

(IN)VISIBILIDADE, GÊNERO E DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS NA SAÚDE: CAMINHOS PARA UMA PEDAGOGIA RADICAL

Leonardo Carnut *

Resumo: Este estudo objetiva refletir sobre as primeiras contribuições às quais a pedagogia radical de Henry Giroux pode trazer para formular um caminho que leve ao pensamento crítico na área do ensino na saúde. Trata-se de um ensaio que, conforme preconizado por Starobinski, aproxima a categoria gênero identificado nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação de saúde em contraste com a pedagogia radical de Henry Giroux. Realizou-se uma busca do termo “gênero” nestas Diretrizes com o intuito de identificar a visibilidade do termo, como também a matriz teórica em que parece se assentar. Nas 15 profissões da área da saúde, identificou-se o termo em apenas três, ainda assim, destas três, em duas graduações o termo permanece na interpretação hegemônica pela Saúde Coletiva, baseada na perspectiva funcionalista ou, quando muito, eminentemente fenomenológica. Assim, teceram-se alguns caminhos para refletir sobre esta (in)visibilidade e tentou-se justificar a necessidade de uma pedagogia radical que opere o pensamento crítico sobre gênero nestas graduações visando desvelar as opções políticas deste discurso científico.

Palavras-chave: Pedagogia, Crítica, Teoria Crítica, Gênero, Saúde.

(IN)VISIBILITY, GENDER AND NATIONAL HEALTH CURRICULUM GUIDELINES: PATHWAYS FOR A RADICAL PEDAGOGY

Abstract: This study aims to reflect on the first contributions that the radical pedagogy of Henry Giroux can bring to formulate a path that leads to critical thinking in health teaching. This is an essay that, as recommended by Starobinski, approaches the gender category identified in the National Curriculum Guidelines (NCG) for undergraduate health courses in contrast to Henry Giroux's radical pedagogy. A search of the term "gender" in these NCG was carried out in order to identify the visibility of the term, as well as the theoretical matrix in which it seems to be based. In the fifteen health professions, the term was identified in only three, yet of these three, in two undergraduates the term remains in the hegemonized interpretation by Collective Health, based on the functionalist perspective or, at most, eminently phenomenological one. Thus, some ways have been made to reflect on this (in) visibility and it was tried to justify the necessity of a radical pedagogy that operates the critical thinking about gender in these undergraduate courses aiming at unveiling the political options of this scientific discourse.

Keywords: Pedagogy, Criticism, Critical Theory, Gender, Health.

Introdução

Baseado nos estudos de teoria crítica associado à inspiração freireana, Henry Giroux (GIROUX, 1983; GIROUX, 1997) traz o elemento fundamental que anima qualquer pensamento para mudança: a construção de uma pedagogia radical que se vincula, consistentemente, à prática educacional. Isso supõe uma leitura crítica capaz de explicitar a articulação dialética entre as estruturas de dominação e os atos de resistência e transformação.

Do ponto de vista teórico, isto significa pensar, a partir das exigências da prática educacional, uma alternativa capaz de superar os impasses de dois paradigmas conflitantes: o fenomenológico-culturalista e o positivista-estruturalista¹, essencialmente estruturantes do pensamento em saúde (KLEINMAN, 1995; TAVARES, 1997; TESSER e LUZ, 2002). Portanto, na saúde, o exercício da crítica reside em resgatar o sujeito histórico como agente de transformação, situando a lógica dos mecanismos estruturais de dominação, mas, claro, sem absolutizar tal lógica.

Um exemplo de uma corriqueira absolutização que tem ocorrido é o tipo de apropriação que a saúde tem feito da categoria 'gênero'. Ela tem sido utilizada pela formação em saúde ainda de forma instrumental e refém dos paradigmas supracitados (VILELA, MONTEIRO, VARGAS, 2009), distanciando-se das práticas dos movimentos sociais que pulsam na construção da crítica aos processos de opressão que têm no gênero/sexualidade os "marcadores sociais da diferença".

Assim, este ensaio teve como objetivo geral refletir sobre as primeiras contribuições às quais a pedagogia radical de Henry Giroux pode trazer para formular um caminho que leve ao pensamento crítico na área do ensino na saúde. Esta proposta visa considerar a categoria gênero dentro dos seus movimentos de emancipação, ainda que, em uma primeira instância, eminentemente políticos.

Neste sentido, foi realizado um ensaio crítico, aos moldes do que preconiza Starobinski (2011), aproximando a categoria gênero em uma leitura da Saúde Coletiva² com aquela identificada nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde. Após essa aproximação, tentou-se problematizar como uma pedagogia radical (GIROUX, 1983) poderia ampliar esse escopo da análise sobre o gênero no ensino em saúde.

Este ensaio conta com cinco seções que discorrem sobre a temática cujo desenvolvimento se assentou na delimitação do 'trabalho em saúde' para a 'formação radical' em saúde. Na primeira seção foi realizada uma crítica ao 'trabalho em saúde' e suas implicações para o ensino atual nas graduações em saúde no Brasil. Na segunda seção foi realizada uma análise crítica da formação em saúde no Brasil e o local que ocupa a discussão da categoria 'gênero' na qual as graduações em saúde se apoiam, especialmente pelo âmbito da leitura realizada pela Saúde Coletiva sobre essa categoria. A terceira seção descreve a interpretação do pensamento crítico-

reflexivo que as Diretrizes Curriculares Nacionais apontam para formação em saúde e a identificação da categoria gênero nestes documentos, que instigam uma radicalização do pensamento pedagógico adiantando-se sobre o que é apropriado sobre a categoria gênero nas leituras correntes da Saúde Coletiva. Na quarta seção foram refletidas as contribuições que a pedagogia radical de Henry Giroux pode dar a construção do pensamento crítico-reflexivo em direção à pouca visibilidade da categoria gênero em saúde, assim como à interpretação fenomenológica e positivista que habita o trabalho com esta categoria quando ela existe nas diretrizes. Finalmente em uma última seção, foram traçadas considerações sobre como encaminhar o debate do uso da pedagogia crítica para desvelar as compreensões 'docilizadas' do estudo da categoria gênero no âmbito da formação em saúde.

Crítica ao trabalho em saúde e suas implicações político-pedagógicas para o ensino atual

O trabalho em saúde historicamente se estabeleceu de forma isolada e mais orientada na competência técnico-instrumental do que na visão global do ser humano (BOTAZZO, 2006). Com base nisso é que se questiona a efetividade do trabalho e sua inadaptabilidade para os dias atuais, já que subsumi o sujeito, elemento este, fundamental no processo de cuidado em saúde (SAUAIA, CUNHA, CARDOSO, 2010; LINS, 2012).

As práticas tradicionais das categorias na área da saúde ainda consideram o corpo como uma máquina (TAVARES, 1997). Segundo Botazzo (2008), dar continuidade a esse projeto significa, definitivamente, um retrocesso. Do ponto de vista biológico, as profissões da área da saúde reduziram seus espaços de trabalho a dimensões puramente anátomo-topográficas que, caso não sejam cotidianamente provocadas pelo debate sobre o estatuto do humano (DESLANDES, 2006; AYRES, 2005), há uma tendência a ratificar uma falsa dispensabilidade³ dos conteúdos humanísticos e sociais em suas formações.

Dentre os processos de desumanização mais frequentes na prática assistencial em saúde, tem-se: a) a negação do estatuto de pessoa ou os processos de despersonalização; b) o uso intenso das tecnologias biomédicas como substitutivas (ou mediadoras) das relações de interação; c) o desrespeito aos aspectos

relacionados à experimentação clínica; e d) a lógica de assimetria e distinção (MERHY, 1997) que constituem as relações de poder (FOUCAULT, 1989) produzidas e reproduzidas no âmbito dos serviços de saúde. Neste cenário, propaga-se que a neutralidade e a objetividade biomédica teriam a função de prover melhor discernimento na tomada de decisões clínicas, contudo, o que se percebe na prática é o surgimento de interações frias e distanciadas com os pacientes, sendo identificadas como produtoras de desumanização e descontextualização social do cuidado (DESLANDES, 2006).

As origens dessa forma de trabalho encontram-se na forma como o ensino em saúde foi estruturado historicamente. Este é composto por dois problemas de origem: o primeiro de âmbito histórico-político e outro de âmbito pedagógico. O primeiro tem em seu fundamento no monopólio da flexnerização⁴ do ensino, com vistas organização científica do trabalho em saúde orientado apenas à biologia e à prática mercadológica (PAGLIOSA, DA ROS, 2008) que ratifica a divisão social do trabalho (DURKHEIM, 1979) alcançando seu apogeu no que se entende por 'compartimentalização do saber em saúde' (RIBEIRO, PIRES; BLANK, 2004).

O segundo, parte da lógica de produção/reprodução da força de trabalho e, portanto, do conhecimento em saúde. Baseado na pedagogia da transmissão e com forte inclinação tecnicista, os profissionais de saúde eram focados no desenvolvimento de habilidades instrumentais (de caráter patocêntrico) e de baixa capacidade reflexiva. Diante deste cenário, esperar dos formandos dos cursos de saúde apenas repetições de procedimentos, ou aplicação de protocolos clinicamente "seguros" não passa de um engessamento intelectual, que, se algumas vezes se faz essencial, há uma tendência de sua reprodução acrítica.

Não obstante todas essas características terem se tornado um traço cultural sobrevivente no processo de ensino-aprendizagem em saúde (BOTAZZO, 2000), há uma tentativa brasileira de romper com esse modelo de formação que ganhou expressão a partir da crítica à biomedicalização dos processos de cuidado e tem tido na racionalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) o espaço para pautar essa crítica.

Formação em saúde no Brasil, o nascedouro do Sistema Único de Saúde e o local que ocupa a discussão da categoria ‘gênero’ nas graduações

Devido à formação em saúde no Brasil ter sido fortemente influenciada pelo modelo flexneriano de ensino (ANTUNES, NARVAI, 2008; PAGLIOSA, DA ROS, 2008; ALMEIDA-FILHO, 2010) as profissões de saúde, assim como em outras partes da América Latina e Caribe, consolidaram-se com base em uma fragmentação disciplinar com vistas à superespecialização.

Os efeitos deletérios dessa prática se tornaram visíveis em meados dos anos de 1980, quando dois problemas emergiram como centrais na inadequação do “tipo de profissional” às “expectativas” para com a melhoria das condições de saúde dos indivíduos: a) pouca capacidade de articulação interdisciplinar e b) pouca visão integrada sobre o ser humano (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Assim, como decorrência desses efeitos, nos últimos anos, os profissionais formados neste modelo vêm apresentando problemas em articular conhecimentos, especialmente aqueles ligados às características psicossociais dos indivíduos e grupos, o que, certamente vem limitando sua capacidade de diagnóstico-intervenção. A discussão sobre a fragilidade desse modelo de formação só veio tomar corpo *pari passu* à transição de sistema de saúde vivida no Brasil nos anos de 1980 e com o nascedouro do SUS (BRASIL, 1988).

Concomitante a esta celeuma, outra discussão que vem sendo gestada desde a década de 1970 é a que se refere à crise paradigmática do “campo da saúde” (LALONDE, 1974). Esta crise culminou no reconhecimento dos fatores sociais como determinantes no processo saúde-doença (BUSS; PELEGRINNI-FILHO, 2006) trazendo à baila a necessidade de readequação dos serviços de saúde (em especial os públicos) para lidar com esse problema (BRASIL, 2006).

Assim, a reorganização dos sistemas nacionais de saúde, em vários Estados-Nações, vem trabalhando com a implantação de modelos de atenção com foco nos aspectos preventivo-promocionais (STARFIELD, 2002) com base comunitária e com necessidade de trabalho em equipes interprofissionais, o que exige dos profissionais do século XXI a expansão de novas competências e habilidades para além daquelas que cunho eminentemente clínicas.

Assim, sob uma nova égide de ordem internacional que advoga a reconfiguração dos sistemas de saúde no mundo, a formação dos profissionais de saúde no Brasil vem passando por modificações substanciais que transcendem a dimensão clínico-biomédica e exigem que novas habilidades e competências de cunho social sejam construídas. Nesse sentido, uma nova formação deve ser perseguida, especialmente no que tange à futura prática profissional que lhe espera. Afinal, como apontam as DCN (BRASIL, 2002) para as graduações nos cursos de saúde, o novo perfil profissional desejado deve deter

formação **generalista, humanista, crítica e reflexiva**, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade. (BRASIL, 2002, p.1) [grifo nosso].

É neste bojo em que a discussão sobre gênero se encontra. Ou seja, lidar com a categoria gênero deve ser uma habilidade localizada no alcance do perfil do egresso das graduações de saúde. Sem dúvida, é parte das capacidades dos profissionais de saúde conseguir ampliar suas perspectivas em função do alcance do fazer clínico “generalista”.

Considerar a categoria gênero faz parte do ser “humanista” que, muito resumidamente, pode ser entendido como a capacidade do profissional em considerar o ser como ‘humano’ e sua inserção no ‘social’. Por isso o gênero, como categoria que recorta a constituição e a sociabilidade dos corpos desde o processo salubridade-adoecimento até os itinerários terapêuticos que serão realizados pelos usuários, deve ser pauta permanente e longitudinal na formação em saúde (BARATA, 2009).

Ainda, considerar o gênero na formação em saúde é promover esforços na formação de egresso “crítico e reflexivo”. A categoria gênero permite o olhar (des)construído sobre si e sobre o encontro com o outro. Possibilita, portanto, a crítica ao seu próprio processo de trabalho enquanto seres humanos “construtos do gênero” e como construtores de relações clínicas cuja marca do gênero pode fazer com que o

profissional estranha e reflita desde sua prática até a relação saúde-sociedade (FRANZOI; FONSECA; GUEDES, 2011).

Reconhecida essa importância, a discussão sobre gênero nos cursos de graduação em saúde tem sido frequentemente pautada por disciplinas (ou conjunto delas) que se relacionam com o campo da Saúde Coletiva. A Saúde Coletiva constitui-se como um campo de saberes e práticas (CAMPOS, 2000) que tem por objeto de estudo as necessidades sociais em saúde (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 1998) advogando para si a característica da 'interdisciplinaridade', geralmente trabalhada em termos moranianos (MORIN, 2003).

É pertinente lembrar que, em certa medida a Saúde Coletiva hegemoniza a discussão sobre 'o social' no setor saúde, por isso ela aparece como elemento fundamental que faz a mediação entre a interpretação do social (e seus diversos paradigmas) e a saúde enquanto fenômeno socialmente determinado (CANESQUI, 2007). Por isso, compreender a apropriação corrente da categoria gênero na saúde coletiva também é essencial.

Segundo Vilela, Monteiro e Vargas, o uso da categoria gênero na saúde coletiva pode ser classificado em três grandes tipologias:

- 1) relativo à descrição do sexo dos sujeitos estudados, 2) trata gênero como pressuposto; as análises referidas sobre as diferenças entre homens e mulheres não se apoiam em dados empíricos; 3) gênero é utilizado a partir do material empírico, como dispositivo interpretativo ou compreensivo das situações evidenciadas. (VILELA; MONTEIRO; VARGAS, 2009, p. 1000).

Em que pese à diferença constitutiva do gênero no campo da saúde coletiva, há a predominância de um tipo sobre os demais. Para as autoras, o uso do termo 'gênero' como sinônimo de 'sexo' permeia a maior parte dos estudos, metodologicamente quantitativos, e que, parecem se referir ao 'gênero' como 'sexo' por considerarem o primeiro termo como 'politicamente correto'.

Outro aspecto se refere ao pensamento no qual a interpretação da categoria gênero na saúde coletiva é majoritariamente utilizada. Nas palavras das autoras,

a incorporação de gênero como categoria analítica no campo da saúde coletiva está necessariamente marcada pela

complexidade da própria categoria e pelas características da área. **Existe a dificuldade real de operacionalização da categoria gênero, em particular em estudos quantitativos, já que gênero não atua independente de outros determinantes sociais de desigualdades** e, ao mesmo tempo, está implicado nas diversas dimensões, objetivas e subjetivas, do sujeito. A ancoragem da saúde coletiva nos saberes derivados da biomedicina, que têm como objetos corpos e não relações sociais possibilita que estudos quantitativos ou epidemiológicos tragam seus resultados desagregados por sexo, **embora nem sempre estes resultados permitam interpretações plausíveis sobre os modos como as desigualdades de gênero contribuíram de modo específico para um determinado resultado.** (VILELA; MONTEIRO; VARGAS, 2009, p.1003) [grifos nossos].

Neste sentido, é possível dizer que a categoria gênero, quando apropriada pela saúde coletiva, termina por expressar na formação dos profissionais de saúde toda a inconsistência relacionada aos limites operacionais característica do saber epidemiológico, e ainda carrega consigo os problemas da biomedicalização que se manifesta em uma redução do sentido biológico-interpessoal desta categoria. Essas duas características reforçam a interpretação positivista e, quando muito empiricista-fenomenológica da perspectiva de gênero (VILELA, MONTEIRO, VARGAS, 2009), refletindo em limites concretos na captura social em uma “chave” totalizante.

O conceito de ‘pensamento crítico’ das Diretrizes Curriculares Nacionais em saúde: onde está o ‘gênero’?

Dentre as diversas interpretações para as características elencadas pelas DCN (BRASIL, 2002) que os novos profissionais de saúde devem deter, uma que congrega maior dissenso é o termo “crítico”, que aparece no ‘perfil do egresso’, podendo ser dotado de diversas interpretações.

Nesta reflexão se toma como conceito de “crítico” uma mescla da interpretação feita das DCN (BRASIL, 2002) juntamente com o conceito marxista de ‘crítica’. Uma das interpretações da palavra ‘crítica’ das DCN (BRASIL, 2002) remete à crítica do processo de trabalho do profissional de saúde, desnaturalizando-o, ou seja, provocando o estranhamento necessário para gerar uma crítica sobre sua própria práxis com fins a requalificá-la. Este exercício deve ser realizado desde o ponto de vista ‘clínico’ até sua ‘relevância social’ (BRASIL, 2002).

Já o conceito de ‘crítica’ na teoria marxista é compreendido como a necessária revisão de posições teóricas e políticas em função das transformações históricas, ou seja, uma crítica à ideologia dominante (LÖWY; DUMÉNIL; RENAULT, 2015).

Por isso, admite-se que os usos da categoria gênero na saúde coletiva, por mais plural que seja, denota a intencionalidade residente na produção do conhecimento neste campo. Não identificar, portanto, interpretações do gênero enquanto *opressão* de uma ideologia dominante sobre outra, em sua essência, é uma posição política assumida por este campo de saber.

Assim, parece ser mais coerente com a ideia de “crítica” advinda das DCN (BRASIL, 2002), conduzir o debate sobre gênero a uma perspectiva radicalmente crítica que, conforme foi explicitado anteriormente, não aparece, nem de soslaio, no rol de interpretações correntes na Saúde Coletiva.

Portanto, a perspectiva crítica admite que a “opressão de gênero” é um fenômeno não reduzível a relações interpessoais, mas antes possui um caráter e consistência societal (ARUZZA, 2015) e esta crítica é fundamental para que a formação em saúde não restrinja o gênero às interações diádicas entre profissional e usuários. Assim, concordamos com Aruzza quando afirma que

a noção de reprodução social articulada pelo feminismo marxista, no interior de uma teoria unitária da opressão de gênero e do capitalismo, foi acusada no passado de ser ou funcionalista ou econômica e biologicamente determinista. Essas acusações baseiam-se em uma incompreensão fundamental das noções marxistas de produção e de reprodução e de um entendimento reificado do que a sociedade capitalista é (ARUZZA, 2017, p. 39).

Neste sentido, uma Diretriz Curricular ao considerar o gênero em sua formulação abre uma oportunidade. Esta deve ser aproveitada evitando o pensamento corrente sobre gênero, especialmente advindo da mescla produzida pela Saúde Coletiva para dar um salto qualitativo ao alcance da discussão de gênero em uma perspectiva totalizante conforme apontado por Araújo (2000):

O conceito de gênero surge da tentativa de compreender como a subordinação é reproduzida e a dominação masculina é sustentada em suas múltiplas manifestações, buscando

incorporar as dimensões subjetiva e simbólica de poder, para além das fronteiras materiais e das conformações biológicas. A possibilidade de pensar as práticas materiais e, ao mesmo tempo, as construções simbólicas, evitando o essencialismo biológico ou a sustentação exclusiva na dimensão econômica, fez com que esse conceito fosse assumido também pelo feminismo de base marxista. [...] Mas o seu percurso analítico guarda certos problemas que merecem ser assinalados. A ênfase na dimensão subjetiva das relações de poder entre homens e mulheres, desvinculada de bases materiais, seria um [...] aspecto a destacar [grifo nosso] (ARAÚJO, 2000, p. 68-69).

Em que pese a relevância do feminismo marxista como paradigma norteador do debate, o que importa é ocupar os espaços pedagógicos curriculares para as questões relativas ao binômio 'gênero-saúde'. Isso perpassa por temas como o trabalho doméstico não remunerado/trabalho não pago/trabalho invisível e sua relação com o adoecimento, relação gênero e desigualdade de salários, segregação/discriminação no mercado de trabalho e acesso à saúde; gênero, políticas públicas de saúde, críticas ao desenvolvimentismo e ao neoliberalismo; recortes de classe, raça, gênero, as relações gênero-sexualidade e finalmente suas intersecções com outras abordagens heterodoxas.

Com isto posto, quando se visualiza o quanto as DCN (BRASIL, 2002) pautam a questão de gênero nas 15 graduações da área da saúde (conforme disponíveis no portal do Ministério da Educação) é possível perceber mais 'silêncios' que 'defesas' desta categoria. Não há nenhuma referência ao gênero nas DCN dos cursos de Biomedicina (BRASIL, 2003), Educação Física (BRASIL, 2004), Enfermagem (BRASIL, 2001), Fisioterapia (BRASIL, 2002), Fonoaudiologia (BRASIL, 2002), Medicina Veterinária (BRASIL, 2003), Nutrição (BRASIL, 2001), Odontologia (BRASIL, 2002), Psicologia (BRASIL, 2011), Saúde Coletiva (BRASIL, 2015), Serviço Social (BRASIL, 2002) e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2002), totalizando 12 cursos.

Só há alguma citação ao termo 'gênero', nas DCN dos cursos de graduação em Ciências Biológicas (BRASIL, 2001), Farmácia (BRASIL, 2017) e Medicina (BRASIL, 2014). Em que pese à presença do termo como um avanço nessas normativas, ainda é possível identificá-lo de forma aproximada ao pensamento corrente da saúde coletiva.

As DCN das graduações em Farmácia (BRASIL, 2017) expressam a captura pela interpretação corrente na saúde coletiva. O termo aparece em dois momentos distintos, um primeiro, que considera o gênero como estruturante do perfil do egresso.

Art. 4º.

X - compromisso com o cuidado e a defesa da saúde integral do ser humano, levando em conta aspectos socioeconômicos, políticos, culturais, ambientais, étnico-raciais, **de gênero**, orientação sexual, necessidades da sociedade, bem como características regionais” [grifo nosso] (BRASIL, 2017; p. 31).

Outra que considera o desenvolvimento de ‘competências, habilidades e atitudes, abrangendo, além de pesquisa, gestão e empreendedorismo, as seguintes ciências, de forma integrada e interdisciplinar’ (BRASIL, 2017):

Parágrafo único. A formação em Farmácia requer conhecimentos e o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes, abrangendo, além de pesquisa, gestão e empreendedorismo, as seguintes ciências, de forma integrada e interdisciplinar:

I - Ciências Humanas e sociais aplicadas, ética e bioética, integrando a compreensão dos determinantes sociais da saúde, que consideram os fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, **de gênero** e de orientação sexual, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais, ambientais, do processo saúde-doença do indivíduo e da população. [grifo nosso] (BRASIL, 2017; p. 30).

Já nas DCN das graduações em Medicina (BRASIL, 2014), repete-se a lógica parcelar de ‘segregar fatores’ como herança do pensamento epidemiológico que reforça a visão hegemônica de gênero na saúde coletiva. Contudo, é possível perceber que a normativa considera a ‘diversidade’ em sua elaboração, conforme visto na seção I, “Da Atenção à Saúde”.

Art. 5º Na Atenção à Saúde, o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, **de gênero**, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, no sentido de concretizar. [grifo nosso] (BRASIL, 2014; p. 1).

Ainda, nas DCN da Medicina (BRASIL, 2014), na subseção I “Da Atenção às Necessidades Individuais de Saúde”, observa-se que a discussão sobre o gênero se subsumi ao ‘encontro clínico’, remetendo, mais uma vez a perspectiva hegemônica.

c) postura ética, respeitosa e destreza técnica na inspeção, apalpação, ausculta e percussão, com precisão na aplicação das manobras e procedimentos do exame físico geral e específico, considerando a história clínica, a diversidade étnico-racial, **de gênero**, de orientação sexual, linguístico-cultural e de pessoas com deficiência. [grifo nosso] (BRASIL, 2014, p. 5).

Uma exceção à regra pode ser verificada nas DCN do curso de Ciências Biológicas (BRASIL, 2001), que, apesar de localizar o gênero na seção de ‘competência e habilidades’, é possível verificar a discussão sobre os pressupostos epistemológicos em pauta:

Reconhecer formas de discriminação racial, social, **de gênero**, etc. que se fundem inclusive em alegados pressupostos biológicos, posicionando-se diante delas de forma crítica, com respaldo em pressupostos epistemológicos coerentes e na bibliografia de referência [grifo nosso] (BRASIL, 2001; p. 3).

Mesmo sob esta condição manifesta do vocábulo ‘gênero’ nas Diretrizes dos cursos de Ciências Biológicas, Medicina e Farmácia, é fundamental ressaltar que isso não significa dizer que a pauta de gênero tem se tornado conteúdo essencial nessas graduações, mesmo sob a indicação das Diretrizes. Para verificar de forma mais concreta a discussão de gênero no ensino nestas profissões seria necessário investigar os PPCs de alguns cursos nestas áreas, para verificar como o conceito gênero aparece nestes documentos. Mesmo assim, algumas limitações poderiam ser encontradas na sua execução como, por exemplo, na presença de ‘currículo oculto’ (ROJAS, 2012) que poderiam estar escamoteando a pauta nestas graduações tornando esse objeto de pesquisa um grande desafio.

Contribuições da pedagogia radical ao pensamento crítico-reflexivo em direção a pouca visibilidade da categoria gênero na formação em saúde

Baseado nos estudos de teoria crítica associados a uma inspiração freireana, Henry Giroux explicita a articulação dialética entre as estruturas de dominação e os atos de resistência e transformação (DRAWIN, 1987). Do ponto de vista estritamente teórico, isto significa pensar, a partir das exigências da prática educacional, uma alternativa capaz de superar os impasses de dois paradigmas conflitantes anteriormente citados: o fenomenológico-culturalista e o positivista-estruturalista.

Em outras palavras, não se pode resgatar o sujeito histórico, agente de transformação, senão situando-o na lógica dos mecanismos estruturais de dominação, mas, por outro lado, absolutizar tal lógica é sucumbir aos imperativos de uma “cultura positivista”, é conformar-se à negação da práxis. Como pensar as relações entre Escola, Ideologia, Cultura e Poder sem resvalar-se pelas seduções, opostas e complementares, da crítica pessimista ou do otimismo ingênuo?

Em saúde, o pessimismo imobilizante com a crise do setor ou otimismo pueril de ideal liberalista da profissão são dois extremos que habitam o ideário social dos estudantes que elegem esta área técnica como profissão (ZANETTI, 2006). Uma pedagogia crítica, quando aplicada às profissões da saúde, pode gerar nos estudantes a possibilidade de “em-si mesmarem-se” no lugar da prática, partindo da noção de que o conhecimento e o poder devem estar sempre sujeitos a debate, serem responsabilizados pela emancipação e estarem empenhados criticamente.

Para Giroux (1997), está no âmago da própria definição de ‘pedagogia crítica’ a vontade coletiva de reformar e desenvolver modos de prática pedagógica em que professores e alunos se tornem agentes críticos e questionadores ativos cuja negociação da relação entre teoria e prática, entre a análise crítica e o senso comum e entre a aprendizagem e a transformação social seja o norte (GUILHERME, 2005). A ‘pedagogia radical’ com esse tipo de crítica recusa a tese de que o conhecimento e a escola são neutros e que, portanto, os professores devem ter uma atitude neutra.

A escola é um processo político, não apenas porque contém uma mensagem política ou trata de tópicos políticos de ocasião, mas também porque é produzida e situada em um complexo de relações

políticas e sociais das quais não pode ser abstraída. (GIROUX, 1997, p. 88).

Tomando-se a necessidade de reformulação da prática de ensino em saúde e do desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo como modo de inculcar nos estudantes um conteúdo que os faça criticar a própria profissão que abraça é que a pauta de questões sociais fundamentais como o *gênero*, sob uma prática pedagógica radical, pode proporcionar a elaboração do pensamento crítico-reflexivo em estudantes das graduações em saúde que ultrapasse as interpretações positivo-fenomenológicas.

A pedagogia radical ilumina as relações entre conhecimento, autoridade e poder. Por exemplo, levanta questões sobre quem tem controle sobre as condições sob as quais o conhecimento é produzido. A produção de conhecimento e currículos em mãos de professores, empresas produzindo livros didáticos, interesses corporativos ou por outras forças? O fundamental em qualquer noção possível do que torna uma pedagogia crítica é, em parte, o reconhecimento de que a pedagogia é sempre uma tentativa deliberada por parte dos educadores de influenciar como e quais conhecimentos e subjetividades são produzidos dentro de um conjunto particular das relações sociais (GIROUX, 2013).

Tomando o gênero como um recorte específico das relações sociais em geral, pensar na (in)visibilidade ou ainda na episteme que a informa quando a questão é pautada, faz com que a crítica se qualifique e tome dimensões para além das explicações empírico-factuais. O gênero compreendido com 'opressão' se faz essencial pois, é nessa direção que o pensamento crítico se alarga para além das epistemes relatadas. Em suma, pode-se dizer que as tentativas de achar um lugar para a dimensão subjetiva da dominação de gênero correm o risco, como se diz cotidianamente, de "jogar fora o bebê com a água do banho", isto é, de abdicar de qualquer perspectiva totalizante, que considera o gênero dentro de um sistema econômico e político mais amplo, só restando lugar para o simbólico, abstraído de bases concretas (ARAÚJO, 2000).

Reflexões finais em aberto

Essa proposta de pesquisa mais uma vez retoma as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde. Estes documentos discorrem sobre a necessidade de formação de profissionais de saúde generalistas e humanistas, com capacidade crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde sempre baseando-se no rigor técnico e científico para alcançar tais atributos (BRASIL, 2002), contudo deixa em aberto suas concepções sobre ‘pensamento crítico’ e deixa a desejar na abordagem do gênero como aspecto fundamental na formação nesta área.

Refletir para além da patologia (tida tradicionalmente como o objeto de trabalho *sine qua non* dos profissionais de saúde) certamente é um desafio pedagógico que eleva o debate para uma saúde mais integral que congregue os conteúdos humanísticos e sociais como essenciais para compreensão de um ‘todo’ indissociável. Assim, a relevância da articulação entre pedagogia radical e formação em saúde que pautas as questões de gênero repousa na reformulação do papel social dos profissionais de saúde especialmente no trabalho no Sistema Único de Saúde.

Logo, partindo-se do pressuposto de que qualquer processo de trabalho em saúde sempre se operacionalizará sobre corpos e mentes de pessoas concretas cujo grau de ‘objetualização’ nunca poderá ser absoluto é que se pretende resgatar a crítica radical dos estudantes das graduações de saúde sobre os corpos e a psique dos sujeitos. Este resgate necessita ser a partir da compreensão totalizante sobre o social e suas formas de dominação, que pelo discurso dito ou não-dito, direcionam o olhar dos estudantes a enxergarem suas práticas para além da aparência.

No caso da categoria gênero, a pedagogia crítica pode ajudar a desvelar a apropriação desta categoria nos cursos de saúde a ponto de relativizar a ênfase no simbólico. Esta proposta visa demonstrar ao profissional de saúde como operar processos de cuidado, que extrapolem a assistência propriamente dita, que interfiram diretamente na compreensão e na transformação do que é normalidade/condição *sã*, podendo contribuir para uma sociedade diferente da que nos encontramos.

Notas

* Leonardo Carnut é professor adjunto da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e vice-coordenador do Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde (PPGECS). Possui pós-doutorado em Saúde Pública (Ciências Sociais e Humanas em Saúde) pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP) e doutorado em Saúde Pública (Política, Gestão e Saúde) pela FSP-USP (2015). E-mail: leonardo.carnut@gmail.com

¹ Existem diversos estudos, especialmente na área da Humanização em Saúde, que desconectam a prática social da saúde do 'todo' social (entendido como o 'modo de produção'). Seja por suas opções epistemológicas ancoradas na filosofia deleuzo-guattariana (MERHY, 1997) ou pela 'intensa intersubjetivação' do encontro assistencial tido como lócus do processo de trabalho analisado por uma episteme hermenêutico-fenomenológica (COUTO et al 2017, SCHRAIBER, 2008, AYRES, 2005).

² A Saúde Coletiva é um campo/núcleo de saberes e práticas (CAMPOS, 2000) que consideram a saúde como um fenômeno socialmente determinado, por isso é pertinente considerar para fins de precisão analítica, fazer uma crítica ao 'gênero' apropriado pela saúde coletiva, já que é neste campo em que 'o social' é considerado como objeto e, é portanto, devidamente problematizado.

³ Pensar que os conteúdos humanísticos-sociais nos cursos de saúde são dispensáveis. Isso, claro, é totalmente falso.

⁴ Abraham Flexner foi o médico que deu origem ao que hoje se compreende como 'modelo flexneriano de ensino' na saúde. As recomendações de Flexner apontam para um ensino em saúde focado na especialização da prática médica, na individualização do trabalho médico, na biologização do saber em saúde e na prática de uma 'medicina liberal'.

Referências

ALMEIDA-FILHO, Naomar. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, 2010.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; NARVAI, Paulo Capel. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 360-365, 2010.

ARAÚJO, Clara. Marxismo, feminismo e o enfoque de gênero. **Crítica marxista**, Campinas, SP, n. 11, p. 63-70, 2000.

ARUZZA, Cinzia. Considerações sobre gênero: reabrindo o debate sobre patriarcado e/ou capitalismo. **Revista Outubro**, São Paulo, v. 1, n. 23, p. 33-58, 2015.

ARUZZA, Cinzia. Funcionalista, determinista e reducionista: o feminismo da reprodução social e seus críticos. *Revista Cemarx*, Campinas, SP, v. 10, p. 39-60, 2017.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquista. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.

BARATA, Rita Barradas. Relações de gênero e saúde: desigualdades ou discriminação? In: _____. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 73-94.

BOTAZZO Carlos. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 7-17, 2006.

BRASIL. **Conselho Nacional de Educação**. Câmara de Educação Superior. Diretrizes curriculares nacionais do curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, seção 1, p. 10, 4 mar. 2002.

BRASIL. **Constituição**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria no. 267, de 26 de janeiro de 2001** (Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/2001) Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jan, 2001.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Saúde no Brasil - Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa/Ministério da Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Parecer CNE/CES 1.301/2001**, Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Ciências Biológicas. Despacho do Ministro em 04/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.

BRASIL. **Parecer CNE/CES 492/2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Filosofia, História, Geografia, Serviço Social, Comunicação Social, Ciências Sociais, Letras, Biblioteconomia, Arquivologia e Museologia Despacho do Ministro em 4/7/2001, publicado no Diário Oficial da União de 9/7/2001, Seção 1e, p. 50.

BRASIL. Proposta elaborada pela Comissão de Trabalho instituída abril/2015 pelo **Fórum de Graduação em Saúde Coletiva (FGSC-ABRASCO)**, sendo divulgada aos colegiados dos cursos de Saúde Coletiva em 15 de junho de 2015.

BRASIL. **Resolução CNE/CES 1/2003**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina Veterinária. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de fevereiro de 2003. Seção 1, p. 15.

BRASIL. **Resolução CNE/CES 2**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Biomedicina. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de fevereiro de 2003. Seção 1, p. 16.

BRASIL. **Resolução CNE/CES 3/2002**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10.

BRASIL. **Resolução CNE/CES 3/2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014. Seção 1, p. 8-11.

BRASIL. **Resolução CNE/CES 4/2002**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 11.

BRASIL. **Resolução CNE/CES 5/2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. Diário Oficial da União Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 39.

BRASIL. **Resolução CNE/CES 5/2002**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 12.

BRASIL. **Resolução CNE/CES 5/2011**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia. Diário Oficial da União, Brasília, 16 de março de 2011. Seção, p. 19.

BRASIL. **Resolução CNE/CES 6/2002**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 12.

BRASIL. **Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

BRASIL. **Resolução n. 6, de 19 de outubro de 2017**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de outubro de 2017. Seção 1, p. 30.

BRASIL. **Resolução n. 7, de 31 de março de 2004**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena. Diário Oficial da União, Brasília, 5 de abril de 2004, Seção 1, p. 18.

BUSS, Paulo; PELEGRINNI-FILHO, Alberto. A Saúde e seus determinantes sociais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; AMARAL, Márcia Aparecida. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CECCIM, Ricardo Burg.; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

COUTO, Marcia Thereza et al. Rendering visible heterosexually active men in Brazil: A national study on sexual behaviour, masculinities and HIV risk. **Current Sociology**, United Kingdom, v. 17, p. 001139211773536, 2017.

DESLANDES, Sueli Ferreira. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: _____. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006, p. 33-48.

DRAWIN, Carlos Roberto. Quando a Pedagogia é radical? **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 34-35, 1987.

DURKHEIM, Émile. **Da divisão do trabalho social**. São Paulo: Abril Cultural, 1979.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 8a. edição. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FRANZOI, Neusa Maria; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da; GUEDES, Rebeca Nunes. Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 589-597, 2011.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GIROUX, Henry. **Os professores como intelectuais: rumo a uma pedagogia crítica da aprendizagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

GIROUX, Henry. **Pedagogia Radical: subsídios**. São Paulo: Editora Autores Associados e Cortez, 1983.

GIROUX, Henry. Pedagogía crítica en tiempos oscuros. **Práxis educativa**, La Pampa, Argentina, v. 17, n. 1,2, p. 13-26, 2013.

GUILHERME, Manuela. Qual o papel da pedagogia crítica nos estudos de língua e de cultura? **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Lisboa, Portugal; v. 73, p. 131-143, 2005.

HUNT, Lynn. **A invenção dos direitos humanos: uma história**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

KLEINMAN, Arthur. What is specific to biomedicine? In: _____. **Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine**. Berkeley: University of California. Press; 1995, p. 21-40.

KNAUTH, Daniela Riva. Mudanças na saúde coletiva e suas inflexões na incorporação da categoria gênero. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1007-1017, 2009.

LALONDE, Marc. **A new perspectives on the health of Canadians: a working document**. Minister of Supply and Services of Canada. Ottawa. 1974.

LINS, Júlio Antunes Barreto; NETO, Alfredo Oliveira; MAGALHÃES, Gustavo Sérgio de Godoy. O que é humanização em saúde? In: VIERA, Sémares Genuino *et al.* **O Caminho: Grupo de Humanização**. Recife. Ed. Universitária UFPE, 2012, p. 55-70.

LÖWY, Michel; DUMÉNIL, Gérard; RENAULT, Emmanuel. **100 palavras do marxismo**. São Paulo: Cortez, 2015.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. (Orgs). **Praxis en salud: un desafío para lo público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

MORIN, Edgard. **Introdução ao pensamento complexo**, Editora: Instituto Piaget, 4ª. Edição 177p. 2003.

PAGLIOSA, Fernando Luis; DA ROS, Marco Aurélio. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PAIM, Jairnilson da Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar. Saúde coletiva: uma 'nova saúde pública' ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia Guimarães. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

ROJAS, Alberto. "Curriculum oculto" en medicina: una reflexión docente. **Revista Médica do Chile**, Santiago, v. 140, n. 9, p. 1213-1217, 2012.

SANTOS, Mário Ferreira. Dialética materialista e histórica. In: _____. **Lógica, dialética e decadalética**. São Paulo: Paulus, 2007.

SAUAIA, Artenira Silva e Silva. **Humanização e transdisciplinaridade: marcos da competência profissional no século XXI**. São Luís: UNICEF/EDUFMA, 2010.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança**. São Paulo: Hucitec, 2008.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília. UNESCO. Ministério da Saúde, 2002, 726p.

STAROBINSKI, Jean. É possível definir o ensaio? **Remate de Males**. Campinas, SP. v, 31, n. 1-2, p. 13-24, 2011.

TAVARES, Clotilde. A matriz invisível da saúde. In: _____. **Iniciação à visão holística**. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Record, 1997, p.76-92.

TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Therezinha. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 363-372, 2002.

VILELA, Wilza; MONTEIRO, Simone; VARGAS, Eliane. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 997-1006, 2009.

ZANETTI, Carlos Henrique Goretti. A formação do cirurgião-dentista. In: DIAS, Aldo Angelim. **Saúde bucal coletiva – metodologia de trabalho e práticas**. São Paulo: Editora Santos, 2007, p. 21-42.

Recebido em: março de 2019.

Aprovado em: setembro de 2019.