

Estado da publicação: O preprint não foi publicado em outro meio.

Remédios que não curam: Fraser e a desigualdade de gênero na medicina brasileira

Ursula Guirro, Elda Coelho De Azevedo Bussinguer

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.16370>

Submetido em: 2026-06-04

Postado em: 2026-07-28 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

Remédios que não curam: Fraser e a desigualdade de gênero na medicina brasileira

Úrsula Bueno do Prado Guirro, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4879-3057>

Elda Coelho de Azevedo Bussinguer, Faculdade de Direito de Vitória, Vitória, Espírito Santo, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4303-4211>

RESUMO

As mulheres passaram a representar metade dos profissionais da medicina brasileira, mas ocupam menos de um quinto das presidências e direções científicas das sociedades de especialidade e recebem menos de um terço dos convites para congressos científicos. Este artigo analisa o paradoxo a partir da teoria tridimensional da justiça de Nancy Fraser e argumenta que a feminização numérica não produziu paridade porque as instituições médicas operam com remédios afirmativos quando seriam necessários remédios transformadores. A análise examina como a fronteira capitalista entre produção e reprodução atravessa a medicina brasileira, organizando hierarquicamente as especialidades de cuidado e de intervenção técnica segundo o gênero, e discute as consequências do androcentrismo médico para a produção de conhecimento e para a saúde de todas as pessoas. A experiência internacional demonstra que mecanismos transformadores são possíveis e produzem resultados mensuráveis. Às sociedades médicas brasileiras não falta conhecimento sobre os mecanismos de produção da equidade, mas decisão institucional de implementá-los.

Palavras-chave: gênero; feminização da medicina; Nancy Fraser; reprodução social; androcentrismo médico.

ABSTRACT

Remedies That Do Not Cure: Fraser and Gender Inequality in Brazilian Medicine

Women now make up half of medical professionals in Brazil, yet they hold less than one fifth of the presidencies and scientific directorships of specialty societies and receive less than one third of invitations to scientific conferences. This article analyses the paradox through Nancy Fraser's three-dimensional theory of justice and argues that numerical feminization has not produced parity because medical institutions operate with affirmative remedies when transformative remedies would be required. The analysis examines how the capitalist boundary between production and

reproduction runs through Brazilian medicine, hierarchically organizing care and technical intervention specialties according to gender, and discusses the consequences of medical androcentrism for the production of knowledge and for the health of all people. International evidence shows that transformative mechanisms are possible and produce measurable results. What Brazilian medical societies lack is not knowledge about the mechanisms for producing equity, but the institutional decision to implement them.

Keywords: Gender; Feminization of Medicine; Nancy Fraser; Social Reproduction; Medical Androcentrism.

RESUMEN

Remedios que no curan: Fraser y la desigualdad de género en la medicina brasileña

Las mujeres pasaron a representar la mitad de los profesionales de la medicina brasileña, pero ocupan menos de un quinto de las presidencias y direcciones científicas de las sociedades de especialidad y reciben menos de un tercio de las invitaciones a congresos científicos. Este artículo analiza la paradoja a partir de la teoría tridimensional de la justicia de Nancy Fraser y argumenta que la feminización numérica no produjo paridad porque las instituciones médicas operan con remedios afirmativos cuando serían necesarios remedios transformadores. El análisis examina cómo la frontera capitalista entre producción y reproducción atraviesa la medicina brasileña, organizando jerárquicamente las especialidades de cuidado y de intervención técnica según el género, y discute las consecuencias del androcentrismo médico para la producción de conocimiento y para la salud de todas las personas. La experiencia internacional demuestra que los mecanismos transformadores son posibles y producen resultados mensurables. A las sociedades médicas brasileñas no les falta conocimiento sobre los mecanismos de producción de la equidad, sino decisión institucional de implementarlos.

Palabras clave: género; feminización de la medicina; Nancy Fraser; reproducción social; androcentrismo médico.

Introdução

Em 2025, as mulheres passaram a representar metade dos profissionais da medicina no Brasil. Dos mais de 600 mil registrados no território nacional, 323.730 são médicas, ou seja, 50,9% do total da categoria (Mário Scheffer et al., 2025).

As faculdades brasileiras não admitiam mulheres até 1879. Maria Augusta Generoso Estrela tornou-se a primeira médica brasileira, formada em 1881 pelo *New York Medical College and Hospital for Women*, nos Estados Unidos, e Rita Lobato Velho Lopes foi a primeira a obter um diploma médico em uma faculdade brasileira, ao se diplomar pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1887 (Yvonne Capuano, 2002). Ambas eram mulheres brancas e de famílias economicamente favorecidas, e ainda assim direcionaram a prática médica para o cuidado de mulheres e crianças, os únicos espaços que a sociedade da época considerava aceitáveis para mulheres. O privilégio de classe e raça não as protegeu da divisão sexual do trabalho médico. O que essa conquista não produziu persiste até hoje.

No Brasil, em 2024, as mulheres receberam 32,2% dos convites para congressos científicos nas vinte especialidades médicas que concentram aproximadamente oitenta por cento da força de trabalho, ainda que representassem 48% das profissionais dessas especialidades. Nas diretorias das sociedades de especialidade, os homens ocupavam 82,5% das presidências e 89,2% das direções científicas¹. O padrão brasileiro é consistente com o que Anuj Arora et al. (2020) identificaram em 98 congressos de 20 especialidades médicas em cinco regiões: as mulheres responderam por 30,1% das palestrantes, e as especialidades mais feminizadas tendiam a apresentar maior desproporção masculina nos convites. Quanto maior o prestígio da função, menor a presença feminina.

Este artigo parte de uma pergunta que os dados sozinhos não respondem: por que as próprias instituições que deveriam corrigir esse quadro não o fazem?

As sociedades médicas brasileiras afirmam compromisso com a não discriminação em seus estatutos e declarações públicas. O Código de Ética Médica proíbe expressamente qualquer forma de discriminação (Conselho Federal de Medicina, 2018). Mesmo assim, nenhuma das sociedades de especialidade pesquisadas dispõe de critérios formais e públicos de composição de gênero para a seleção de palestrantes ou para a ocupação de cargos de diretoria. Algumas mantêm comissões voltadas à equidade, mas sem mecanismos que vinculem essas discussões às decisões efetivas de seleção.

O descompasso entre o compromisso declarado com a equidade e a ausência de mecanismos institucionais que o efetivem configura uma lógica específica de funcionamento das instituições, em que o reconhecimento formal do

¹ Os dados sobre convites para congressos e composição das diretorias das sociedades médicas de especialidade são provenientes de pesquisa empírica em curso, conduzida pela primeira autora, com artigos em processo de submissão. Os dados estão disponíveis mediante solicitação.

problema convive com a preservação das estruturas que o produzem. Trata-se de uma operação que produz aparência de transformação sem alterar a estrutura, e que confere legitimidade institucional ao discurso da equidade sem cobrar seu preço material.

O par conceitual proposto por Nancy Fraser permite nomear a lógica anteriormente descrita. A autora distingue remédios afirmativos, que corrigem resultados desiguais sem alterar as estruturas que os produzem, de remédios transformadores, que reorganizam as próprias estruturas (Fraser, 2022). As sociedades médicas brasileiras operam sistematicamente com o primeiro tipo: enunciam compromisso com a equidade sem produzir os mecanismos que a tornariam possível.

A escolha da especialidade médica não é neutra nem individual. O capitalismo produziu, antes de qualquer decisão pessoal, uma hierarquia que distribui de antemão os espaços considerados femininos e os masculinos, separando especialidades de cuidado das de intervenção técnica e atribuindo às primeiras menor valorização social e econômica (Fraser, 2016; Silvia Federici, 2017; Heleieth Saffioti, 2013). A médica que escolhe pediatria e o médico que escolhe urologia respondem a um sistema de permissões e interdições que já definiu o lugar possível da mulher na profissão. Essa distribuição generificada é o terreno sobre o qual a lógica afirmativa das instituições opera. Se a desigualdade começa antes, o remédio que age apenas no nível da visibilidade pública chega tarde e produz pouco.

O artigo está organizado em quatro seções. A primeira apresenta a teoria tridimensional de Fraser e a distinção entre remédios afirmativos e transformadores como ferramenta analítica central. A segunda examina como a fronteira capitalista entre produção e reprodução atravessa o interior da medicina brasileira. A terceira analisa o que as sociedades médicas fazem e o que deixam de fazer diante dessa hierarquia. A última seção discute as consequências do androcentrismo médico para a produção de conhecimento e para a saúde de todas as pessoas, com atenção especial aos efeitos sobre a saúde das mulheres.

Justiça tridimensional e remédios da injustiça em Nancy Fraser

A filósofa estadunidense Nancy Fraser, desde os anos 1980, desenvolve uma teoria da justiça que recusa reduzir a injustiça a uma única causa ou manifestação. Em formulações iniciais como Justiça Interrompida (Fraser, 2022), a autora trabalhava com a dualidade entre redistribuição e reconhecimento. A partir de Escalas de Justiça (Fraser, 2020), incorpora uma terceira dimensão, a representação, configurando a chamada teoria tridimensional da justiça.

A redistribuição diz respeito à distribuição de recursos econômicos: quem recebe quanto, quem acessa quais postos de trabalho, quem recebe remuneração equivalente. O reconhecimento se refere ao status cultural e à valorização simbólica: quais grupos são respeitados, quais saberes são legitimados, quais práticas são consideradas de prestígio. A representação trata do acesso aos espaços de decisão: quem participa das instâncias que definem regras, prioridades e agendas.

Fraser caracteriza certas coletividades como bivalentes, atravessadas ao mesmo tempo por injustiças econômicas e culturais. O gênero é uma delas, ao lado da raça, e as mulheres são prejudicadas tanto pela estrutura econômica, que as concentra em ocupações desvalorizadas e mal remuneradas, quanto pela ordem cultural, que desvaloriza o que é codificado como feminino (Fraser, 2022). Essa bivalência impede que qualquer intervenção parcial seja suficiente.

Diante disso, Fraser formula a distinção entre remédios afirmativos e remédios transformadores. Os remédios afirmativos corrigem resultados desiguais sem alterar as estruturas que os produzem. Os remédios transformadores reorganizam as estruturas, atuando sobre as causas profundas da injustiça e não apenas sobre seus efeitos visíveis (Fraser, 2022).

A distinção tem consequências políticas diretas. Remédios afirmativos podem, paradoxalmente, reforçar as identidades e hierarquias que pretendem corrigir, ao tratar seus efeitos sem questionar sua origem. Remédios transformadores, por sua vez, exigem reorganização de arranjos consolidados e coalizões mais amplas, o que os torna politicamente mais custosos e institucionalmente mais ameaçadores. A assimetria explica em parte por que instituições tendem a preferir o primeiro tipo, mesmo quando o segundo seria necessário.

Fraser sustenta ainda que os remédios não operam isoladamente, mas em conjuntos. Quando uma instituição combina remédios afirmativos nas dimensões econômica e de reconhecimento, tende a produzir efeitos contraditórios: reconhece o grupo subordinado sem alterar as condições materiais que o subordinam, e ao fazê-lo reforça a própria identidade que pretendia valorizar (Fraser, 2022). É essa configuração que se observa nas sociedades médicas brasileiras. A celebração das mulheres médicas como presença numérica convive com a manutenção da hierarquia entre especialidades de cuidado, feminizadas e desvalorizadas, e especialidades de intervenção técnica, masculinizadas e prestigiadas. O conjunto é coerente em sua aparência e contraditório em seus efeitos.

Um exemplo que Fraser desenvolve é o do multiculturalismo afirmativo, que reconhece e celebra identidades culturais minoritárias sem questionar as estruturas econômicas e políticas que as subordinam (Fraser, 2022). O remédio afirmativo, nesse caso, produz visibilidade simbólica sem alterar as condições materiais que geram a desigualdade. A distinção é relevante porque permite identificar

intervenções que parecem progressistas mas que, ao não tocarem nas estruturas, acabam por legitimá-las.

A teoria tridimensional oferece, ainda, o conceito de paridade participativa como critério normativo central. Para Fraser, não basta estar presente em um espaço: é preciso poder participar em condições de igualdade, o que exige que as dimensões econômica, cultural e política da injustiça sejam enfrentadas ao mesmo tempo (Fraser, 2022). Uma médica que integra a força de trabalho de determinada especialidade mas não é convidada para palestras em congressos nem ocupa cargos de diretoria não participa como par. Ela está dentro da profissão, mas fora dos espaços onde a profissão se define.

A distinção entre presença e paridade é fundamental para compreender o caso da medicina brasileira. As mulheres tornaram-se maioria numérica na profissão, o que representa avanço real. Esse avanço, porém, concentrou-se no acesso formal à carreira. As mulheres médicas avançaram em uma das três dimensões, mas as outras duas, ser reconhecidas como autoridade nos espaços de prestígio científico e ter representação nas instâncias onde se tomam decisões, ficaram para trás. Fraser permite nomear esse descompasso não como atraso a ser superado com o tempo, mas como resultado previsível de organizações que oferecem acesso sem oferecer paridade.

Em obras posteriores, Fraser aprofunda esse diagnóstico ao analisar o que denomina neoliberalismo progressista, configuração política e cultural característica do capitalismo financeirizado contemporâneo (Fraser, 2024). Nessa configuração, valores como diversidade, meritocracia e emancipação ocupam o centro do discurso público, enquanto as proteções sociais que sustentariam materialmente esses valores são progressivamente desmontadas.

Nesse contexto, o feminismo institucional tende a ser absorvido pela lógica de mercado, e as demandas por transformação estrutural são substituídas por narrativas de inclusão individual. O sucesso de algumas mulheres em posições de prestígio passa a ser apresentado como evidência de equidade, mesmo quando as estruturas que tornam esse sucesso excepcional permanecem intactas. As sociedades médicas brasileiras operam nessa mesma lógica ao celebrarem a feminização numérica da profissão sem interrogar os mecanismos que mantêm as mulheres fora dos espaços onde a medicina se define.

Fronteira capitalista entre produção e reprodução na medicina

Fraser sustenta que o capitalismo não funciona sozinho (Fraser, 2016). Para que trabalhadoras e trabalhadores cheguem ao trabalho, alguém precisa gestá-los, criá-los, cuidá-los e sustentá-los emocionalmente ao longo da vida. Esse conjunto de

atividades, que a autora chama de reprodução social, sustenta a economia capitalista e, ao mesmo tempo, é sistematicamente desvalorizado por ela.

O capitalismo organizou historicamente a reprodução social como responsabilidade feminina, atribuindo às mulheres o cuidado da vida doméstica enquanto reservava aos homens o trabalho remunerado e publicamente reconhecido (Fraser, 2016; Federici, 2017). O trabalho que sustenta a vida ficou fora do mercado, invisível e gratuito; o que gera lucro, dentro, visível e valorizado. Essa divisão não descreveu apenas tarefas, pois distribuiu prestígio, autoridade e poder de forma desigual entre os sexos.

A mesma fronteira aparece dentro da medicina brasileira, embora raramente seja nomeada como tal. As especialidades voltadas ao cuidado contínuo da vida, como Pediatria, Geriatria, Medicina de Família e Comunidade e Cuidados Paliativos, concentram mais médicas mulheres. As especialidades de intervenção técnica, como Cirurgia, Urologia e Neurocirurgia, permanecem majoritariamente masculinas (Scheffer et al., 2025). A distribuição não é casual. Reproduz, no interior de uma profissão de alto prestígio, a mesma lógica que separou historicamente o trabalho de cuidar, atribuído às mulheres e desvalorizado, do trabalho de intervir, atribuído aos homens e valorizado.

As especialidades cirúrgicas, na sua maioria, concentram maior prestígio, possibilidade de remuneração e visibilidade nos espaços de autoridade científica. As especialidades de cuidado, em contraste, são associadas à empatia e à vocação, qualidades que o campo médico valoriza no discurso mas não traduz em reconhecimento equivalente. Federici (2017) aponta que a desvalorização não é apenas cultural: tem base material na forma como o capitalismo organiza a produção e distribui o que considera de maior valor.

Saffioti (2013) acrescenta que a subordinação feminina não resulta apenas da divisão capitalista do trabalho. Resulta de sua articulação com o patriarcado como sistema autônomo de dominação, que naturaliza a hierarquia ao apresentar como vocação ou aptidão biológica o que é produto de relações sociais historicamente construídas. Na medicina, esse mecanismo opera quando a concentração de mulheres nas especialidades de cuidado é explicada por sua suposta maior sensibilidade, ou quando a ausência de mulheres nas especialidades cirúrgicas é atribuída a escolhas individuais, sem que se interroguem as condições estruturais que produzem as próprias escolhas.

Fraser aprofunda esse argumento em *Capitalismo Canibal* ao mostrar que o capitalismo financeirizado não apenas desvaloriza o trabalho de cuidado, mas o devora progressivamente, transferindo sua responsabilidade para indivíduos e famílias, enquanto reduz os recursos coletivos que o sustentariam (Fraser, 2024). Na medicina, essa lógica se expressa na subordinação das especialidades de cuidado às de intervenção técnica, tanto em remuneração quanto em prestígio institucional.

As especialidades em que as mulheres são maioria são exatamente as que concentram menor prestígio nos congressos e nas diretorias. Não se trata de coincidência, mas de um efeito estrutural.

As sociedades médicas brasileiras e a lógica do remédio afirmativo

As sociedades médicas brasileiras não são instituições neutras. Elas definem quem representa a excelência científica da profissão, quem fala nos congressos e quem ocupa as diretorias. São as diretorias que organizam os congressos, escolhem os palestrantes e decidem quem tem visibilidade nos espaços de autoridade científica. Quando essas instâncias são compostas majoritariamente por homens em uma profissão em que as mulheres passaram recentemente a representar pouco mais da metade dos profissionais, a desigualdade resulta da própria forma como as instituições funcionam.

As diretorias das sociedades de especialidade são eleitas pelas médicas e médicos associados, o que confere ao processo aparência democrática. Na prática, porém, as candidaturas se constroem sobre redes de relacionamento que reproduzem as hierarquias existentes: quem já ocupa posições de visibilidade tem mais acesso às articulações que mobilizam votos e garantem continuidade. Pierre Bourdieu (1999) demonstrou que o capital social que circula nesses espaços não é neutro, pois favorece sistematicamente quem já detém prestígio e tende a perpetuar a composição dos grupos dominantes. As médicas, sub-representadas nos espaços de visibilidade científica, partem em desvantagem nesse processo. Não por falta de qualificação, mas porque as redes que alimentam as eleições internas são elas mesmas produto da hierarquia que deveriam corrigir.

O que as sociedades médicas brasileiras fazem diante dessa desigualdade é sintomático. Seus estatutos e declarações públicas afirmam compromisso com a não discriminação, algumas criaram comissões voltadas à equidade de gênero e o Código de Ética Médica proíbe qualquer forma de discriminação (CFM, 2018). O que não existe, em nenhuma das sociedades pesquisadas, são critérios formais e públicos que orientem a seleção de palestrantes ou a composição de diretorias a partir de princípios de equidade. A declaração existe, mas o mecanismo que a tornaria operacional permanece ausente.

Fraser demonstrou que uma intervenção não precisa ser desonesta para ser insuficiente. As comissões de equidade, os manifestos contra a discriminação e os discursos de valorização da mulher médica podem refletir compromisso genuíno e ainda assim não alterarem as estruturas que produzem a desigualdade. Uma instituição pode acreditar no que declara e continuar reproduzindo a hierarquia que diz combater, simplesmente porque não reorganizou as regras que a sustentam. O que define o remédio não é a intenção, mas o alcance. Uma declaração sem mecanismo opera com alcance necessariamente limitado.

Para que um remédio seja transformador, precisa reorganizar as regras (Fraser, 2022). No caso das sociedades médicas, isso significaria critérios explícitos de composição de gênero para a seleção de palestrantes, metas de representação nas diretorias e processos de seleção com resultados publicamente verificáveis. Em algumas das sociedades médicas brasileiras, a equidade aparece como valor enunciado, mas não como prática institucionalizada.

A literatura internacional mostra que esses mecanismos são viáveis. Arora et al. (2020), em análise de 98 congressos de 20 especialidades em cinco regiões, demonstraram que a composição das comissões de planejamento é o fator mais fortemente associado à proporção de mulheres como palestrantes. Robin Klein et al. (2017), analisando 460 congressos internacionais, mostraram que a declaração pública de compromisso com a equidade de gênero nos convites já produziu aumento mensurável na presença de mulheres.

Minji Kim et al. (2025) foram além. Ao comparar dois congressos consecutivos de uma sociedade americana de cirurgia majoritariamente masculina, com liderança masculina em 2022 e feminina em 2023, documentaram um salto na proporção de palestrantes mulheres de 23,1% para 33,2%. O resultado, porém, não decorreu apenas da troca de gênero na liderança. As autoras observam que a liderança de 2022 também havia manifestado compromisso com a diversidade, sem o mesmo efeito. O que diferenciou 2023 foi a combinação entre liderança diversa e intencionalidade explícita na seleção de palestrantes.

Colocar mulheres na liderança é, portanto, condição necessária, mas não suficiente. É preciso que essas lideranças, mulheres e homens, operem com letramento em equidade e com critérios que tornem a inclusão uma decisão estrutural, e não uma boa intenção individual.

A ausência desse tipo de mecanismo nas sociedades médicas brasileiras não é apenas uma lacuna administrativa. Quando uma instituição tem poder para mudar uma estrutura e não o faz, a inação reproduz o status quo e o legitima pelo silêncio (Fraser, 2022). Cinzia Arruzza; Tithi Bhattacharya; Nancy Fraser (2019) argumentam que o feminismo que se limita a celebrar a presença de mulheres em posições de prestígio, sem questionar as estruturas que tornam essa presença excepcional, produz mudança aparente sem alterar o que sustenta a desigualdade. É essa lógica que se observa nas sociedades médicas brasileiras.

Androcentrismo médico, produção de conhecimento e saúde

A sub-representação feminina nos espaços de decisão da medicina não afeta apenas as trajetórias das médicas. Ela incide diretamente sobre o tipo de conhecimento que a medicina produz e, por consequência, sobre a qualidade da assistência prestada a todas as pessoas.

A medicina moderna foi construída tendo o corpo masculino como referência. Os estudos que estabeleceram os critérios diagnósticos das principais doenças foram realizados predominantemente com homens, e seus resultados foram generalizados para toda a população como se o corpo feminino fosse variação do masculino (Janine Clayton; Francis Collins, 2014). Lea Merone et al. (2021) observam que o problema não reside no gênero de quem pratica a medicina, mas no conhecimento que foi produzido e no currículo que foi ensinado. As médicas foram formadas dentro do mesmo paradigma, aprenderam a medicina centrada no homem e no masculino e tiveram referências hierárquicas igualmente masculinas. Estudaram os mesmos manuais e aplicam os mesmos protocolos construídos sobre o corpo masculino como referência.

O infarto agudo do miocárdio é um dos exemplos mais documentados na literatura. Os sintomas clássicos, que incluem dor no peito com irradiação para o ombro esquerdo, correspondem à apresentação predominante nos homens. Nas mulheres, o quadro frequentemente se manifesta com náuseas, fadiga e dor nas costas, sintomas que os serviços de emergência tendem a reconhecer mais tardiamente, o que atrasa o tratamento e aumenta a mortalidade (Laxmi Mehta et al., 2016). Yue Gao et al. (2024), em revisão sistemática sobre viés de gênero nas doenças cardiovasculares, demonstraram que as mulheres recebem menos testes diagnósticos, são menos encaminhadas a especialistas e, quando hospitalizadas, têm menor probabilidade de receber intervenção coronariana.

O subdiagnóstico das mulheres não se limita ao ambiente hospitalar. Uma revisão de escopo que analisou 58 estudos internacionais demonstrou que, em 59% deles, as mulheres eram menos propensas a receber ressuscitação cardiopulmonar por transeuntes após parada cardíaca fora do hospital. Os fatores apontados incluíam o medo de expor o tórax feminino em público e a crença equivocada de que as mulheres raramente sofrem parada cardíaca (Gwendoline Png et al., 2024). Parte dessa hesitação tem raiz no próprio treinamento. A análise de 20 simuladores disponíveis no mercado global em 2023 constatou que 95% tinham tórax plano, sem mamas, sinalizando que o corpo feminino foi excluído também dos materiais de ensino (Jessica Stokes-Parish et al., 2024).

A história da mastectomia radical ilustra o que acontece quando a saúde da mulher não é priorizada. No final do século XIX, o cirurgião William Halsted estabeleceu como tratamento padrão para o câncer de mama a remoção completa da mama, dos músculos peitorais e de todos os linfonodos axilares, procedimento que causava linfedema crônico, restrição funcional e dor persistente. O protocolo foi mantido para mais de 90% das pacientes nos Estados Unidos até a década de 1970, sem que sua superioridade sobre procedimentos menos agressivos tivesse sido demonstrada por evidências de qualidade (Plesca et al., 2016).

Foram necessários quase um século e os estudos independentes de Umberto Veronesi et al. (2002) na Itália e Bernard Fisher et al. (2002) nos Estados

Unidos para demonstrar que a cirurgia conservadora produzia sobrevida equivalente. Durante décadas, um procedimento mutilador sobre o corpo feminino foi perpetuado como necessário porque a autoridade de quem o praticava não era questionada. Cabe perguntar se esse cenário teria durado tanto se as mulheres tivessem ocupado uma proporção expressiva dos espaços de decisão da cirurgia.

A saúde mental segue padrão semelhante. As mulheres são diagnosticadas com depressão e ansiedade em proporções maiores que os homens, mas os critérios diagnósticos foram construídos a partir de apresentações clínicas predominantemente masculinas, o que resulta em subdiagnóstico de outras condições, como esquizofrenia e transtorno bipolar (Amaia Bacigalupe et al., 2024). O transtorno de estresse pós-traumático afeta mulheres em proporção duas a três vezes maior que homens, mas a pesquisa sobre mecanismos biológicos e protocolos de tratamento específicos para mulheres permanece insuficiente (Debra Bangasser; Rita Valentino, 2014).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher reconhece que as necessidades de saúde das mulheres extrapolam o período reprodutivo e abrangem toda a sua trajetória de vida (Brasil, 2004). Na prática, porém, a medicina ainda tende a reduzir a saúde da mulher à sua função reprodutiva, tratando como periféricas condições que a afetam de forma desproporcional ao longo da vida.

O androcentrismo médico não prejudica apenas as mulheres. Uma medicina construída sobre o corpo do homem branco, adulto, saudável e ocidental como norma exclui todos que se distanciam desse modelo, inclusive os próprios homens quando não correspondem a ele. Homens mais velhos, com comorbidades ou de grupos étnicos sub-representados foram igualmente excluídos dos estudos que definiram os protocolos médicos vigentes (Clayton; Collins, 2014; Merone et al., 2021).

As pessoas trans enfrentam uma exclusão ainda mais profunda. Entre 2018 e 2022, apenas 0,08% dos artigos de ensaios clínicos reportaram a participação de pessoas trans ou não binárias (Marta Golonka et al., 2023). Além de invisíveis na pesquisa, tiveram suas identidades patologizadas pela própria medicina durante décadas. A transexualidade só foi retirada da lista de transtornos mentais da Classificação Internacional de Doenças em 2018, quando a CID-11 reclassificou a categoria como condição relacionada à saúde sexual (OMS, 2018). O androcentrismo não criou uma medicina para os homens, mas uma medicina para um tipo específico de pessoa que raramente existe na prática clínica. Esse modelo exclui, em graus diferentes, mulheres, homens que fogem ao padrão e pessoas que desafiam a binariedade sobre a qual o sistema foi construído.

A presença de mulheres e de profissionais com letramento em saúde das mulheres nos espaços de decisão não garante a superação automática desse androcentrismo, mas cria as condições para que ele seja interrogado. O que transforma a medicina não é a troca de um gênero pelo outro nas diretorias e nos

congressos, mas a entrada de perspectivas que reconheçam as lacunas que o paradigma vigente produziu e as coloquem na agenda de pesquisa. Quando isso não acontece, o conhecimento continua sendo produzido para padrões corporais que excluem a maior parte da população atendida.

A composição dos espaços de decisão da medicina não é uma questão de representação simbólica. É condição da qualidade da assistência prestada a uma população em que 51,5% são mulheres (IBGE, 2022) e do cumprimento de um direito constitucionalmente garantido (Brasil, 1988).

O argumento de Fraser retorna nesse ponto. As sociedades médicas brasileiras dispõem do reconhecimento formal do problema, expresso em declarações, comissões e códigos de ética, mas não dos mecanismos que transformariam esse reconhecimento em mudança estrutural. Sem critérios explícitos de composição de gênero nos congressos, sem metas de representação nas diretorias e sem prestação de contas pública sobre os resultados, o androcentrismo que organiza o conhecimento médico permanece intacto. O remédio afirmativo, como Fraser demonstrou, não é suficiente quando a estrutura que produz a desigualdade não é reorganizada.

Considerações finais

Este artigo argumentou que a feminização numérica da medicina brasileira não produziu paridade nos espaços onde a profissão se define. As mulheres são maioria entre os profissionais registrados no país, mas ocupam menos de um quinto das presidências e direções científicas das sociedades de especialidade e recebem menos de um terço dos convites para congressos científicos. O descompasso não é acidental, mas resultado previsível de instituições que operam com remédios afirmativos onde seriam necessários remédios transformadores.

A teoria de Nancy Fraser permitiu nomear esse fenômeno. As sociedades médicas brasileiras enunciam compromisso com a não discriminação, criam comissões de equidade e invocam o Código de Ética Médica como amparo normativo. Nenhuma delas, porém, dispõe de critérios formais de composição de gênero para a seleção de palestrantes, metas de representação nas diretorias ou processos de seleção com resultados publicamente verificáveis. Declaram um valor sem os instrumentos que o tornariam operacional. É essa configuração que Fraser caracteriza como remédio afirmativo.

A fronteira capitalista entre produção e reprodução, que Fraser identificou como constitutiva do capitalismo, atravessa o interior da medicina brasileira e fornece o terreno sobre o qual essa lógica opera. As especialidades de cuidado, feminizadas, concentram menor prestígio social e econômico; as de intervenção técnica, masculinizadas, concentram autoridade científica e remuneração. A escolha

da especialidade responde a um sistema de permissões e interdições que distribui antecipadamente o lugar possível na profissão, segundo o gênero. Sem remédios transformadores que reorganizem essa hierarquia, a feminização numérica continuará a coexistir com a exclusão simbólica e institucional.

As consequências dessa estrutura alcançam todas as pessoas atendidas por uma medicina cujo conhecimento foi produzido para padrões corporais que raramente correspondem à prática clínica. Uma medicina que subdiagnostica o infarto feminino, treina seus profissionais com simuladores de tórax plano e manteve por quase um século um procedimento mutilador sem demonstração robusta de superioridade não falhou por má vontade individual. Falhou porque as estruturas que definem o que conta como conhecimento legítimo não foram reorganizadas.

A experiência internacional demonstra que remédios transformadores são possíveis e produzem resultados mensuráveis. A reorganização da composição dos comitês de planejamento dos congressos é o fator mais fortemente associado a mudanças efetivas na proporção de mulheres como palestrantes. Incluir mulheres e profissionais com letramento em equidade nas instâncias de decisão não é suficiente por si só, mas é condição necessária para que o paradigma vigente seja interrogado e as lacunas que ele produziu sejam colocadas na agenda. O que falta às sociedades médicas brasileiras não é conhecimento sobre como produzir equidade, mas decisão institucional de implementá-los.

A análise aqui proposta concentrou-se no gênero como eixo de desigualdade, sem articular sistematicamente sua intersecção com a raça, dimensão central da medicina brasileira. As mulheres médicas brasileiras são, em sua maioria, mulheres brancas, e a hierarquia que organiza a profissão também distribui prestígio segundo critérios raciais que merecem tratamento próprio em pesquisas futuras. A categoria de coletividade bivalente, que Fraser aplica tanto ao gênero quanto à raça, abre caminho para esse aprofundamento e impõe seu desafio.

A feminização numérica da medicina brasileira é conquista real, mas só será plena quando as mulheres deixarem de estar ausentes dos espaços onde se decide o que a medicina é, o que ela pesquisa e quem ela atende.

Referências

ARORA, Anuj; KAUR, Yuvreet; DOSSA, Fahima; NISENBAUM, Rosane; LITTLE, Darby; BAXTER, Nancy N. "Proportion of female speakers at academic medical conferences across multiple specialties and regions". *JAMA Network Open*, v. 3, n. 9, e2018127, set. 2020.

ARRUZZA, Cinzia; BHATTACHARYA, Tithi; FRASER, Nancy. *Feminismo para os 99%: um manifesto*. São Paulo: Boitempo, 2019.

BACIGALUPE, Amaia; MARTÍN, Unai; TRIOLO, Federico et al. "Is the diagnosis and treatment of depression gender-biased? Evidence from a population-based aging cohort in Sweden". *International Journal for Equity in Health*, v. 23, n. 1, e252, nov. 2024.

BANGASSER, Debra A.; VALENTINO, Rita J. "Sex differences in stress-related psychiatric disorders: neurobiological perspectives". *Frontiers in Neuroendocrinology*, v. 35, n. 3, p. 303-319, ago. 2014.

BOURDIEU, Pierre. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPUANO, Yvonne. *Matris Anima Curant: as pioneiras médicas Maria Augusta Estrela e Rita Lobato*. São Paulo: Línea Médica, 2002.

CLAYTON, Janine A.; COLLINS, Francis S. "Policy: NIH to balance sex in cell and animal studies". *Nature*, v. 509, n. 7500, p. 282-283, maio 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução nº 2.217/2018: Código de Ética Médica*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2018.

FEDERICI, Silvia. *Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. São Paulo: Elefante, 2017.

FISHER, Bernard et al. "Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer". *New England Journal of Medicine*, v. 347, n. 16, p. 1233-1241, 2002.

FRASER, Nancy. "Contradictions of capital and care". *New Left Review*, n. 100, p. 99-117, jul./ago. 2016.

FRASER, Nancy. *Escalas de justiça: reimaginando o espaço político em um mundo globalizado*. Tradução de Sônia Midori Fukushima. Florianópolis: Editora da UFSC, 2020.

FRASER, Nancy. *Justiça interrompida: reflexões críticas sobre a condição pós-socialista*. São Paulo: Boitempo, 2022.

FRASER, Nancy. *Capitalismo canibal: como nosso sistema está devorando a democracia, o cuidado e o planeta*. São Paulo: Autonomia Literária, 2024.

GAO, Yue et al. "Gender bias in diagnosis, prevention, and treatment of cardiovascular diseases: a systematic review". *Cureus*, v. 16, n. 3, e55671, mar. 2024.

GOLONKA, Marta et al. "Improving access for and experience of transgender and non-binary patients in clinical research: insights from a transgender patient focus group and targeted literature reviews". *Contemporary Clinical Trials Communications*, v. 33, e101131, jun. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2022*. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em <https://censo2022.ibge.gov.br>. Acesso em 27/05/2026.

KIM, Minji et al. "The impact of leadership in gender diversity of annual meeting speakers in the American Society for Surgery of the Hand". *Journal of Hand Surgery Global Online*, v. 7, n. 4, e100616, abr. 2025.

KLEIN, Robin S. et al. "Speaking out about gender imbalance in invited speakers improves diversity". *Nature Immunology*, v. 18, n. 5, p. 475-478, maio 2017.

MEHTA, Laxmi S. et al. "Myocardial infarction in women". *Circulation*, v. 133, n. 9, p. 916-947, 2016.

MERONE, Lea; TSEY, Komla; RUSSELL, Darren; NAGLE, Cate. "Sex and gender gaps in medicine and the androcentric history of medical research". *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, v. 45, n. 5, p. 424-426, out. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Internacional de Doenças, 11ª revisão (CID-11)*. Genebra: OMS, 2018.

PLESCA, M.; BORDEA, C.; EL HOUICHEIMI, B.; ICHIM, E.; BLIDARU, A. "Evolution of radical mastectomy for breast cancer". *Journal of Medicine and Life*, v. 9, n. 2, p. 183-186, abr./jun. 2016.

PNG, Gwendoline et al. "Global sex disparities in bystander cardiopulmonary resuscitation after out-of-hospital cardiac arrest: a scoping review". *Journal of the American Heart Association*, v. 13, n. 18, e035794, set. 2024.

SAFFIOTI, Heleieth. *A mulher na sociedade de classes: mito e realidade*. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

SCHEFFER, Mário et al. *Demografia Médica no Brasil 2025*. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

STOKES-PARISH, Jessica et al. "CPR training as a gender and rights-based healthcare issue". *Health Promotion International*, v. 39, n. 6, daae156, dez. 2024.

VERONESI, Umberto et al. "Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer". *New England Journal of Medicine*, v. 347, n. 16, p. 1227-1232, 2002.

Declaração de contribuição dos autores

Úrsula Bueno do Prado Guirro.

Docente da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil. Pós-doutoranda na Faculdade de Direito de Vitória, Vitória, ES, Brasil. Funções CRediT: Conceitualização; Curadoria de dados; Investigação; Metodologia; Escrita (rascunho original, revisão e edição). ursula@ufpr.br

Elda Coelho de Azevedo Bussinguer.

Docente da Faculdade de Direito de Vitória, Vitória, ES, Brasil. Funções CRediT: Conceitualização; Supervisão; Validação; Escrita (revisão e edição). elda@fdv.br

Financiamento

Este trabalho não recebeu financiamento de agências de fomento.

Declaração de conflito de interesse

As autoras declaram que não há conflito de interesse.

Aprovação de comitê de ética em pesquisa

Esta pesquisa utiliza exclusivamente dados públicos e secundários, dispensando aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Declaração de disponibilidade de dados da pesquisa

Os dados de pesquisa que embasam os resultados deste estudo estão em processo de publicação em artigos científicos específicos e estão disponíveis mediante solicitação às autoras.

Declaração de uso de IA

A ferramenta de inteligência artificial Claude (Anthropic) foi utilizada para auxiliar na revisão técnico-gramatical do texto, no ajuste do estilo de redação às normas editoriais da revista e na normalização de referências bibliográficas. As decisões de conteúdo, argumentação teórica, interpretação dos dados e responsabilidade pela versão final são integralmente das autoras.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.