade, de modo que se reserva um olhar inadequado para apreender as necessidades de saúde de diferentes grupos de mulheres.

Porém, se utilizarmos a mesma lógica de contextualizar o gênero no cotidiano de assistência em saúde, é inegável constatar que a Ginecologia possui particular potencial de intervenção, visto que se articula cotidianamente com pacientes que trazem consigo essas singularidades impostas pelo ser mulher no Ocidente. Está, portanto, em contato direto com necessidades de saúde modeladas por construções históricas de gênero e sexualidade.

Como resultados do seu estudo, Santos (2014) afirma que a clínica ginecológica é apta a produzir integralidade à medida que sua prática integra tanto atenção especializada e arsenal técnico diagnóstico e terapêutico, bem como enfatiza escuta sensível a demandas singularizadas de saúde por parte das usuárias, caracterizando a clínica ampliada e uso de tecnologias leves de cuidado. Assim, cria-se uma concepção ampliada do atendimento:

Entende-se consulta ginecológica como um encontro entre usuárias, profissionais de saúde e serviço que, além de contemplar uma abordagem clínica ampliada e atender às demandas previstas pelas políticas de saúde dirigidas às mulheres, valoriza suas necessidades de saúde para além da dimensão da consulta em si. Nessa lógica, pode produzir atenção integral à saúde das mulheres desde que considere os determinantes sociais, a perspectiva de gênero e valorize suas decisões relativas à saúde sexual e reprodutiva. (SANTOS, 2014, p. 108).

Desse modo, podemos aplicar a mesma retórica para entender porque o ACOG (2005, tradução nossa), ao definir o escopo de prática da especialidade, diz que “a

disciplina combinada de obstetrícia e ginecologia requer estudo e compreensão extensivos da fisiologia reprodutiva, incluindo fatores fisiológicos, sociais, culturais, ambientais e genéticos que influenciam doenças nas mulheres.” (tradução nossa). A associação afirma que essa propriedade confere aos ginecologistas uma perspectiva única para abordar problemas de saúde específicos ao gênero: “Aconselhamento preventivo e educação em saúde são partes integrais e essenciais da prática de obstetras e ginecologistas à medida que avançam a saúde individual e comunitária das mulheres de todas as idades.”

4 CONCLUSÕES

Considerando que a saúde das mulheres é uma prioridade para o SUS, trabalhar com enfoque de gênero é agir em determinantes de desigualdades culturais, econômicas e sociais. Também é reconhecer que, justamente por serem mulheres, possuem um processo diferente de viver e adoecer. Nesta conjuntura, é extremamente benéfico que se possa superar o confinamento da saúde da mulher ao âmbito reprodutivo, como forma de se atender à pluralidade de necessidades de saúde que se manifestam dentro desse grupo heterogêneo que representa metade da população brasileira.

Ao longo do tempo, as características naturais do mundo foram explicadas de formas diferentes e cumpriram alguns propósitos. Nesse processo, a Medicina é um dos agentes que normatizaram a vida em termos de saúde e doença, atuando através de suas relações cotidianas tanto como interlocutora de paradigmas sociais quanto agente de transformação. Parafraseando Martins *et al* (2004, p. 974):

Da mesma forma que estes profissionais sofrem a influência da cultura na qual estão inseridos, com seus conceitos e teorias, também contribuem para a formação dos valores sociais. Sendo assim, enquanto as diferenças forem consideradas patologias e desvios da norma, as intervenções científicas/sociais estarão contribuindo para a estigmatização e a segregação.

Este trabalho buscou incitar o questionamento das práticas de saúde da mulher. Após o exposto, conclui-se que uma melhor qualidade de saúde das mulheres incorre em não utilizar o gênero a partir de reducionismos biológicos, mas numa óptica ampliada através da qual podemos dar respostas a diversas vulnerabilidades que permeiam a vida feminina. Conclui-se também que são necessários outros estudos que busquem identificar os impactos das construções ocidentais de gênero no acesso

e nas perspectivas de saúde da mulher. Conferir autocrítica à ciência é um caminho para entendermos como ela pode produzir novas relações de saúde e de vida. Historicamente, em momentos de tensões ideológicas e humanas semelhante ao que nos encontramos, as contribuições da ciência são não apenas em direção a avanços tecnológicos como também fornecem um valioso capital humano que em última instância é capaz de gerar novas representações sociais.

REFERÊNCIAS

ALVES, Andrea Moraes. A trajetória do centro de pesquisas e atenção integrada à mulher e à criança (1975-1992). **Século XXI – Revista de Ciências Sociais**, [s.l.], v. 4, n. 2, p. 180–216, 2014.

ÁVILA, Lazslo Antônio; TERRA, João Ricardo. Histeria e somatização: o que mudou? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s.l.], v. 59, n. 4, p. 333–340, 2010.

BOGOUSSLAVSKY, Julien; MOULIN, Thierry. Birth of Modern Psychiatry and the Death of Alienism: The Legacy of Jean-Martin Charcot. **Frontiers of neurology and neuroscience**, v. 29, p. 1–8, 2011.

BRASIL (Org.). Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases da ação programática**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. Série B: Textos básicos de saúde, 6. 27 p.

BRASIL (Org.). Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Editora MS, 2004. Série C: Projetos, programas e relatórios. 80 p.

CAVALCANTE FILHO, João Batista; FRANCO, Túlio Batista. O processo de construção da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 63–86, 2016.

CHAREN, Thelma. Gynecology: an Etymological Note. **Bulletin of the Medical Library Association**, Bethesda, Maryland; v. 59, n. 4, p. 585–588, 1971.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; SILVA, Carla Tatiane Oliveira; OLIVEIRA, Jeane Freitas de; *et al.* Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 154–160, 2009.

COSTA, Ana Maria. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 14, p. 1073–1083, 2009.

COSTA, Ana Maria; GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. **Controle social uma questão de cidadania: Saúde é assunto para mulheres**. 3. ed. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Rede Feminista de Saúde, 2002. 47 p.

DANNER, Fernando; OLIVEIRA, Nythamar de. A genealogia do poder em Michel Foucault. **IV Mostra em Pesquisa da Pós-Graduação–PUCRS**, [s.l.], p. 786–794, 2009.

DECKER, Hannah S. **The Making of DSM-III: A Diagnostic Manual's Conquest of American Psychiatry**. New York: Oxford University Press USA, 2013. 466 p.

DIRETORIA, a. Tocoginecologista: O Médico da Mulher. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 24, n. 9, p.571, out. 2002. Editorial

Estados Unidos. Public Law 94-484, Oct. 12, 1976. An Act to Amend the Public Health Service Act to Revise And Extend the Programs of Assistance Under Title VII for Training In the Health And Allied Health Professions, to Revise the National Health Service Corps Program And the National Health Service Corps Scholarship Training Program, And for Other Purposes. Washington: for sale by the Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off., 1976.

FAÉ, Rogério. A genealogia em Foucault. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 409–416, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização de Roberto Machado. 3. ed. Rio de Janeiro, RJ: Edições Graal, 1982. Disponível em: <https://www.nodo50.org/insurgentes/biblioteca/A_Microfisica_do_Poder_-_Michel_Foucault.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2018.

FREITAS, Patrícia de. “A mulher é seu útero”. A criação da moderna medicina feminina no Brasil. **Antíteses**, [s.l.], v. 1, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=193317377008>>. Acesso em: 4 ago. 2018.

GILBERT, Ana Cristina Bohrer; CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida; WUILLAUME, Susana Maciel. Mulher, Medicina e tecnologia nos discursos de residentes em Obstetrícia/Ginecologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 941–950, 2006.

GRONEMAN, Carol. Nymphomania: The Historical Construction of Female Sexuality. **Signs: Journal of Women in Culture and Society**, [s.l.], v. 19, n. 2, p. 337–367, 1994. The University of Chicago.

HELLMAN, Louis M. The federal government in primary care. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, Washington, D.C.; v. 128, n. 8, p. 825–830, 1977.

JUNQUEIRA, Flávia Raquel R.; Franceschini, Sílvia A. Vacinação na infância e adolescência. In: REIS, Rosana Maria dos; JUNQUEIRA, Flávia Raquel R.; ROSA-E-SILVA, Ana Carolina Japur de Sá. **Ginecologia da Infância e Adolescência**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2012. 428 p.

LONGO, Lawrence D. The rise and fall of Battey's operation: a fashion in surgery. **Bulletin of the History of Medicine**, [s.l.], v. 53, n. 2, p. 244–267, 1979.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: SciELO - Editora FIOCRUZ, 2004. 280 p.

MARTINS, Antília Januária; CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida; JR, Llerena; *et al.* Em contato com as doenças genéticas: a norma e a razão como tradições culturais presentes no discurso de profissionais médicos do Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 968–975, 2004.

MENGERT, William F. Message from the President: The Academy: Its Present and Its Future. **Obstetrics & Gynecology**, [s.l.], v. 6, n. 4, p. 455, 1955. Presidential Address

MOSCUCCI, Ornella. **The Science of Woman: Gynaecology and Gender in England, 1800-1929**. Trowbridge: Cambridge University Press, 1993. 292 p. Cambridge History of Medicine.

NORTH, Carol S. The Classification of Hysteria and Related Disorders: Historical and Phenomenological Considerations. **Behavioral Sciences**, v. 5, n. 4, p. 496–517, 2015.

O., W. American Medical Association. **Canada medical and surgical journal**, Montreal, v. 8, n. 3, p. 502–505, 1880. Carta. In: ROSS, George; MOLSON, W. A. (Ed.). **Canada medical and surgical journal**. A monthly record of medical and surgical science. Vol 8. Montreal: Gazette Print. Co., 1880. Correspondência sobre trabalhos sobre castração cirúrgica apresentados em congresso por ginecologistas.

OMS Y GARRIGOLAS, Luis; FERRERAS, José Oriol. **Tratado elemental completo de las enfermedades de mujeres**. Barcelona: imprenta de Ramón M. Indar, 1840. Vol. 1.

Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma-Ata. Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 1978; Alma-Ata (URSS). Disponível em: <cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 04 Ago 2018.

PASSOS, Eduardo Pandolfi; RAMOS, José Geraldo Lopes; MARTINS-COSTA, Sérgio H.; *et al.* **Rotinas em Ginecologia**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2017. 1036 p.

PECKHAM, Ben M. Resident training goals in obstetrics and gynecology for the 1980's: Presidential address. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, Madison, Wisconsin; v. 132, n. 7, p. 709–716, 1978.

POOVEY, Mary. “Scenes of an Indelicate Character”: The Medical “Treatment” of Victorian Women. **Representations**, [s.l.], v. 14, p. 137–168, 1986. University of California Press

REVIEWS and Notices of Books. **Canada Medical and Surgical Journal**, Montreal, v. 7, n. 1, p. 20–29, 1878. In: Fenwick, George E (Ed.). **Canada Medical and Surgical Journal**. A monthly record of medical and surgical science. Montreal: Gazette Print. Co., 1879. Vol. 1. Sessão de discussão sobre publicações originais.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. 2ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2009. Coleção Antropologia e saúde. 223 p.

SANTOS, Maria Rejane dos. **Consulta ginecológica: o que os serviços oferecem e o que as usuárias procuram?** 2014. 148 p. Dissertação de Mestrado—Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014;

SHORTER, Edward. **From Paralysis to Fatigue: A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era.** New York: The Free Press, 1993.

SMITH-ROSENBERG, Carroll; ROSENBERG, Charles. The Female Animal: Medical and Biological Views of Woman and Her Role in Nineteenth-Century America. **The Journal of American History**, [s.l.], v. 60, n. 2, p. 332–356, 1973. Oxford University Press

SOUCASAU, Nelson. **Novas perspectivas em ginecologia.** Rio de Janeiro: Imago, 1990. 148 p.

SUMMEY, Pamela S.; HURST, Marsha. Ob/Gyn on the Rise: The evolution of professional ideology in the twentieth century – part I. **Women & Health**, v. 11, n. 1, p. 133–145, 1986.

SUMMEY, Pamela S.; HURST, Marsha. Ob/Gyn on the Rise: The evolution of professional ideology in the twentieth century – part II. **Women & Health**, v. 11, n. 2, p. 103–122, 1986.

VALLRIBERA I PUIG, Pere. El doctor Lluís Oms i Garrigolas: una personalitat de la medicina de Blanes del segle XIX. **Gimbernat: revista catalana d'història de la medicina i de la ciència**, [s.l.], v. 25, p. 11–28, 1996.

VINCI, Christian Fernando Ribeiro Guimarães. MICHEL FOUCAULT: A GENEALOGIA, A HISTÓRIA, A PROBLEMATIZAÇÃO. **PROMETEUS FILOSOFIA**, v. 7, n. 15, p. 104–123, 2014.

WALL, L. Lewis The medical ethics of Dr J Marion Sims: a fresh look at the historical record. **Journal of Medical Ethics**, v. 32, n. 6, p. 346–350, 2006.

WARD, George Gray. Physiology the basis of future gynecology. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, New York City, v. 3, n. 6, p. 573–582, 1922.

WILLSON, J. Robert; BURKONS, David M. Obstetrician-gynecologists are primary physicians to women: II. Education for a new role. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, Ann Arbor, Michigan; v. 126, n. 7, p. 744–754, 1976.

World Health Organization. **Basic documents.** 54th edition. Geneva: WHO Press, 2014. Disponível em: <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1>>. Acesso em: 4 ago. 2018.

YOUNGBLOOD, James P. Obstetrics and Gynecology: A Unique Surgical Specialty. **Obstetrics & Gynecology**, [s.l.], v. 93, n. 1, p. 1, 1999.

5 NORMAS DE PUBLICAÇÃO: REVISTA INTERFACE

5.1 Escopo e Política Editorial

Interface – Comunicação, Saúde, Educação é uma publicação interdisciplinar, exclusivamente eletrônica, em acesso aberto, trimestral, editada pela Universidade Estadual Paulista – Unesp, (Laboratório de Educação e Comunicação em Saúde, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu. Tem como missão publicar artigos e outros materiais relevantes sobre a Educação e Comunicação nas práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia, as Artes e as Ciências Sociais e Humanas, que contribuem para o avanço do conhecimento nessas áreas.

Interface integra a coleção de periódicos indexados na base SciELO e adota o sistema *ScholarOne Manuscripts* para submissão e avaliação de manuscritos (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>). Prioriza abordagens críticas e inovadoras e a pesquisa qualitativa e não cobra taxas para submissão e acesso aos artigos. Publica apenas textos inéditos e originais, sob a forma de artigos de demanda livre, analíticos e/ou ensaísticos, revisão de temas atuais, resenhas críticas, relatos de experiência, debates, entrevistas; e veicula cartas e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Também publica temas relevantes e/ou emergentes, desenvolvidos por autores convidados, especialistas no assunto. Não são aceitas traduções de textos publicados em outro idioma.

Os manuscritos submetidos passam por um processo de avaliação de mérito científico **por pares**, utilizando critérios de originalidade e relevância temática, rigor científico e consistência teórica e metodológica. Os avaliadores são selecionados entre membros do Conselho Editorial ou pareceristas *ad hoc*, pesquisadores da área do escopo do trabalho submetido, de diferentes regiões e instituições de ensino e/ou pesquisa. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

Interface segue os princípios da ética na publicação científica contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics (COPE) –

<http://publicationethics.org> e utiliza o sistema *Turnitin* para identificação de plágio, licenciado pela Unesp.

Todo o conteúdo de Interface, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo CC-BY. Mais detalhes, consultar: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

A submissão de manuscritos é feita apenas *online*, pelo sistema *ScholarOne Manuscripts*. (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>). Recomenda-se a leitura atenta das Instruções antes dos autores submeterem seus manuscritos à Interface, uma vez que a submissão está condicionada ao atendimento às normas adotadas pelo periódico. O não atendimento dessas normas poderá acarretar a rejeição da submissão na análise inicial.

5.2 Seções da Revista

Editorial – texto temático de responsabilidade dos editores ou de pesquisadores convidados (até duas mil palavras).

Dossiê – conjunto de textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Artigos – textos analíticos resultantes de pesquisas originais teóricas ou empíricas referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Revisão – textos de revisão da literatura sobre temas consagrados pertinentes ao escopo da revista (até seis mil palavras).

Debates – conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil e quinhentas palavras; réplica: até mil e quinhentas palavras).

Espaço aberto – textos embasados teoricamente que descrevam e analisem criticamente experiências relevantes para o escopo da revista (até cinco mil palavras).

Entrevistas – depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).

Resenhas – textos de análise crítica de publicações lançadas no Brasil ou exterior nos últimos dois anos, expondo novos conhecimentos além do simples resumo da publicação, sob a forma de livros, filmes ou outras produções recentes e relevantes para os temas do escopo da revista (até três mil palavras).

Criação – textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.

Notas breves – notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores e obituários com análise da obra e contribuição científica do homenageado (até duas mil palavras).

Cartas ao editor – comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Nota:

Na contagem de palavras do texto incluem-se referências, quadros e tabelas e excluem-se título, resumo e palavras-chave.

5.3 Forma e Preparação de Manuscritos

Formato e Estrutura

1 Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista.

Todos os originais submetidos à publicação, **sem exceção**, devem ter autoria com a afiliação completa (Instituição, cidade, estado e país), título próprio diferente do título da seção, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol), citações e referências bibliográficas. Devem conter, também, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas, com exceção das seções Editorial, Resenhas, Notas breves e Cartas ao editor.

Notas

. O texto inicial da seção Debates deve dispor de título, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol). Os demais textos do Debate devem apresentar apenas título nos três idiomas.

- . As entrevistas devem dispor de título e palavras-chave nos três idiomas.
- . As resenhas devem apresentar, na primeira página do texto, o título da obra resenhada no seu idioma original, seguido de um subtítulo alusivo ao tema da obra resenhada, elaborada pelo autor da resenha.

2 As seguintes precauções devem ser tomadas pelos autores ao submeter seu manuscrito:

- Excluir do texto todas as informações que identificam a autoria do trabalho, em referências, notas de rodapé e citações, substituindo-as pela expressão **NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]**. Os dados dos autores são informados **apenas** em campo específico do formulário de submissão.
- Em documentos do *Microsoft Office*, remover a identificação do autor das Propriedades do Documento (no menu Arquivo > Propriedades), iniciando em Arquivo, no menu principal, e clicando na sequência: Arquivo > Salvar como... > Ferramentas (ou Opções no Mac) > Opções de segurança... > Remover informações pessoais do arquivo ao salvar > OK > Salvar.
- Em PDFs, também remover o nome dos autores das Propriedades do Documento, em Arquivo, no menu principal do *Adobe Acrobat*.
- Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de autoria também são incluídas em campo específico do formulário de submissão.

Nota

- . Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, **todas as informações que foram omitidas devem ser incluídas novamente pelos próprios autores do texto.**

3 O número máximo de autores do manuscrito está limitado a **cinco**. A partir desse número é preciso apresentar uma justificativa, que será analisada pelo Editor. A **autoria** implica assumir publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido à publicação e deve estar baseada na contribuição efetiva dos autores no que se refere a: **a)** concepção e delineamento do trabalho **ou** participação da discussão dos resultados; **b)** redação do manuscrito **ou** revisão crítica do seu conteúdo; **c)** aprovação da versão final do manuscrito. **Todas essas condições devem ser atendidas.**

Nota

. O número máximo de manuscritos de um mesmo autor, nos Suplementos, está limitado a **três**.

4 A página inicial do manuscrito (**Documento principal**) deve conter as seguintes informações (em português, espanhol e inglês): título, resumo e palavras-chave. Na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave. **Observe as exceções indicadas no item 1, em relação a essas informações.**

4.1 Título: deve ser conciso e informativo (até vinte palavras).

Notas

. Se no título houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas vinte palavras.

. Se no título houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 20 palavras.

4.2 Resumo: deve destacar os aspectos fundamentais do trabalho, podendo incluir o objetivo principal, o enfoque teórico, os procedimentos metodológicos e resultados mais relevantes e as conclusões principais (até 140 palavras). Deve-se evitar a estrutura do resumo em tópicos (Objetivos, Metodologia, Resultados, Conclusões).

Notas

. Se no resumo houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas 140 palavras.

. Se no resumo houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 140 palavras.

4.3 Palavras-chave: devem refletir a temática abordada (de três a cinco palavras).

5 Notas de rodapé são identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses.

Devem ser sequenciais às letras utilizadas na autoria do manuscrito. **E devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.**

6 Manuscritos referentes a pesquisa com seres humanos devem incluir informação sobre aprovação por Comitê de Ética da área, conforme a Resolução nº 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde, ou a Resolução nº 510/2016, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais. Deve-se

informar **apenas** o número do processo, apresentando-o no corpo do texto, no final da seção sobre a metodologia do trabalho. **Esse número deve ser mantido na versão final do manuscrito, se for aprovado para publicação.**

7 Manuscritos com ilustrações devem incluir seus respectivos créditos ou legendas e, **em caso de imagens de pessoas, deve-se incluir também a autorização para o uso dessas imagens pela revista.**

8 Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho 16 x 20 cm, com legenda e fonte Arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em *Word* ou *Excel*. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (*Photoshop* ou *Corel Draw*). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados do texto original (Documento principal), **com seus respectivos créditos ou legendas e numeração**. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

Nota

. No caso de textos submetidos para a seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 300 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

9 Interface adota as normas Vancouver como estilo para as citações e referências de seus manuscritos. Detalhes sobre essas normas e outras observações referentes ao formato dos manuscritos encontram-se no final destas Instruções.

5.4 Submissão de Manuscritos

1 O processo de submissão é feito apenas *on-line*, no sistema *ScholarOne Manuscripts*. Para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Para isso é preciso acessar o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e seguir as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, basta clicar em "**Autor**" e iniciar o processo de submissão.

Nota

. No cadastro de todos os autores, é necessário que as palavras-chave referentes às

suas áreas de atuação estejam preenchidas. Para editar o cadastro é necessário que cada autor realize *login* no sistema com seu nome de usuário e senha, entre no Menu, no item “**Editar Conta**”, localizado no canto superior direito da tela e insira as áreas de atuação no passo 3. As áreas de atuação estão descritas no sistema como **Áreas de expertise**.

2 Interface – Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos e originais, submetidos somente a este periódico, serão encaminhados para avaliação. Os autores devem declarar essas condições em campo específico do formulário de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea a outro periódico, o manuscrito será desconsiderado. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento está disponível para *upload* no sistema.

3 Os dados dos autores, informados em campo específico do formulário de submissão, incluem:

- Autor principal: **vínculo institucional** (apenas um, completo e por extenso), na seguinte ordem: Departamento, Unidade, Universidade. Endereço institucional completo para correspondência (logradouro, número, bairro, cidade, estado, país e CEP). Telefones (fixo e celular) e apenas **um e-mail** (preferencialmente institucional).
- Coautores: **vínculo institucional** (apenas um, completo e por extenso), na seguinte ordem: Departamento, Unidade, Universidade, cidade, estado, país. E-mail institucional.

Notas

. Os dados do autor principal e do autor que faz a submissão devem incluir, obrigatoriamente, o **ID do ORCID** (os links para criação ou associação do ID do ORCID existente encontram-se disponíveis no sistema *ScholarOne*, na Etapa 3 da submissão). No ORCID devem constar pelo menos a instituição a que o autor pertence e a sua função.

. Não havendo vínculo institucional, informar a formação profissional.

. Em caso de o autor ser aluno de graduação ou de pós-graduação, deve-se informar: **Graduando do curso de ...Pós-graduando do curso...**, indicando, entre parênteses, se é Mestrado, Doutorado ou Pós-Doutorado.

- . Titulação, cargo e função dos autores **não devem ser informados**.
- . Sempre que o autor usar nome composto em referências e citações, esse dado também deve ser informado.

Exemplo: autor Fabio Porto Foresti; em referências e citações indica-se **Porto-Foresti, Fabio**.

4 Em caso de texto que inclua ilustrações, essas são inseridas com seus respectivos créditos ou legendas como documentos suplementares ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

Nota

- . Em caso de imagens de pessoas, os autores devem providenciar uma autorização para uso dessas imagens pela revista, que também será inserida como documento suplementar ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

5 O título (até vinte palavras), o resumo (até 140 palavras) e as palavras-chave (de três a cinco), **na língua original do manuscrito** e as ilustrações são inseridos em campo específico do formulário de submissão.

6 Ao fazer a submissão, em **Página de Rosto**, o autor deverá redigir uma carta explicitando se o texto é inédito e original, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se há conflitos de interesse (qualquer compromisso por parte dos autores com as fontes de financiamento ou qualquer tipo de vínculo ou rivalidade que possa ser entendido como conflito de interesses deve ser explicitado) e, em caso de pesquisa com seres humanos, se foi aprovada por Comitê de Ética da área, indicando o número do processo e a instituição. Caso o manuscrito **não envolva** pesquisa com seres humanos, também é preciso declarar isso em **Página de Rosto**, justificando a não aprovação por Comitê de Ética.

Da mesma forma, se entre os autores há alunos de graduação, é preciso declarar isso neste campo do formulário.

Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas não preenchem os critérios de autoria, também são incluídas neste campo do formulário.

Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas, em **Página de Rosto**, as responsabilidades individuais de cada um na preparação do manuscrito, incluindo os seguintes critérios de autoria: **a)** concepção e delineamento do trabalho **ou** participação da discussão dos resultados; **b)** redação do manuscrito **ou** revisão crítica do conteúdo; **c)** aprovação da versão final do manuscrito. **Todas essas condições devem ser atendidas.**

7 No caso de submissão de **Resenha**, em **Página de Rosto** o autor deve incluir todas as informações sobre a obra resenhada, no padrão das referências usadas em Interface (Vancouver), a saber:

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n): página inicial e final. Deve incluir, ainda, a imagem da capa da obra resenhada, como documento suplementar ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

8 No item **Contribuição à Literatura** o autor deverá responder à seguinte pergunta: O que seu texto acrescenta em relação ao já publicado na literatura nacional e internacional?

Nota

. Nesta breve descrição é necessário inserir a especificidade dos resultados de pesquisa, da revisão ou da experiência no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, ressaltando o caráter inédito do trabalho; manuscritos que focalizem questões de interesse apenas local e apresentem abordagens essencialmente descritivas do problema não são prioridade da revista e devem ser evitados.

9 O autor pode indicar um avaliador (do país ou exterior) que possa atuar no julgamento de seu trabalho, **desde que não pertença à mesma instituição do (s) autor (es) do manuscrito**. Se houver necessidade, também deve informar sobre pesquisadores com os quais possa haver conflitos de interesse com seu artigo.

5.5 Avaliação de Manuscritos e Publicação dos Originais aprovados

Interface adota a política editorial estrita de **avaliação de mérito científico por pares**, realizada em duas etapas: **pré-avaliação e revisão por pares**.

Pré-avaliação: todo manuscrito submetido à Interface passa por uma triagem inicial para verificar se está dentro da área de abrangência da revista, se atende às normas editoriais e para identificar pendências na submissão e documentação, incluindo identificação de plágio e auto-plágio, só confirmando a submissão se cumprir todas as normas da revista e quando todos os documentos solicitados estiverem inseridos no sistema. A análise da triagem inicial é concluída pelos editores e editores associados e só seguem para a revisão por pares os textos que:

- Atendam aos requisitos mínimos de um artigo científico e ao escopo da revista;
- Apresentem relevância e originalidade temática e de resultados e adequação da abordagem teórico-metodológica.

Revisão por pares: o texto cuja submissão for confirmada segue para revisão *por pares* (duplo-cego), no mínimo por dois avaliadores, que seguem critérios de originalidade e relevância temática, rigor científico e consistência teórica e metodológica. Os avaliadores são selecionados entre membros do Conselho Editorial ou pareceristas *ad hoc*, pesquisadores da área do escopo do trabalho de diferentes regiões e instituições de ensino e/ou pesquisa.

O material será devolvido ao autor caso os revisores sugiram **pequenas mudanças e/ou correções**. Neste caso, caberá uma nova rodada de avaliação do manuscrito revisto.

Notas

- . Em caso de divergência de pareceres, o texto é encaminhado a um novo relator, para arbitragem.
- . A decisão final sobre o mérito científico do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

Edição de artigo aprovado: uma vez aprovado, os autores recebem uma correspondência com orientações específicas sobre o envio da versão final do texto, para dar início ao processo de edição para publicação e marcação dos originais. Essas orientações incluem:

– Atualização dos dados completos do (s) autor (es), confirmando o vínculo institucional ou a formação profissional, como já indicado **no item 3 de SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS**;

– Revisão final do texto, incluindo título, palavras-chave, citações e referências, e dos resumos (português, inglês e espanhol), por profissionais especializados indicando, com outra cor de fonte, as correções efetuadas nesta última versão;

– Em caso de artigo com dois ou mais autores, inserção, nesta versão final do texto, **antes das Referências**, do item **Contribuições dos autores**, especificando as responsabilidades individuais de cada um na produção do manuscrito, como está explicitamente indicado **no item 6 de SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS**;

– Em caso de agradecimentos a pessoas ou instituições, inseri-los também na versão final do texto, antes das **Referências**, no item **Agradecimentos**.

O processo de edição do artigo aprovado inclui a normalização, diagramação e revisão do material pela equipe técnica de Interface e a aprovação final da versão em PDF pelos autores.

Todos os artigos aprovados são publicados em fluxo contínuo, na versão pré-publicação (*ahead of print*) na coleção SciELO, já com número **DOI**, permitindo que estejam disponíveis nesta base para consulta e, assim, possam ser citados, antes mesmo de sua publicação no fascículo correspondente.

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista do Corpo Editorial da revista.

Nota

. Caso tenham interesse de publicar seu artigo na língua inglesa, os autores devem manifestar o interesse e contatar imediatamente a Secretaria da revista para informações sobre prazos, custos, contato com profissionais credenciados etc. Essas despesas serão assumidas totalmente pelos autores. As duas versões (português e inglês) serão publicadas na SciELO Brasil e SciELO Saúde Pública.

5.6 Processamento de Manuscritos em Acesso Aberto

Interface – Comunicação, Saúde, Educação é um periódico de acesso aberto, *on-line* e digital. O movimento internacional de acesso aberto busca garantir o acesso universal a um bem que deve ser de toda a humanidade: o conhecimento. Os custos

de produção dos periódicos neste modelo de acesso aberto, ao não serem financiados pelos leitores, requerem um financiamento público.

Durante 19 anos Interface foi mantida quase exclusivamente com recursos públicos. Como atualmente a captação deste recurso cobre parcialmente seus custos, a revista passou a adotar taxa de publicação de manuscritos aprovados, para assegurar sua periodicidade, regularidade, qualidade e o acesso aberto aos artigos publicados.

Taxa de publicação

Os procedimentos para o pagamento desta taxa serão informados pela secretaria da revista após a aprovação do artigo, quando tem início o processo de preparação dos originais para publicação. Esta taxa será cobrada apenas para artigos aprovados para as seções **Dossiê, Artigos, Revisão e Espaço Aberto**.

1 Para manuscritos com até 5000 palavras: **R\$ 700,00**

2 Para manuscritos com mais de 5000 palavras: **R\$ 800,00**

A taxa deverá ser paga mediante um depósito em conta bancária cujos dados encontram-se a seguir:

Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar

CNPJ: 46.230.439/0001-01

Banco

Santander

Agência

0039

Conta Corrente: 13-006625-3

No valor **não está incluído** o custo com a tradução do artigo para o inglês, caso haja interesse. Este custo é responsabilidade dos autores do artigo em publicação.

O valor da taxa pode variar em função de maior ou menor captação de recursos públicos.

5.7 Normas Vancouver

CITAÇÕES NO TEXTO

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos. Não devem ser inseridas no modo automático, nem como referência cruzada.

Exemplo:

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – Estilo Vancouver. ² (p. 42)

Nota**Fragmento de citação no texto**

. utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

REFERÊNCIAS (Transcrito e adaptado de Pizzani L, Silva RC, fev 2014; Jeorgina GR, 2008)

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE): <http://www.icmje.org>.

Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no *Index Medicus*: <http://www.nlm.nih.gov>.

As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo. A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências:

Dar um espaço após ponto.

Dar um espaço após ponto e vírgula.

Dar um espaço após dois pontos.

Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição.

EXEMPLOS**LIVRO**

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Exemplo:

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Sem indicação do número de páginas.

Notas

. **Autor é uma entidade:** SÃO PAULO (Estado). Secretaria do Meio Ambiente. Manjuba (*ancharella lepidentostole*) no rio Ribeira de Iguape. São Paulo: Ibama; 1990.

. **Séries e coleções:** Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

CAPÍTULO DE LIVRO

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo

Exemplos:

– Autor do livro igual ao autor do capítulo: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.

– Autor do livro diferente do autor do capítulo: Cyrino EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu– Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

ARTIGO EM PERIÓDICO

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número/suplemento):página inicial-final do artigo.

Exemplos:

Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

Ortega F, Zorzanelli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

DISSERTAÇÃO E TESE

Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.

Exemplos:

Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.

Exemplo:

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [citado 30 Out 2013]. Disponível em: www.google.com.br

* Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de citação (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: <http://www.....>

DOCUMENTO**LEGAL**

Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).

Exemplos:

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.

* Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT – 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

RESENHA

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n):página inicial e final.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

ARTIGO**EM****JORNAL**

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

Exemplo:

Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

CARTA**AO****EDITOR**

Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano; v(n.):página inicial-final.

Exemplo:

Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1143-4.

ENTREVISTA**PUBLICADA**

– Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado.

Exemplo:

Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

– Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.

Exemplo:

Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

DOCUMENTO**ELETRÔNICO**

Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de citação com a expressão “citado”]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”

– **Com paginação:** Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet], 1998 [citado 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>.

– **Sem paginação:** Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];

102(6):[about 1 p.]. Available from:
<http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>Article

* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Nota

. Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o DOI junto; em outros casos, nem sempre).

Outros exemplos podem ser encontrados em http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

5.8 Outras Observações

TÍTULOS E SUBTÍTULOS

- 1 Título do manuscrito – em negrito, com a primeira letra em caixa alta
- 2 Títulos de seção (Introdução, Metodologia, Resultados, Considerações finais...) – em negrito, apenas com a primeira letra em caixa alta
- 3 Quando houver subdivisão na seção assinalar da seguinte forma **[subtítulo]**,
- 4 Caso esta subdivisão ainda tenha outra subdivisão: assinalar **[sub-subtítulo]** e assim sucessivamente.

Nota

. Excluir números e marcadores automáticos antes dos títulos e subtítulos.

Exemplo:

1 Introdução, 2 Metodologia... **Fica apenas** Introdução, Metodologia...

PALAVRAS-CHAVE

Apenas a primeira letra em caixa alta, o resto em caixa baixa. Ponto final entre as palavras-chave.

NOTAS

DE

RODAPÉ

- 1 Nota de rodapé vinculada ao título do texto deve ser identificada com asterisco (*), ao final do título.
- 2 Informações dos autores devem ser indicadas como nota de rodapé, iniciando por ^(a), indicadas entre parênteses.

Nota

. Essas notas devem ser curtas, devido ao espaço restrito da página de rosto do artigo.

3 No corpo do texto as notas de rodapé devem seguir a sequência iniciada na página de rosto (se o texto tiver dois autores, por exemplo, a primeira nota de rodapé do texto deve ser ^(c)).

Nota

. Notas de rodapé devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

DESTAQUE DE PALAVRAS OU TRECHOS NO TEXTO

Devem estar entre aspas (aspas duplas).

Interface **não** utiliza negrito ou itálico para destaque.

Itálico é usado apenas para grafia de palavras estrangeiras.

Os destaques entre aspas devem ser sucintos, usados somente quando necessário.

USO DE CAIXA ALTA OU CAIXA BAIXA (baseado em: FRITSCHER, Carlos Cezar et al. Manual de urgências médicas. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002, p. 468.)

Emprega-se caixa alta:

1 No início de período ou citação.

2 Nos nomes dos corpos celestes: Saturno, Sol, Marte, Via Láctea.

3 Nos nomes dos pontos cardeais e dos colaterais quando indicam as grandes regiões do Brasil do mundo: Sul, Nordeste.

Nota

. Quando designam direções ou quando se empregam como adjetivo, escrevem-se com **caixa baixa**: o nordeste do Rio Grande do Norte.

4 Na palavra **estado**, quando personificada ou individualizada: o Estado (Brasil).

5 Nos pronomes de tratamento e nas suas abreviaturas: Vossa Excelência, Senhor, Dona.

6 Em siglas:

– Se pronunciável pelas letras (UFGRS, UFF, OMS): tudo em caixa alta;

– Se pronunciável como palavra (Unesp, Unicef...): só a primeira letra em caixa alta.

Exceções: ONU, UEL, USP.

Nota

.Ao usar sigla, primeiro escreve-se por extenso e depois a sigla, entre parênteses.

7 Na primeira letra de palavras que indicam datas oficiais e nomes de fatos ou épocas históricas, de festas religiosas, de atos solenes e de grandes empreendimentos públicos ou institucionais: Sete de Setembro, Idade Média, Festa do Divino, Dia de Natal.

8 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de disciplinas de um currículo, de uma área de estudo ou exame: História da Educação, Psicologia, Avaliação, Exame da Ordem.

9 Na primeira letra de palavras que indicam áreas do conhecimento, instituições e religiões: Saúde Coletiva, Epidemiologia, Medicina, Enfermagem, Educação, História, Ciências Sociais, Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Cristianismo.

10 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de leis, decretos, atos ou diplomas oficiais: Lei dos Direitos Autorais nº 9.609.

11 Na primeira letra de todos os elementos de um nome próprio composto, unidos por hífen: Pró-Reitoria de Graduação, Pós-Graduação em Finanças.

12 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de eventos (cursos, palestras, conferências, simpósios, feiras, festas, exposições, etc.): Simpósio Internacional de Epilepsia; Jornada Paulista de Radiologia, Congresso Brasileiro de Solos.

13 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de diversos setores de uma administração ou instituição: Reitoria, Pró-Reitoria de Extensão Universitária, Assessoria Jurídica, Conselho Departamental, Departamento de Jornalismo, Centro de Pastoral Universitária.

14 Na primeira letra de palavras que indicam acidentes geográficos e sua denominação: Rio das Antas, Serra do Mar, Golfo Pérsico, Cabo da Boa Esperança, Oceano Atlântico.

15 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de logradouros públicos: Avenida Faria Lima, Rua Madalena, Parque Trianon, Praça Michelângelo.

Emprega-se **caixa** **baixa:**

1 Na designação de profissões e ocupantes de cargo: presidente, ministro, senador, secretário, papa, diretor, coordenador, advogado, professor, reitor.

2 Em casos como os seguintes: era espacial, era nuclear, era pré-industrial, etc.

USO **DE** **NUMERAIS**

Escrever por extenso:

– De zero a dez;

– Dezenas e centenas “cheias”: dez pacientes; vinte carros; trezentas pessoas; oitenta alunos, seiscentos internos...

– Quantidade aproximada: Eram cerca de quatrocentos alunos.

– unidades de ordem elevada: A grande São Paulo possui cerca de vinte milhões de habitantes.

Escrever em algarismos numéricos:

- A partir do número 11;
- Quando seguidos de unidades padronizadas: 10cm; 6l; 600m

6 ARTIGO ORIGINAL

Enfoque de gênero nas políticas de saúde da mulher: uma análise genealógica

Enfoque de género en las políticas de salud de la mujer: una análisis genealógico

Gendered perspective on women's health policies: a genealogical analysis

Resumo:

Este estudo consiste em uma investigação teórica de cunho qualitativo sobre a evolução das concepções de gênero presentes nas políticas de saúde da mulher no Ocidente. Para isso, o autor se apoia na bibliografia e na análise de documentos utilizando a genealogia de Foucault como proposta metodológica. Identifica os discursos expressos na Medicina que propiciaram o surgimento de práticas de cuidado próprias para mulheres no século XIX, sob a forma de uma especialidade própria. Explora a Ginecologia enquanto um campo de trabalho no qual profissionais médicos debatiam o papel social da mulher. Analisa como as transformações sociais do Brasil no século XX contribuíram para formulação de políticas de saúde que consideram o gênero para além de determinismos biológicos, enquanto determinante social do binômio saúde-doença. Ressalta a importância da ciência como veículo de paradigmas sociais capaz de ressignificar o ser mulher.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Ginecologia. Gênero. Integralidade

Resumen:

Este estudio consiste en una investigación teórica cualitativa sobre la evolución de las concepciones de género presentes en las políticas de salud de la mujer en el Occidente. El autor se apoya en la bibliografía y en el análisis de documentos utilizando la genealogía de Foucault como metodología. Identifica los discursos en la Medicina que propiciaron el surgimiento de prácticas de cuidado propias para mujeres en el siglo XIX, bajo la forma de una especialidad. Explora la Ginecología como un campo de trabajo en el que médicos debatieron el papel social de la mujer. Se analiza cómo las transformaciones sociales de Brasil en el siglo XX contribuyeron a la formulación de políticas de salud que consideran el género como determinante social del binomio salud-enfermedad. Resalta la importancia de la ciencia como vehículo de paradigmas sociales capaz de ressignificar ser mujer.

Palabras clave: Salud de la mujer. Ginecología. Género. Integralidad

Abstract:

This study consists in a theoretical qualitative investigation on the evolution of gender conceptions present in women's health policies in the West. The author relies on bibliography and on documental analysis resorting to Foucault's genealogy as a methodological approach. He identifies the discourses expressed in Medicine that favoured the arousal of healthcare practices particular to women in the nineteenth century, in the shape of a dedicated specialty. He explores Gynecology as a labor field in which medical professionals discussed woman's social role. He analyses how social changes in Brazil in the Twentieth Century contributed to the formulation of health policies which regard gender beyond biological determinisms, as social determinants of the health-disease binomial. He highlights the value of science as a social paradigm vehicle capable of resignifying being woman.

Keywords: Women's health. Gynecology. Gender. Integrality

Introdução

No Sistema Único de Saúde, a integralidade é um princípio doutrinário como meio de garantir melhor assistência à saúde das populações. Segundo o Ministério da Saúde, para implementar saúde integral da mulher é necessário utilizar uma perspectiva de gênero que nos auxilia a entender como é determinado o processo saúde-doença das mulheres no Brasil¹.

A Medicina é uma construção humana que pertence a uma sociedade circunscrita em local e tempo histórico. Assim como tal, ela não está isolada das representações culturais que permeiam as relações humanas (como as políticas), podendo contribuir para reafirmar ou ressignificar valores, estigmas e crenças². Nesse sentido, buscou-se estudar as relações históricas de poder que se estabeleceram entre a Medicina e as mulheres para entender como se construíram práticas em saúde.

Ao percorrer tal trajeto, é possível lançar luz sobre a formação de uma Medicina da mulher. Compreender o contexto de formação da Ginecologia no século XIX implicou em revelar como a Medicina contribuiu para cristalizar, na cultura ocidental, a ideia de que a mulher define-se em corpo e mente pela sua capacidade de reprodução³⁻⁴. Apreendendo este conceito de que noções de gênero produzem normatizações sobre a vida e saúde das mulheres, buscou-se delinear de que forma estas foram incorporadas na Medicina ao longo do tempo; tanto na consolidação da Ginecologia e Obstetrícia⁵ como nas políticas nacionais de saúde da mulher⁶.

Neste trabalho, partimos de uma perspectiva crítica e autorreflexiva da Medicina enquanto fonte de representações sobre natureza e cultura. Ao se aprofundar sobre as questões de gênero, esse estudo busca também conferir-lhe historicidade: Problematizar a apreensão e reprodução de valores e perspectivas na práxis. Dessa forma, trata-se de compreender tais problemáticas de equidade e saúde que se apresentam atualmente, e sinalizar a importância que elas representam para melhorar assistência em saúde.

Metodologia

Foi essencial a escolha de uma metodologia que permitisse ultrapassar certas tendências da Historiografia tradicional: Sistematizar os fatos sob uma objetividade absoluta, interligar toda a diversidade do tempo e apagar o olhar do próprio sujeito que investiga. Segundo Foucault⁷ (p. 7): “É isto que eu chamaria de genealogia, isto é, uma forma de história que dê conta da constituição dos saberes, dos discursos, dos domínios do objeto, etc. [...]”.

Este trabalho consiste em uma investigação de cunho qualitativo, sob a forma de uma análise genealógica, das construções de gênero integradas à saúde da mulher. A Genealogia se opõe à busca da origem perfeita das coisas pois entende que tal conceito é uma representação ideal, a qual não é capaz de nos revelar a [des]ordem natural dos conhecimentos: “Foucault nos chama atenção para o fato que este tipo [tradicional] de análise evolutiva acaba por naturalizar certos objetos, obscurecendo a maneira como estes apareceram na história humana – através de ‘lutas, rapinas, disfarces, artimanhas’.”⁸ (p. 116).

Se aprofundarmos a fonte de pesquisa da Genealogia, veremos que ela se ocupa de fatos que são deixados à sombra por outras metodologias, mas que são ubíquos na história da humanidade. É uma análise das relações de força que se faz através de elementos discursivos e não-discursivos. Segundo Faé⁹ (p. 413):

A atividade genealógica requer, indispensavelmente, a busca da singularidade dos acontecimentos, sobretudo daquilo que não participa da história, como os sentimentos, o amor, a consciência, os instintos [...]. Trata-se, nesta análise, de ativar os saberes locais, não legitimados ou valorizados pelo discurso verdadeiro, que, ao ocupar um lugar qualificado como científico, ordena, hierarquiza, classifica e depura os diversos saberes, em nome dos direitos desta ciência detida por alguns.

O método genealógico nos leva às origens dos discursos, à apreensão dos efeitos de poder neles circulam, porque é na história que se cristalizam hábitos e gestos. Não se trata, entretanto, de descartar o que somos para encontrar uma nova verdade. “Neste processo, o objetivo não é destruir o que existe, mas estudá-lo, analisá-lo desafiando verdades tidas como absolutas e as histórias lineares, a versão dos vencedores.”¹⁰ (p. 69).

A Genealogia destaca o corpo como epígrafe dos acontecimentos e das práticas que nele incidem, “Ela deve mostrar o corpo inteiramente marcado de história e a história arruinando o corpo.”⁷ (p. 15). Voltar no tempo não para afirmar

similaridades com o passado, mas para recobrar caminhos tortuosos que resultaram nos valores sobre a mulher que a Medicina imprime para nós.

Resultados e discussão

[a mulher como objeto de estudo da Medicina oitocentista]

Sabemos, do grego, que *gyné* (mulher) e *lógos* (estudo) compõem a ideia central da Ginecologia¹¹. Logo, o conceito básico que pode ser apreendido é “a ideia de que a Ginecologia é uma ‘ciência da mulher’ em sentido amplo”⁴ (p.49). As indagações geradas por esta problematização são muitas, mas partem de um ponto inicial: Como e por que as práticas médicas voltadas para os problemas de saúde femininos resultaram numa ciência própria, de forma sem paralelo para os homens? É singular que a preocupação da Medicina com o estudo da mulher fosse tal a ponto de a Ginecologia superar o foco na saúde reprodutiva, sendo este profissional consagrado extraoficialmente como “clínico geral da mulher”¹² (p. 13), ou “o Médico da Mulher”¹³.

Para responder a essas questões, podemos nos aprofundar no trajeto de desenvolvimento dessa especialidade e entender o contexto no qual atuaram os primeiros ginecologistas. Devemos compreender o papel da Medicina do século XIX, na sociedade vitoriana cujo pensamento buscava primeiramente entender o que é a mulher.

As reformas sociais dos séculos XVIII e XIX desencadearam uma importante destituição da fé enquanto princípio norteador do conhecimento humano. O arcabouço cultural iluminista se apoiava na noção de que a observação empírica da natureza e a análise dos seus fenômenos são os meios da ciência para avançar a condição humana. Tratava-se de um projeto de rompimento com antigos dogmas que engendravam as relações sociais, cabendo às ciências biológicas e à Medicina a responsabilidade de encontrar, na corporalidade examinável do homem, fundamentos naturais que justificassem a existência de uma sociedade organicamente justa¹⁴.

Essas reformas progressistas influenciavam não somente aspectos econômicos e culturais, como reestruturavam as bases das relações sociais e os papéis de gênero tradicionalmente estabelecidos. Rohden⁴ nos esclarece sobre este

debate polêmico, o qual os homens intelectualmente influentes da época denominavam “questão da mulher” (p. 38). Com a revolução industrial na Europa, a autora afirma que as mulheres passavam a compor a massa operária das fábricas e exercer atividades de domínio público, tradicionalmente dominadas por homens. Borrava-se no Ocidente a divisão sexual do trabalho que circunscrevia a mulher ao ambiente doméstico, produzindo distanciamento em relação à figura da mulher-mãe. A revolução francesa, por sua vez, trouxe os conceitos de liberdade e igualdade entre os indivíduos. Entretanto, para a autora, no que se refere às relações de gênero assistiu-se a um movimento de contracorrente:

A onda de reformas e igualitarismo, longe de provocar uma revolução também nas representações médicas sobre a natureza dos seres humanos, acaba, ao contrário, originando uma reafirmação sem precedentes da sua condição biológica e dos papéis sociais atribuídos a cada sexo.⁴ (p. 29).

Ao estudar o surgimento da Ginecologia na Inglaterra do século XIX, Moscucci¹⁴ revela como o recente conhecimento biomédico sobre as características naturais dos sexos foi essencial para reafirmar a divisão social existente: “A democracia minara a antiga base para a autoridade patriarcal, e, portanto, era necessário repensar a relação entre os sexos sob novos princípios. A natureza, não a religião ou metafísica, definiria o lugar que homem e mulher ocupariam na nova ordem social.” (p. 3, tradução nossa). No mesmo sentido, Poovey¹⁵ (p. 138, tradução nossa) afirma que a comunidade médica e científica, cada vez mais estimada na sociedade vitoriana, desempenhou um papel decisivo, “formulando uma justificativa científica para o que era concebida como a função reprodutiva natural e o espaço social circunscrito da mulher.”

A ciência contemporânea se ateuve à descrição analítica da biologia humana como forma de esclarecer a suposta ordem natural do mundo e da sociedade através de uma perspectiva racionalista. Esse movimento inaugura na sociedade ocidental aquilo que Rohden⁴ (p. 35) chamou de “imperialismo dos fatos”. A produção científica passou a focar nas heterogeneidades intraespécie que fundamentariam tais hierarquias, “se concentravam na elaboração de grandes teorias e métodos que permitiriam classificar e estabelecer fronteiras entre povos, raças, sexos.” (p. 21). Ou seja, o estudo das raças e da mulher.

[a dualidade da natureza feminina: Fisiologia e patologia]

Martins³ (p. 31) descreveu como a produção científica dos séculos XVIII e XIX buscara incessantemente discriminar características naturais que distinguissem homens e mulheres: “Percorreu-se cada detalhe com a finalidade de encontrar as evidências da diferença sexual, demonstrando a especificidade do corpo feminino, tido então como o corpo diferente.” Para a mulher, prevalece a noção de que a função sexual e reprodutiva é inerente à sua natureza. Tamanho seria o peso da reprodução na constituição feminina que toda a sua fisiologia seria afetada por isso, de uma forma que não se observa nos homens.

A fisiologia feminina merecia atenção devido a sua natureza carnal e instável. Sendo a principal função da mulher a reprodução, concebia-se que seus órgãos genitais eram cardinais para o funcionamento do corpo e da mente. Na produção científica da época, difundia-se um discurso de domínio sobre a existência da mulher a partir do estudo da sua sexualidade intrínseca, como ilustrado num proeminente compêndio ginecológico publicado em 1840, o *Tratado elemental completo de las enfermedades de mujeres*¹⁶ (p. 2, tradução nossa):

Pode-se dizer então que os órgãos sexuais da mulher são, de certo modo, a raiz e a base da sua estrutura; e assim disse Hipócrates: ‘*mulier propter uterum condita est*, [...] de modo que nela tudo emana daquele foco, tudo se refere a ele; e portanto aos três centros de sensibilidade, de ação e de vida que estabeleceu Bordeu no coração, no cérebro e no epigástrico, deve-se acrescentar na mulher o útero, que modifica aos demais. O predomínio deste órgão constitui o que alguns denominaram temperamento uterino, que subverte todas as funções próprias das mulheres caso chegue a exaltar-se até certo ponto, assim como caso lhe falte a energia correspondente.

O determinismo biológico que associava a mulher ao útero transcendia o aspecto físico, chegando aquele a ser “matriz” da sua existência. Igualmente, o temperamento ditado por este órgão é demasiadamente suscetível a perturbações, “porque a mulher se afeta com mais força que o homem pelos agentes modificadores do organismo [...], porque os seios, o útero e suas dependências se afetam com maior frequência que os testículos e órgãos anexos” (p.3). Sendo a mulher tão sensível a todas as influências, o médico propõe ter cautela com hábitos que poderiam provocar “uma infinidade de males”, dentre os quais estão: “a falta de exercício, certas roupas, [...] o desdobramento excessivo da sua sensibilidade e imaginação às custas do juízo, [...] a impressão do ar, do calor, da umidade, do frio”; e não somente elementos físicos, como também “[...] os desgostos que sofrem a maioria delas no percurso da sua vida, dos quais resultam muitas doenças” (p.4). Por fim, é da vulnerabilidade própria das mulheres e das influências da matriz na sua psiquê que advém sua “[...] disposição

resoluta às doenças nervosas, assim se faz que as mais pequenas impressões produzam nela grandes desordens”.

Uma mulher que se sujeitasse a condições destoantes do seu destino natural da maternidade estaria perturbando o delicado equilíbrio fisiológico, tornando-se terreno fértil para a multiplicação das suas potenciais disfunções. Groneman¹⁷ analisou como esse processo de patologização da sexualidade feminina resultou numa proliferação de diagnósticos controversos, como ninfomania, histeria erotomania, ovariomania entre outros. A Medicina irá correlacionar a importância de estudar tais desvios da natureza da mulher com sua suposta responsabilidade pela saúde da nação e preservação da raça, intervindo como autoridade sanitária nas questões eugênicas e de desenvolvimento social³.

Nesta altura, duas ressalvas são necessárias. A primeira se refere ao olhar que um leitor contemporâneo poderia lançar em tais debates científicos apresentados, caso analise-os a partir dos métodos e das ferramentas que dispomos atualmente. Reduzir teorias científicas elaboradas no passado a simples produto de mentes rudes é relativizar o peso que exerceram na construção de caracterizações hegemônicas sobre natureza e cultura, a partir de um método científico próprio e estabelecido. O saber técnico em que se respalda o médico não se dissocia do contexto social no qual está inserido; o conhecimento que produz também é expressão de cultura, “na medida em que seus conceitos e teorias são produtos culturais, construídos e legitimados socialmente.”² (p. 974). Para o escopo desse trabalho, consideremos que o corpo, “Além de ser um objeto físico, biológico, é também investido de história e significado.” (p. 973). Ele adquire caráter político à medida que se insere num sistema de representações sociais; nele incidem práticas determinadas pelo saber científico, “sobre as quais o exercício da medicina se ancora, são [assim] exercícios de biopoder, conceito elaborado por Foucault” (p. 973).

Dessa forma, não se busca retratar as mulheres como vítimas dos médicos do passado, mas entender “que efeitos de poder circulam entre os enunciados científicos”⁷ (p. 5). Esta segunda ressalva é necessária devido aos discursos variados que se proliferam numa análise de fontes históricas. Rohden⁴ (p. 44) alerta que “[...] [as mulheres] também participaram nas definições de gênero e da ciência [...]”, seja na voz de pacientes ou de médicas (ainda que poucas). Mesmo na academia, não se pode falar num discurso globalizante da Medicina sobre a mulher. Groneman¹⁷ (p. 348) analisou o embate científico acerca da etiologia e terapêutica da ninfomania. De

um lado estavam neurologistas e alienistas¹, que examinavam o cérebro em busca de substrato orgânico, como “[...] lesões encefálicas, mudanças nos vasos sanguíneos cerebrais, espessamento dos ossos do crânio [...]”; do outro estavam os novatos ginecologistas, que compreendendo a imprecisão desta doença, buscavam nos genitais sinais que a identificasse, como vermelhidão, dor, aumento dos lábios ou do clitóris.

Ainda que muitas queixas das mulheres envolvessem disfunções menstruais e doenças sexualmente transmissíveis, haviam quatro problemas de terapêutica difícil sobre os quais os cirurgiões se debruçaram: Câncer, tumores ovarianos, prolapso uterino e fístulas vesicovaginais³. Nos registros do *Canada Medical and Surgical Journal* de 1878¹⁹ (p. 28) discute-se um trabalho publicado pelo ginecologista Robert Battey, onde o mesmo explicitava uma série de condições que indicariam a remoção cirúrgica de ovários ainda funcionais; dentre as quais encontram-se:

3º. ‘Em casos de insanidade ou epilepsia confirmadas, dependentes de doença ovariana ou uterina.’ 4º. ‘Em casos de sofrimento mental longo e prolongado, dependente de perturbações nervosas e vasculares mensais que resistiram todos os outros meios de cura’.

Esta cirurgia ficaria conhecida como operação de Battey devido ao êxito relatado pelo seu formulador e reproduzido por pares influentes na época para tratamento de casos difíceis, nos quais admitia-se implicação dos ovários, incluindo dor pélvica, dismenorreia, amenorreia e histeria²⁰. Entretanto, tais indicações controversas eram alvo de crítica nos círculos acadêmicos de Ginecologia. Questionava-se a frequência com que se tratavam mulheres por tal método: “Por que algum cirurgião ousado não introduz a cirurgia do cavalo capão [castrado] para muitos dos problemas dos quais o sexo forte é vítima? [...] Isto seria justificado em tal caso?”²¹ (p. 503, tradução nossa). Shorter (p. 75) relata que embora a retirada dos ovários fosse inicialmente destinada a tratar cistos serosos e tumores, logo passou a ser tratamento em casos de “problemas que possuíam uma mistura do fisiológico e psicológico”²². O autor informa que, nesta época, ovariectomia designava a retirada de ovários acometidos por cistos ou tumores, enquanto para tratar doenças não-ovarianas designou-se ovariectomia normal, e posteriormente ooforectomia.

A ciência do século XIX produziu formulações baseadas em “fatos naturais” a respeito da especificidade da mulher. Não cabe questionar a validade desse processo nem a disposição dos profissionais em beneficiar as pacientes, apenas articular que

¹ Médicos especialistas em alienação mental, predecessores dos atuais psiquiatras¹⁸

a abordagem distinta pela própria Medicina culminou com a criação de uma ciência própria sobre a sexualidade e reprodução femininas: A Ginecologia. Citando Moscucci¹⁴ (p. 32), “embora a ginecologia tenha um equivalente masculino na medicina genitourinária”, não houve a criação de uma especialidade dedicada a entender como a vida do homem é afetada pela reprodução.

Analisado isto, em que pese ter sido a Obstetrícia a primeira a fazer um elo inexorável entre mulher e reprodução, foi a Ginecologia que herdou e levou adiante tal paradigma. A essência feminina, sexual e corpórea, seria uma consequência natural do seu papel fundamental na função de procriadora, e também é a origem da sua constituição frágil e nervosa, suscetível a toda ordem de problemas. Foi justamente esta característica que lhe colocou enquanto grupo específico de pacientes para a Medicina. Desta forma, podemos entender o motivo por que a ciência da mulher surgiu na forma de ciência da reprodução, e porque a distinção entre estes dois saberes ainda se desenrola no tempo atual.

Para Rohden⁴ a Ginecologia foi fundamental para a Medicina ao se consolidar como braço que legitimou um amplo sistema de classificação e estudo da mulher, cujos objetivos eram fundamentar os princípios de sua alteridade em relação ao homem, configurando o que a autora nomeou de “a ciência da diferença”.

[século XX: Consolidação de uma medicina própria para mulheres]

Em análises tradicionais, a Ginecologia e a Obstetrícia são vistas sem distinção como especialidades que intervêm no corpo feminino. Entretanto, o processo de estruturação da Medicina em saberes especializados desenrolou-se a partir de um contexto social e ideológico próprio. Nesse sentido, Martins³ (p. 120) afirma que “a constituição da ginecologia não pode ser dissociada das disputas profissionais”. Embora a Ginecologia tenha se constituído num domínio maior de conhecimento sobre o corpo e mente femininos, ela irá se unir à Obstetrícia como campo de intervenção unificado sobre a vida da mulher.

Em 1922, no editorial do *The American Journal of Obstetrics and Gynecology*, o então presidente da *American Gynecological Society (AGS)* ilustra os conflitos que estavam em jogo na delimitação das especialidades médicas:

Eu tenho pouca paciência com aqueles que insistem em considerar a ginecologia como uma especialidade. Essas insistências pessimistas são nada mais que o alarde de mentes estreitas que apenas conseguem enxergar

corde e costura dos órgãos pélvicos como a soma total do nosso trabalho. [...] As especialidades irmãs obstetrícia e ginecologia são interdependentes e nenhuma pode ser obliterada, a despeito dos desejos dos cirurgiões gerais.²³ (p. 577, tradução nossa).

O autor defende-se dos ataques dos cirurgiões justificando que a proximidade entre ambas as especialidades é necessária pois a cirurgia ginecológica reconstrutiva é consequência dos traumas genitais causados pelo parto. Porém, além disso, o médico sugere enfaticamente uma concepção de Ginecologia mais ampla que uma especialidade cirúrgica, pois a atuação que ela exerce na vida da mulher seria muito maior, incomparável a qualquer outra área da Medicina:

[...] [a Ginecologia] estuda a mulher de forma ampla em todas as suas relações com o bem-estar público. Quem é melhor preparado do que o ginecologista e obstetra para estudar e promover investigações sobre a mulher, partindo da perspectiva da grande área da medicina estatal, em tudo o que se refere ao seu desenvolvimento, educação, aptidão para o casamento e maternidade, sua evolução; e também as suas degenerações como criminosas, indigente ou como prostituta?"²³

Adentrando o século XX, condições previamente associadas aos órgãos sexuais femininos foram reclassificadas como entidades fundamentalmente psíquicas²⁴. Summey e Hurst⁵ (p. 107, tradução nossa) afirmam que na sociedade pós-guerra, entretanto, a crescente relevância da psicopatologia reacendeu o interesse dos ginecologistas pela psicologia feminina:

Artigos dos anos 1940 sobre a psicologia das mulheres eram frequentemente escritos por psiquiatras. [...] A partir de 1950, entretanto, a ginecologia e obstetrícia se expandira abrangendo o cuidado psiquiátrico (Donovan, 1958).

Argumentava-se que a relação do ginecologista com a mulher não seria estabelecida pelo psiquiatra, porque muitos distúrbios rotulados como psicossomáticos –disfunções menstruais, aborto habitual entre outros, requeriam entendimento da endocrinologia reprodutiva feminina.

Nesse contexto, as autoras apontam que assim como visto no século XIX, em momentos de transformação nos papéis de gênero, a ciência foi responsável por racionalizar questionamentos sobre a capacidade da mulher, terminando por prescrever seu espaço social⁶.

[integralidade e enfoque de gênero na saúde da mulher]

No final do século XX, a estruturação de políticas de bem-estar social produziu novas concepções de saúde. Consideremos dois contextos distintos que podem esclarecer como debates em saúde da mulher foram construídos. Nas décadas de

1960 e 1970, o conceito cada vez mais em voga de atenção primária à saúde culmina na Declaração de Alma-Ata, em 1978²⁵. Nos Estados Unidos, Summey e Hurst⁵ (p. 116) afirmam que o ginecologista-obstetra foi incentivado pelo governo, “quando a atenção primária experimentou um *boom* de financiamento, a ser o médico de atenção primária das mulheres”. Ainda que na própria regulamentação federal americana sobre vagas de residência estivesse definido que os ginecologistas-obstetras não estavam inclusos na categoria de profissionais da atenção primária²⁶, isso não impediu que a própria categoria se pusesse cada vez mais nessa posição.

Essa visão sustentava-se pelo argumento de que o ginecologista-obstetra exercia a função de generalista, devido a “[...] expansão de serviços preventivos como cuidado ao pré-natal, exames periódicos e aconselhamento contraceptivo; e a uma diminuição no número de médicos de família que anteriormente exerciam tais serviços”²⁷ (p. 744, tradução nossa). O presidente da AGS em 1978, Ben Peckham²⁸ (p. 715, tradução nossa), não se mostra preocupado com o número crescente de residências em Medicina Interna e Medicina de Família. Para o autor, o papel do ginecologista na atenção à saúde da mulher era claro: “Nós estamos praticando atenção primária. Não precisamos fazer mudanças radicais nos nossos programas educacionais pelos próximos cinco anos.”

A finalidade da discussão sobre a especialidade nos Estados Unidos é elucidar como diferentes contextos socioeconômicos modelam a forma de produzir saúde. Consideramos que, no caso americano, a postura ativa das entidades representativas num sistema de saúde fortemente gerido pelo mercado levou a expansão de certas especialidades, englobando a atenção primária – cujo conceito mais se identificava com cuidados preventivos e de menor complexidade tecnológica. Para Youngblood²⁹ (p. 2, tradução nossa), presidente do *American College of Obstetrics and Gynecology* (ACOG), a questão foi encerrada no fim do século, quando um projeto de lei de universalização da saúde encabeçado pelo presidente americano Bill Clinton recebeu dura oposição da categoria, por tentar distinguir atenção primária da especializada: “Devido aos esforços da ACOG e do então presidente Richard S. Hollis, nós obtivemos para os ginecologistas-obstetras reconhecimento como provedores de cuidados primários no projeto proposto.” Tal projeto nunca foi implementado, porém o ginecologista afirma que o esforço político cimentou a quem cabia a supervisão em saúde da mulher.

No Brasil, em contrapartida, as últimas décadas do século passado foram cenário de mudanças sociais de onde emergiram novos atores, num contexto onde se engendravam a reforma sanitária e a criação de um sistema de saúde estruturado nos princípios de equidade e integralidade.

Até a segunda metade do século XX, a descentralização da assistência à saúde no país também se refletia nas políticas de saúde da mulher. Segundo o Ministério da Saúde¹ (p. 15): “Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada na sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica”. No período que se seguiu, entretanto, diversas conquistas sociais ressignificaram os conceitos de saúde e doença.

Em 1948, a Organização Mundial da Saúde³⁰ (OMS) (p.1), definiu que “saúde é o completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” Embora tal conceito tenha enfrentado críticas, nota-se que mesmo sem utilizar tal termo, estamos falando de integralidade. No âmbito da saúde da mulher, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher³¹ (PAISM) (p. 5), efetivado em 1986, foi um projeto de ruptura com o modelo de assistência praticado até então, que se dirigia, “quase que exclusivamente, ao período gravídico-puerperal, e, mesmo assim, de forma deficiente”.

Para Costa³² (p. 1076), o PAISM não foi somente uma política de saúde, mas o fruto de lutas sociais cujas origens foram, “pela vertente da saúde, o movimento da reforma sanitária e, pela vertente das concepções políticas específicas sobre as mulheres, o incipiente movimento feminista.” A autora atenta para forças sociais que estavam em jogo no período de endurecimento da ditadura brasileira, a partir da década de 60: Aumentava a participação feminina no mercado de trabalho e a popularização dos métodos contraceptivos, sinais de uma desvinculação entre sexualidade feminina e maternidade. As mulheres buscariam uma voz ativa através da organização em movimentos feministas e de saúde, pressionando uma mudança nas relações de poder na saúde, e em última análise na própria concepção de saúde da mulher.

O discurso expresso no PAISM³¹ (p. 24) assegurava a livre escolha das mulheres e o direito à informação e promoção de saúde, afirmando que que nunca a organização das atividades referentes à concepção e à contracepção poderá ser encarada de forma isolada³³.

O Ministério reconhece a necessidade de uma intervenção globalizante nos problemas de saúde específicos da população feminina, preconizando: Atendimento clínico e ginecológico incluindo rastreio de câncer genital; assistência ao pré-natal, parto e puerpério; prevenção em saúde e educação sexual; controle de DSTs; além de advogar a contracepção segura e o direito da mulher ao planejamento familiar³¹. Para Costa³² (p. 1078), o PAISM representou, dessa forma, a “[...] Extensão das fronteiras da saúde da mulher para latitudes e longitudes, nas quais o confinamento da mulher à condição de reprodutora torna-se superado, instalam uma nova ordem nas relações entre governo, Estado e sociedade”. Entretanto, o período de implementação das políticas sociais nos anos 1990 foi marcado pelo ajuste fiscal e fragmentação das ações de saúde em campanhas e programas. Dessa forma, priorizou-se “[...] garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino [...]”¹ (p. 18).

Coelho *et al*³³ (p. 155) afirmam que se tratando de saúde das mulheres:

Compreendemos a integralidade como a concretização das práticas de atenção que garantem o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento [...], valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e adoecimento das mulheres.

Sensível aos debates sociais que almejavam a saúde para além do ciclo reprodutivo, o Ministério lança em 2004 a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher (PNAISM). A partir do trabalho realizado pela Área Técnica de Saúde da Mulher, o governo busca sanar as lacunas geradas no processo de implementação das políticas anteriores. No documento, conclui-se que “embora se tenha mantido como imagem-objetivo a atenção integral à saúde da mulher, essa definição de prioridades [na saúde reprodutiva] dificultou a atuação sobre outras áreas estratégicas do ponto de vista da agenda ampla de saúde da mulher.”¹ (p. 18). Problematisa ainda o enfoque do final do século passado, onde “trabalhou-se na perspectiva de resolução de problemas, priorizando-se a saúde reprodutiva e, em particular, as ações para redução de mortalidade materna (pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção).”

O Ministério então busca se guiar por uma perspectiva não-generalizante, de forma que possam ser reconhecidas heterogeneidades invisibilizadas na população feminina que geram necessidades singulares, caracterizando um enfoque de gênero.

O PNAISM trata, por exemplo, da violência doméstica e sexual, dos piores indicadores de saúde das mulheres negras, bem como dos obstáculos ao acesso enfrentados pelas mulheres lésbicas e bissexuais.

[...]mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. Partindo-se desse pressuposto, é imprescindível da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher.¹ (p. 13)

O apreendido é que a integralidade é um eixo orientador da prática como meio de responder a demandas situadas além da esfera de saúde reprodutiva. Nessa lógica, também a Ginecologia possui particular potencial de intervenção, visto que se articula cotidianamente com pacientes que trazem vivências de gênero e necessidades de saúde modeladas por construções históricas de sexualidade no Ocidente. Como resultados do seu estudo, Santos³⁶ afirma que a clínica ginecológica é apta a produzir integralidade à medida que sua prática oferece tanto atenção especializada e arsenal técnico diagnóstico e terapêutico, bem como enfatiza escuta sensível a demandas singularizadas de saúde por parte das usuárias, caracterizando a clínica ampliada e uso de tecnologias leves de cuidado. Assim, emerge uma concepção ampliada de atendimento:

Entende-se consulta ginecológica como um encontro entre usuárias, profissionais de saúde e serviço que, além de contemplar uma abordagem clínica ampliada e atender às demandas previstas pelas políticas de saúde dirigidas às mulheres, valoriza suas necessidades de saúde para além da dimensão da consulta em si. Nessa lógica, pode produzir atenção integral à saúde das mulheres desde que considere os determinantes sociais, a perspectiva de gênero e valorize suas decisões relativas à saúde sexual e reprodutiva.³⁵ (p. 108)

Desse modo, podemos aplicar a mesma retórica para entender porque o ACOG³⁶ (tradução nossa), ao definir o escopo de prática da especialidade, diz que “a disciplina combinada de obstetrícia e ginecologia requer estudo e compreensão extensivos da fisiologia reprodutiva, incluindo fatores fisiológicos, sociais, culturais, ambientais e genéticos que influenciam doenças nas mulheres.”

Conclusões

Considerando que a saúde das mulheres é uma prioridade para o SUS, trabalhar sob enfoque de gênero é agir em determinantes de desigualdades culturais, econômicas e sociais. Também é reconhecer que, justamente por serem mulheres,

possuem um processo diferente de adoecer. Nesta conjuntura, é extremamente benéfico que se possa superar o confinamento da saúde da mulher ao âmbito reprodutivo, como forma de se atender à pluralidade de demandas de saúde que se manifestam dentro desse grupo heterogêneo que representa metade da população brasileira.

Ao longo do tempo, as características naturais do mundo foram explicadas de formas diferentes e cumpriram alguns propósitos. Nesse processo, a Medicina é um dos agentes que normatizaram a vida em termos de saúde e doença, atuando através de suas relações cotidianas tanto como interlocutora de paradigmas sociais quanto agente de transformação. Parafraseando Martins *et al* (p. 974):

Da mesma forma que estes profissionais sofrem a influência da cultura na qual estão inseridos, com seus conceitos e teorias, também contribuem para a formação dos valores sociais. Sendo assim, enquanto as diferenças forem consideradas patologias e desvios da norma, as intervenções científicas/sociais estarão contribuindo para a estigmatização e a segregação.

Este trabalho buscou incitar o questionamento das práticas de saúde da mulher. Após o exposto, conclui-se que uma melhor qualidade de saúde das mulheres incorre em não utilizar o gênero a partir de reducionismos biológicos, mas numa óptica ampliada através da qual podemos dar respostas a diversas vulnerabilidades que permeiam a vida feminina. Conferir autocrítica à ciência é um caminho para entendermos como ela pode produzir novas relações de saúde e de vida. Historicamente, em momentos de tensões ideológicas e humanas semelhante ao que nos encontramos, as contribuições da ciência são não apenas em direção a avanços tecnológicos como também fornecem um valioso capital humano que em última instância tem a potência de gerar novas representações sociais.

Referências

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Editora MS; 2004.
- 2- Martins AJ, Cardoso MHC de A, Llerena Jr. CJ. Em contato com as doenças genéticas: a norma e a razão como tradições culturais presentes no discurso de profissionais médicos do Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad saúde pública*. 2004; 20:968–75.
- 3- Martins APV. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: SciELO - Editora Fiocruz; 2004.
- 4- Rohden F. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. 2º ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
- 5- Summey PS, Hurst M. *Ob/Gyn on the Rise: The evolution of professional ideology in the twentieth century – part II*. *Women Health*. 1986; 11(1):133–45.
- 6- Costa AM. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2009; 14:1073–83.
- 7- Foucault M. *Microfísica do poder*. 3º ed. Machado R, organizador. Rio de Janeiro, RJ: Edições Graal; 1982.
- 8- Vinci CFRG. MICHEL FOUCAULT: A GENEALOGIA, A HISTÓRIA, A PROBLEMATIZAÇÃO. *Prometeus*. 2014; 7(15):104–23.
- 9- Faé R. A genealogia em Foucault. *Psicol. estud*. 2004; 9(3):409–16.
- 10- Cavalcante Filho, JB, Franco TB. O processo de construção da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia. *Physis*. 2016; 26:63–86.
- 11- Charen T. Gynecology: an Etymological Note. *Bull Med Libr Assoc*. 1971; 59(4):585–8.
- 12- Passos EP, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Magalhães JA, Menke CH, Freitas F, organizadores. *Rotinas em Ginecologia*. 7º ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2017.
- 13- Diretoria, a. *Tocoginecologista: O Médico da Mulher [editorial]*. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002; 24(9):571.
- 14- Moscucci O. *The Science of Woman: Gynaecology and Gender in England, 1800-1929*. Trowbridge: Cambridge University Press; 1993.
- 15- Poovey M. “Scenes of an Indelicate Character”: The Medical “Treatment” of Victorian Women. *Representations (Berkeley)*. 1986; 14:137–68.
- 16- Oms y Garrigolas L, Ferreras JO. *Tratado elemental completo de las enfermedades de mujeres*. Vol. 1. Barcelona: imprenta de Ramón M. Indar; 1840.

- 17-Groneman C. Nymphomania: The Historical Construction of Female Sexuality. *Signs*. 1994; 19(2):337–67.
- 18-Bogousslavsky J, Moulin T. Birth of Modern Psychiatry and the Death of Alienism: The Legacy of Jean-Martin Charcot. *Front Neurol Neurosci*. 2011; 29:1–8.
- 19-Reviews and Notices of Books. *Canada Medical and Surgical Journal*. 1878; 7(1):20–29. In: Fenwick GE, editor. *Canada Medical and Surgical Journal*. A monthly record of medical and surgical science. Vol. 7. Montreal: Gazette Print. Co. 1879.
- 20-Longo LD. The rise and fall of Battey's operation: a fashion in surgery. *Bull Hist Med*. 1979; 53(2):244–67.
- 21-O., W. American Medical Association [carta]. *Canada Medical and Surgical Journal*. 1880;8(3):121-32. In: Ross G, Molson WA, editores. *Canada Medical and Surgical Journal*. A monthly record of medical and surgical science. Vol. 8. Montreal: Gazette Print. Co. 1880.
- 22-Shorter E. *From Paralysis to Fatigue: A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era*. New York City: The Free Press; 1993.
- 23-Ward GG. Physiology the basis of future gynecology. *Am J Obstet Gynecol*. 1922; 3(6):573–82.
- 24-North CS. The Classification of Hysteria and Related Disorders: Historical and Phenomenological Considerations. *Behav sci*. 2015; 5(4):496–517.
- 25-Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata [internet]. In: *Primeira conferência internacional sobre cuidados primários em saúde*. Alma-Ata; 1978. [Acesso em 19 ago. 2018]. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>.
- 26-Estados Unidos. Public Law 94-484, Oct. 12, 1976. An Act to Amend the Public Health Service Act to Revise And Extend the Programs of Assistance Under Title VII for Training In the Health And Allied Health Professions, to Revise the National Health Service Corps Program And the National Health Service Corps Scholarship Training Program, And for Other Purposes. Washington: U.S. Govt. Print. Off., 1976.
- 27-Willson JR, Burkons DM. Obstetrician-gynecologists are primary physicians to women: II. Education for a new role. *Am J Obstet Gynecol*. 1976; 126(7):744–54.
- 28-Peckham BM. Resident training goals in obstetrics and gynecology for the 1980's: Presidential address. *Am J Obstet Gynecol*. 1978; 132(7):709–16.
- 29-Youngblood JP. Obstetrics and Gynecology: A Unique Surgical Specialty. *Obstet Gynecol*. 1999; 93(1):1.

- 30-World Health Organization. Basic documents. 54th ed. [livro online]. Geneva: WHO Press; 2014. [Acesso em 17 ago. 2018]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1>.
- 31-Brasil. Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases da ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1984.
- 32-Costa AM. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2009; 14:1073–83.
- 33-Coelho E de AC, Silva CTO, Oliveira JF de, Almeida MS. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Esc. Anna Nery*. 2009; 13(1):154–60.
- 34-Santos MRR dos. Consulta ginecológica: o que os serviços oferecem e o que as usuárias procuram? [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.
- 35-American College of Obstetrics and Gynecology. The Scope of Practice of Obstetrics and Gynecology. [publicação online]; 2005 [acesso em 17 ago. 2018]. Disponível em: <https://www.acog.org/About-ACOG/Scope-of-Practice>