

**A pertinência de uma perspetiva médica baseada
no sexo e no género: abordagem exploratória à
realidade nas Escolas Médicas Portuguesas**
(Versão Final Após Defesa)

Filipa Nogueira de Sousa

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Mestrado integrado)

Orientador: Prof.^a Doutora Amélia Maria Cavaca Augusto
Co-orientador: Prof. Doutor Miguel Castelo Branco Craveiro Sousa

agosto de 2023

Declaração de Integridade

Eu, Filipa Nogueira de Sousa, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 40040 do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 09 /08 /2023

Filipa Nogueira de Sousa

Dedicatória

*“Eles não sabem nem sonham
Que o sonho comanda a vida
E que sempre que o homem sonha
O mundo pula e avança
Como bola colorida
Entre as mãos de uma criança.”*

- António Gedeão

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Amélia Augusto, por toda a paciência e pronta disponibilidade para a orientação deste trabalho. Foi e continuará a ser uma fonte de inspiração, pela sua competência e vontade de lutar por um mundo mais inclusivo para todas as minorias.

Ao Professor Doutor Miguel Castelo-Branco, pela receptividade para coorientar esta tese e pelo interesse demonstrado neste tema tão importante.

Aos meus pais, Sandra e Vítor, por suportarem o meu sonho ao longo destes 6 anos e não me deixarem desistir. Serão sempre o meu maior apoio e o exemplo de força, trabalho e dedicação que almejarei alcançar.

À minha irmã, Raquel, por me motivar com inúmeros calendários e ferramentas de organização. E por me mostrar que não estou sozinha nesta difícil vida de estudante, nunca estive e nunca estarei.

Aos meus avós, por serem amor e porque sem eles não estaria aqui. Espero continuar a ser motivo de orgulho para vocês. E a toda a minha família e amigos que marcaram o meu percurso.

Ao Zé, por ser a minha rocha nos momentos mais difíceis, por me fazer rir todos os dias, mesmo quando parece não haver motivos, e por ser a minha pessoa e o meu melhor amigo.

À Joana, a melhor parceira de curso que podia pedir, por me avisar dos prazos de submissão de trabalhos e avaliações, e porque sem ela não teria chegado até aqui.

À Di, Sofy, Chiqui, Ana M. e Ana P., por me terem acolhido na família *Habemus* e mostrado que a Faculdade é sem dúvida feita de pessoas. Obrigada por tolerarem os meus atrasos e por terem tornado estes anos inesquecíveis.

Resumo

Introdução: Cada vez mais a literatura existente tem apresentado evidências relativas aos benefícios da aplicação de uma perspetiva baseada no sexo e no género ao nível da Medicina (Sex and Gender Based Medicine). Isto é, uma perspetiva que lida com as diferenças fisiológicas e fisiopatológicas entre os indivíduos do sexo feminino e masculino, mas que também tem em conta a construção social do género e o modo como as diferenças sociais daí resultantes influenciam a saúde e os comportamentos de saúde das pessoas. Através da discussão da possível existência de um viés de género na medicina, o qual tem vindo a ser ilustrado, inclusive, com recurso à medicina baseada na evidência, pretende-se aferir qual a pertinência da introdução de uma perspetiva médica baseada no sexo e no género na medicina, discutindo ainda as implicações que esta trará à prática clínica e, em particular, à Educação Médica.

Objetivos: Compreender a importância e a pertinência de adotar uma perspetiva médica baseada no sexo e no género, através da análise do impacto que os vieses de sexo e género trazem para os cuidados de saúde; avaliar a que nível esta perspetiva se encontra inserida nos *curricula* de medicina, particularmente nos Mestrados Integrados em Medicina das Universidades públicas portuguesas, para compreender se os futuros médicos em Portugal são ou não educados para as questões de género; Investigar, através da análise de literatura, diversas estratégias e boas práticas que podem ser integradas no ensino médico para implementar a Medicina Baseada no Sexo e no Género com sucesso.

Metodologia: A primeira parte resulta de uma revisão da literatura e deve, em si mesma, ser entendida como parte integrante da investigação, uma vez que permite aferir a possível existência de um viés de género na medicina, para compreender qual a pertinência da introdução de uma perspetiva médica baseada no sexo e no género na medicina. Para tal recorreu-se à pesquisa de artigos na base de dados PubMed e no motor de busca Google Scholar, entre julho de 2022 e abril de 2023, através das seguintes palavras-chave: “gender bias in medicine”, “gender and sex based medicine”, “gender and depression”, “gender and mental health” e “gender and heart disease”, tendo-se selecionado 43 artigos em língua inglesa para a construção do estado da arte. Seguidamente, procedeu-se à análise exploratória dos *curricula* dos 8 cursos de Medicina em Portugal que conferem o grau de mestre numa Universidade pública, tendo-se recorrido à pesquisa de palavras-chave relacionadas com o tema. Posteriormente, a frequência destas palavras foi contabilizada e o contexto das mesmas analisado com, com vista a perceber em que medida é assumida a pertinência de incorporar

uma dimensão de género no ensino médico, e em que medida a mesma está presente nos conteúdos programáticos das Unidades Curriculares que compõem o Plano de Estudos.

Conclusão: A Medicina Baseada no Sexo e no Género é fundamental para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população, já que o sexo e o género desempenham um papel preponderante enquanto determinantes de saúde, definindo não só o risco de um indivíduo para desenvolver doença, mas também a qualidade dos cuidados de saúde que lhe são prestados, influenciando a marcha diagnóstica e a decisão terapêutica. Assim, intervir na educação dos futuros profissionais é a forma mais eficaz de os consciencializar dos seus preconceitos. Através da análise dos *curricula* dos cursos de medicina portugueses selecionados, concluiu-se que esta perspetiva não é lecionada em nenhum deles, havendo referências insuficientes às questões de género. Várias estratégias são sugeridas, como a criação de uma Unidade Curricular totalmente dedicada à Medicina Baseada no Sexo e no Género.

Palavras-chave

Medicina baseada no sexo e no género; educação médica; escolas médicas; Portugal.

Abstract

Introduction: There is increasing evidence in the literature of the benefits of applying a sex and gender based perspective to medicine. That is, a perspective that addresses the physiological and pathophysiological differences between females and males, but also takes into account the social construction of gender and how the resulting social differences influence people's health and health behaviors. Through the discussion of the possible existence of a gender bias in medicine, which has been illustrated, including, with the use of evidence-based medicine, we intend to assess the relevance of introducing a medical perspective based on sex and gender in medicine, also discussing the implications that this will bring to clinical practice and, in particular, to Medical Education.

Objectives: To understand the importance and relevance of adopting a sex and gender-based medical perspective by analyzing the impact that sex and gender biases bring to healthcare; To assess the level at which this perspective is inserted in the medical *curricula*, particularly in the Integrated Masters in Medicine of Portuguese public universities, to understand whether or not future doctors in Portugal are educated for gender issues; To investigate, through literature review, various strategies and good practices that can be integrated into medical education to successfully implement Sex and Gender Based Medicine.

Methodology: The first part results from a literature review and should be understood as an integral part of the research, since it allows to assess the possible existence of a gender bias in medicine, to understand the relevance of introducing a sex and gender-based medical perspective in medicine. To this end, articles were searched in the PubMed database and the Google Scholar search engine, between July 2022 and April 2023, using the following keywords: "gender bias in medicine", "gender and sex based medicine", "gender and depression", "gender and mental health" and "gender and heart disease", and 43 articles in English were selected. Secondly, an exploratory analysis of the *curricula* of the 8 medical courses in Portugal that confer the master's degree at a public university was carried out, using keywords related to the theme. Subsequently, the frequency of these words was counted and their context was analyzed, in order to understand to what extent the relevance of incorporating a gender dimension in medical

education is assumed, and to what extent it is present in the Curricular Units that make up the Study Plan.

Conclusion: It was concluded that Sex and Gender-Based Medicine is fundamental to improve the quality of health care provided to the population, since sex and gender play a major role as determinants of health, defining not only the risk of an individual to develop disease, but also the quality of health care provided, influencing the diagnostic process and the therapeutic decision. Thus, intervening in the education of future professionals is the most effective way to make them aware of their prejudices. Through the analysis of the *curricula* of the selected Portuguese medical courses, it was concluded that this perspective is not taught in any of them, with insufficient references to gender issues. Several strategies are suggested, such as the creation of a Curricular Unit totally dedicated to Sex and Gender-Based Medicine.

Keywords

Sex and gender based medicine; medical education; medical schools; Portugal.

Índice

Dedicatória	v
Agradecimentos	vii
Resumo.....	ix
Palavras-chave	x
Abstract	xii
Keywords.....	xiii
Lista de Figuras	xvii
Lista de Tabelas.....	xix
Lista de Acrónimos	xxi
Capítulo 1 - Introdução e Contextualização.....	1
Capítulo 2 - Metodologia	5
Capítulo 3 - Viés de Género e o Impacto na Saúde	7
3.1 Contexto histórico	7
3.2 Viés de Género na Investigação.....	9
3.3 Viés de Género na Prática Clínica.....	12
3.3.1 Patologia cardíaca	13
3.3.2 Patologia psiquiátrica	16
Capítulo 4 - O papel da Educação Médica: Importância, evolução e panorama atual....	21
Capítulo 5 - Em torno dos dados: a realidade das Escolas Médicas Portuguesas	25
5.1 Análise exploratória dos Planos de Estudos dos cursos de Medicina em Portugal	25
Capítulo 6 - Propostas para a mudança de paradigma nos <i>curricula</i> médicos	35
6.1 - Estratégias de implementação	35
6.2 Barreiras e fatores facilitadores.....	38
Capítulo 7 - Conclusão e Perspetivas Futuras	41
Bibliografia.....	43

Lista de Figuras

Figura 1 – Tondo Doni, de Michelangelo Buonarroti. De notar os braços musculados da Madonna.

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Número de referências às palavras-chaves, Unidades Curriculares e contexto das mesmas nos Planos de Estudo das Escolas Médicas selecionadas.

Tabela 2 – Temas e objetivos sugeridos para Unidade Curricular opcional sobre Medicina Baseada no Sexo e no Gênero

Tabela 3 – Características requeridas para implementar a Medicina Baseada no Sexo e no Gênero nos currícula de medicina com sucesso

Tabela 4 – Conteúdos e temas que se sugerem de formar a integrar a Medicina Baseada no Sexo e no Gênero de forma transversal e contínua nos currícula dos cursos de Medicina

Tabela 5 – Barreiras e obstáculos à implementação da Medicina Baseada no Sexo e no Gênero nos currícula das Faculdades de Medicina.

Tabela 6 – Fatores e medidas que facilitam a implementação da Medicina Baseada no Sexo e no Gênero nos currícula dos cursos de Medicina

Lista de Acrónimos

NIH	National Institutes of Health
FDA	Food and Drugs Administration
SCA	Síndrome Coronária Aguda
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
STEMI	<i>ST Elevation Miocardial Infarction</i>
ICP	Intervenção Coronária Percutânea
AHA	American Heart Association
ECG	Eletrocardiograma
NSTEMI	<i>Non-ST Elevation Miocardial Infarction</i>
EUA	Estados Unidos da América
PEA	Perturbação do Espectro do Autismo
PHDA	Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
AMWA	American Medical Women's Association
EMUM	Escola Médica da Universidade do Minho
FMUP	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
ICBAS	Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
FMUC	Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
FCS-UBI	Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior
FML	Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
NMS	NOVA Medical School
FMCB-Ualg	Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas da Universidade do Algarve

Capítulo 1 - Introdução e Contextualização

A Medicina Baseada No Sexo e no Género surgiu para combater vários problemas trazidos pela medicina baseada na evidência. Os vieses e preconceitos associados ao género e sexo dos doentes estão presentes na prática da medicina desde a antiguidade e continuam a colocar em risco a saúde de toda a população, resultando numa desigualdade ao nível dos cuidados de saúde, com resultados desfavoráveis tanto para as mulheres como para os homens. A existência destes preconceitos tem impactos a vários níveis, começando pela investigação, com a exclusão das mulheres de vários ensaios clínicos e ausência da análise dos dados com base no sexo dos participantes, e terminando nos constantes erros cometidos ao nível do diagnóstico e tratamento de várias patologias. Estes preconceitos continuam a ser perpetuados, não só na prática clínica, como na educação e formação dos profissionais de saúde, tendo um importante impacto nos cuidados de saúde. Dada a relevância deste impacto na saúde, coloca-se então a questão: porque é que a Medicina Baseada no Sexo e no Género não é abordada no quotidiano dos profissionais e estudantes da área da saúde?

Este assunto foi-me dado a conhecer através de várias iniciativas extra-curriculares e atividades dinamizadas pelo núcleo de estudantes da minha faculdade. Daí nasceu a curiosidade pelos verdadeiros impactos do sexo e (sobretudo) do género na área da saúde, que se repercutem tanto nos doentes como nos próprios profissionais. A influência destes fatores na saúde muito se deve a ideias pré-concebidas e estereótipos acerca dos mesmos, sendo necessário promover o reconhecimento da sua existência e dos seus efeitos e educar a população médica para eliminar ou, pelo menos, reduzir a presença destes vieses. Sendo este um assunto que alegadamente pode melhorar a qualidade dos serviços e dos cuidados de saúde dos indivíduos que deles dispõem, é evidentemente um tema com elevada relevância para a nossa sociedade, sendo escassamente explorado e investigado, particularmente no contexto português. Assim, e enquanto estudante do último ano de Medicina, comecei a interrogar-me o porquê de este tema nunca me ter sido apresentado no contexto da minha educação médica formal, dando origem à motivação para realizar este trabalho, com o intuito de compreender qual a verdadeira pertinência desta perspetiva médica e a que nível ela é abordada nos cursos de Medicina em Portugal.

Antes de analisar o impacto destes vieses na saúde da população, é importante clarificar alguns conceitos. A medicina baseada no sexo e no género é uma perspetiva médica que se compromete a encarar as mais diversas áreas da saúde tendo por base as diferenças fisiológicas, fisiopatológicas e ainda sociais que existem entre homens e mulheres. O seu principal objetivo é combater os vieses e preconceitos associados ao sexo e género enraizados na sociedade e sustentados pela medicina baseada na evidência, através da introdução de novas perspetivas e

da criação de uma ligação entre as já existentes áreas da Medicina, sem necessariamente substituir nenhuma delas (1).

Quanto aos conceitos de sexo e género, importa clarificar as suas diferenças para melhor compreender a forma como impactam os cuidados de saúde. “Sexo” engloba as características biológicas associadas à função reprodutora, bem como as variações anatómicas, fisiológicas, fisiopatológicas e genéticas que distinguem o homem da mulher (2–4). Todavia, cada vez mais se tem conhecimento de variações cromossómicas e fenotípicas que não se enquadram nos critérios que habitualmente são utilizados para classificar um indivíduo como feminino ou masculino. Exemplo disso são patologias como a Síndrome de Insensibilidade aos Androgénios, condição genética em que estão presentes níveis de testosterona considerados normais para um indivíduo do sexo masculino, mas em que a ausência de recetores para a mesma se traduz num fenótipo tipicamente feminino, apesar do cariótipo XY (5). Assim, cada vez mais começa a ser importante a criação de um sistema não binário que inclua estas situações e ainda variações relativas à atividade metabólica, tamanho ósseo, função cerebral, resposta ao stress e capacidade pulmonar, que tantas vezes são categorizadas como caracteristicamente femininas ou masculinas, o que nem sempre corresponde à realidade (4). Porém, dada a dimensão desta matéria, este trabalho irá focar-se no sexo binário, por entender que é um passo necessário para abrir portas à evolução futura de uma medicina cada vez mais inclusiva, independentemente das variações biológicas tipicamente associadas ao sexo.

Por outro lado, o “género” é uma construção social do que é considerado feminino ou masculino, referindo-se aos papéis, responsabilidades, limitações e experiências que são atribuídos aos indivíduos com base no sexo com que estes se apresentam (3,4). Esta categorização tem origem cultural e social, sendo mutável não só de cultura para cultura, mas também ao longo do tempo, construindo-se através das constantes interações entre as pessoas. Implica que várias características sejam impostas aos indivíduos, sendo socialmente expectável que um homem aja de uma determinada forma perante uma situação e uma mulher de outra. Este conceito engloba vários rótulos normalmente atribuídos através da identidade e da expressão de género dos indivíduos, categorizando-os como “mulher”, “homem”, “pessoa transexual”, “pessoa não binária”, entre outros, sendo que cada vez mais se aceita que o conceito de identidade de género engloba todas as identidades e expressões de género num espetro que vai desde o feminino ao masculino (2,4). Acredita-se também que esta componente social tenha influência na saúde e no acesso aos cuidados de saúde, já que sabemos que o género é um importante determinante social em saúde e fundamento de desigualdades sociais. O género institucionalizado, isto é, o conceito de género que é produzido e moldado por várias instituições da sociedade, como os meios de comunicação social, a religião, a educação, a medicina e outros sistemas políticos, tem um impacto extremamente importante no acesso e na qualidade dos cuidados prestados (4). Considera-se que estas instituições têm influência suficiente para criar

uma estrutura social de género fortemente enraizada e raramente questionada pela sociedade. Isto reflete-se numa grande discrepância no que diz respeito à distribuição dos homens e das mulheres pelas posições de poder, uma vez que é globalmente aceite e assumido que os homens terão mais capacidades para assumir estas funções do que as mulheres (4). O mesmo se verifica em relação às diferenças salariais verificadas entre homens e mulheres que desempenham funções semelhantes. Desta forma, as mulheres encontram-se com maior frequência em situações económicas mais precárias, estimando-se que cerca de 70% das pessoas em estado de pobreza são mulheres e crianças (6). Assim, a presença de estabilidade financeira é algo considerado fundamental para um estilo de vida saudável, já que permite o acesso a melhores serviços de saúde, educação e literacia em saúde, bem como hábitos alimentares saudáveis e seguros, reduzindo a presença de fatores de risco (4). Concluindo, é notável o impacto que o género tem no estado de saúde dos doentes, e é por isso que essas consequências devem ser estudadas e também consideradas no que toca à abordagem diagnóstica e terapêutica. Por outro lado, é também fundamental considerar a influência que a construção social do género tem sobre os próprios profissionais de saúde, os quais, por via dos vieses de género, adotam diferentes posicionamentos face a homens e mulheres (ainda que inconscientemente), o que pode ter repercussões na relação médico/doente, seja ao nível do diagnóstico ou da decisão terapêutica. Contudo, e como já referido anteriormente, o género, sobretudo na sua componente de identidade, engloba indivíduos que acabam por se ver excluídos da tradicional categorização binária de feminino e masculino. Indivíduos com identidades trans, não binárias ou *gender fluid* enfrentam estigmas e preconceitos sociais que, tal como referido anteriormente relativamente às mulheres, têm impacto no seu estado de saúde e no seu acesso aos cuidados de saúde. A abordagem que é feita a estes doentes também deve ser estudada e reavaliada, de forma a criar cuidados de saúde de maior qualidade e cada vez mais inclusivos. Porém, este trabalho não abordará esse tema, pois, apesar de reconhecer a importância do mesmo, é também um assunto de grande dimensão, que, certamente, será alvo de estudo num futuro próximo. Considera-se que a compreensão das diferenças sociais entre homens e mulheres e o impacto destas diferenças no acesso e na qualidade dos cuidados de saúde é o primeiro passo para abrir horizontes na investigação desta temática numa perspetiva que englobe também todos os géneros não binários.

Posto isto, a presente dissertação tem por objetivo compreender a importância e a pertinência de adotar uma perspetiva médica baseada no sexo e no género, através da análise do impacto que os vieses de sexo e género trazem para os cuidados de saúde. Adicionalmente, pretende-se avaliar a que nível esta perspetiva se encontra inserida nos *curricula* de medicina, particularmente nos Mestrados Integrados em Medicina das Universidades públicas portuguesas, com o objetivo de compreender se os futuros médicos em Portugal são ou não preparados para lidar com os seus próprios preconceitos e com as consequências dos mesmos.

Por fim, pretende-se investigar, através da análise de literatura, diversas estratégias e boas práticas que podem ser integradas no ensino médico para implementar a Medicina Baseada no Sexo e no Género com sucesso, salientando ainda as barreiras e dificuldades que se podem impor a esta mudança.

Capítulo 2 - Metodologia

A presente investigação é de tipo qualitativo e tem um carater eminentemente exploratório. A primeira parte resulta de uma revisão da literatura e deve, em si mesma, ser entendida como parte integrante da investigação, e não apenas como contextualização da parte empírica, dado que se procura elencar importantes contribuições numa área ainda pouco reconhecida, no âmbito da medicina, sobretudo em Portugal, mas também analisar criticamente alguns dos pressupostos que têm marcado uma perspetiva biomédica, aparentemente neutra e objetiva, que ainda marca a área da saúde.

A construção do estado da arte baseou-se na leitura e análise de vários artigos científicos, recorrendo à recolha de vários trabalhos em bases de dados como a PubMed e o GoogleScholar. Também as guidelines da European Society of Cardiology foram consultadas. A pesquisa foi conduzida entre julho de 2022 e abril de 2023 tendo sido realizada através das seguintes palavras-chave: “gender bias in medicine”, “gender and sex based medicine”, “gender and depression”, “gender and mental health” e “gender and heart disease”. A pesquisa foi realizada em língua inglesa e portuguesa, não tendo sido encontrados artigos relevantes nesta última. Os artigos selecionados têm datas de publicação entre 1995 e 2022 e foram escolhidos após leitura e análise dos seus *abstracts*. Foram ainda analisados artigos considerados relevantes encontrados nas referências dos trabalhos inicialmente selecionados. No total, foram utilizados 43 artigos na realização da presente monografia.

A técnica de recolha de dados usada foi a análise documental, baseada na exploração dos *curricula* dos Mestrados Integrado em Medicina, no sentido de procurar identificar unidades curriculares e respetivos conteúdos programáticos que contemplassem a análise de questões ligadas ao sexo e ao género, no âmbito de um dado plano curricular. Para tal, foi consultada a informação disponibilizada publicamente nos sites da Faculdades de Medicina do ensino público, nomeadamente a que diz respeito ao conteúdo programático das unidades curriculares. A intenção é a de tentar perceber em que medida os diferentes mestrados integrados integram nos seus *curricula* as questões de sexo e de género. De certo modo, por um lado, tal poderá denotar em que medida reconhecem a importância de promover uma educação médica que englobe os impactos em saúde e no acesso à saúde do sexo e do género. Por outro, também poderá ser um indicador da tentativa de promover uma educação médica que procura combater apriorismos e preconceitos de género, que existem na sociedade, e que afetam todos, de modo mais ou menos consciente, e que têm impactos na qualidade de relação terapêutica, a qual deve ser não só clinicamente, mas também social e culturalmente competente

Capítulo 3 - Viés de Género e o Impacto na Saúde

3.1 Contexto histórico

A indiferença quanto às particularidades da biologia das mulheres desde cedo se manifestou no panorama da prática médica (2). Os registos e descrições desta ausência do corpo feminino na medicina remontam à Antiguidade Clássica. Até à primeira metade do século XVIII, a medicina era exercida através de um modelo de sexo único, em que as diferenças entre os indivíduos não eram tidas em conta. O padrão do que se considerava normal era totalmente construído através das características biológicas e sociais do “homem comum”. Era este o modelo utilizado para comparar toda a sociedade, sendo que aqueles que se encontravam fora dos parâmetros definidos desta forma, eram considerados fora da normalidade. Todo o conhecimento científico existente na época era baseado neste padrão, não havendo uma adaptação da ciência e dos cuidados de saúde às características dos restantes indivíduos (2). Os homens eram, então, considerados como o modelo ideal para todo o conhecimento, algo que se pode facilmente verificar através da arte que, nessa época, não diferenciava anatomicamente os corpos femininos dos masculinos. À exceção dos órgãos genitais, os corpos das mulheres eram representados com estaturas e formas tipicamente masculinas e até as figuras mais infantis eram frequentemente representadas como pequenos homens, e não com as características típicas de uma criança (2).

A anatomia reprodutora feminina era um tema escassamente explorado. Consideravam-se os genitais femininos como órgãos imperfeitos que correspondiam a órgãos masculinos que não maturaram completamente e até os termos utilizados para designar estruturas do corpo da mulher eram retirados do vocabulário masculino e adaptados. Por exemplo, os ovários eram designados de “testículos invertidos” (2). Todo o conhecimento anatómico do corpo feminino se limitava à função reprodutora e a saúde da mulher apenas refletia uma preocupação com a procriação, motivo pelo qual a obstetrícia se desenvolveu mais precocemente do que a ginecologia. Este desinteresse pela biologia feminina no seu todo deve-se, muito provavelmente, à crença na inferioridade feminina, resultado da tradição Aristoteliana e, mais



Fig.1 – Tondo Doni, de Michelangelo Buonarroti. De notar os braços musculados da Madonna. (2) Fonte: Lippi D, Bianucci R, Donell S. Gender medicine: Its historical roots. Vol. 96, Postgraduate Medical Journal. BMJ Publishing Group; 2020. p. 480–6.

tarde, bíblica, a qual acredita que a primeira mulher, Eva, foi criada a partir de uma costela do primeiro homem, Adão, sendo assim inferior.

A grande maioria das patologias nas mulheres eram associadas a alterações relacionadas com o sistema reprodutor, incluindo as doenças psiquiátricas. Acreditava-se que nas mulheres existia um excesso de fluidos que se acumulava nas mamas, causando uma condição designada de histeria (2). Este termo sofreu inúmeras alterações ao longo da história da Humanidade, começando por estar associado a patologias do útero que influenciavam o estado mental, mas tendo evoluído para descrever patologias exclusivas da mente. Com o passar dos anos, o conceito de histeria sofreu diversas modificações, tendo sido utilizado para descrever patologias como a epilepsia e evoluído para se referir a condições psiquiátricas, sendo um diagnóstico maioritariamente associado às mulheres (7). Este é um bom exemplo de como pressupostos ligados às funções socialmente definidas para as mulheres (casar e ter filhos) serviram de fundamento para a construção de categorias médicas, dado que os fundamentos da histeria (que deriva da palavra *Hysteria*, útero, em grego) se fundaram na ideia de que as mulheres que não cumpriam com este desígnio biológico (que é também social) desenvolviam patologias, inicialmente físicas e depois mentais.

Apesar deste paradigma de desconhecimento da anatomia e fisiopatologia feminina, a história da Humanidade foi acompanhada de diversos avanços ao nível da ciência e da biologia das mulheres. Herófilo (330-260 a.C) descobriu os ligamentos uterinos, mostrando que o útero não está solto, não sendo assim responsável pela histeria feminina. Demonstrou também que os corpos masculinos e femininos não eram tão diferentes anatomicamente como se pensava, à exceção, claro, do aparelho reprodutor (2).

Assim, torna-se evidente que a inferioridade do sexo feminino e a consequente ausência do corpo da mulher da medicina remonta a civilizações antigas, tendo influência na saúde das mulheres e nas decisões médicas, crenças que prevaleceram até aos dias de hoje na forma de diversos preconceitos.

3.2 Viés de Género na Investigação

A presença de vieses de sexo e género na medicina começa precisamente na forma como estes têm afetado a investigação científica ao longo dos anos. Grande parte dos ensaios clínicos eram realizados com amostras populacionais maioritariamente constituídas por homens caucasianos de meia-idade e, posteriormente, os resultados eram generalizados e aplicados a toda população, independentemente do género, sexo, idade e raça (3). Com base nos resultados destas investigações, diversas *guidelines* e protocolos terapêuticos são atualmente aplicados a ambos os sexos, apesar de os seus efeitos, tanto adversos como terapêuticos, terem sido estudados apenas em indivíduos do sexo masculino, o que põe em causa a eficácia destes tratamentos na restante população (8). É incontestável que também as mulheres deveriam ser incluídas na investigação clínica, uma vez que a sua biologia acarreta diferenças fisiológicas que influenciam, por exemplo, a farmacocinética dos medicamentos, como é o caso das alterações hormonais e fisiológicas que surgem ao longo do ciclo menstrual e que, por motivos óbvios, não acontecem nos indivíduos do sexo masculino (1).

Esta ausência das mulheres na grande maioria dos ensaios clínicos deve-se, sobretudo, à decisão da *Food and Drugs Administration* (FDA) de proibir a inclusão de participantes do sexo feminino em ensaios de fase II e III, no ano de 1977. Esta decisão deveu-se ao registo de vários e graves efeitos adversos causados por diversos fármacos, não só nas próprias mulheres, mas também na sua descendência. Por exemplo, nas décadas de 1940 e 1950, o dietilestilbestrol era utilizado regularmente no tratamento de ameaças de aborto. Contudo, este estrogénio rapidamente começou a ser associado ao desenvolvimento de malformações genitais na descendência das mulheres tratadas com o fármaco. Já na década de 1960, mais de 12.000 recém-nascidos foram diagnosticados com focomelia, uma grave malformação congénita em que os bebés não desenvolvem as extremidades, acabando por nascer sem membros. As mães destes bebés partilhavam o facto de terem consumido Talidomida, um fármaco para tratar as náuseas durante a gravidez, que acabou por ser responsabilizado pela patologia desenvolvida nos recém-nascidos (1). Tendo em contas estas situações, a FDA decidiu excluir as mulheres dos ensaios clínicos de fase II e III com o objetivo de as proteger, bem como à sua descendência, incorrendo assim numa “discriminação por boa intenção”, tal como descrito por M. Glezerman (1).

Várias iniciativas foram propostas ao longo dos anos na tentativa de atenuar os efeitos desta decisão. Em 1986, o *National Institute of Health* (NIH) recusou financiar todos os projetos que não incluíssem participantes de ambos os sexos, porém com pouco sucesso, pelo que na década de 1990, apenas um terço das investigações publicadas incluíam mulheres. O NIH voltou então a intervir, com a fundação do *Office of Research on Women's Health*, em 1990, e com a criação de uma nova *guideline* para tornar obrigatória a presença de participantes do sexo feminino em ensaios clínicos, no ano de 1994 (1). Esta nova norma foi criada com o objetivo de

garantir que a eficácia e a segurança dos medicamentos estudados eram avaliadas para toda a população, uma vez que a exclusão das mulheres dos ensaios clínicos provocou um grave desconhecimento acerca da segurança dos fármacos para as pessoas do sexo feminino. Tinha como fundamento o recrutamento de um número de mulheres suficiente para os estudos que permitisse uma análise válida das diferenças entre os efeitos da intervenção e da avaliação dos riscos e benefícios para as mulheres (8). Ainda assim, o trabalho de Ramasubbu *et al.*, consistindo numa revisão de vários ensaios controlados randomizados que haviam sido publicados no *New England Journal of Medicine*, entre 1994 e 1999, revelou que apenas 24,6% dos participantes de um total de 120 estudos analisados eram mulheres e só 14% destes estudos incluíam uma análise dos dados baseada no sexo (1,9). Finalmente, em 1998, a FDA reverteu a orientação divulgada em 1977.

Apesar de todos os esforços que foram reunidos para eliminar o problema, este foi perpetuado por um conjunto de fatores que tornaram o acesso à investigação mais difícil para as mulheres. O uso de contraceção hormonal era provavelmente a maior barreira no acesso das mulheres aos ensaios clínicos, sendo que 42% dos protocolos requeriam uma certificação do uso de contraceção, sem qualquer explicação. Este tipo de informação era sobretudo exigido devido aos riscos associados ao uso de contraceção hormonal e ainda devido à possibilidade de interferência no metabolismo dos medicamentos pelos contraceptivos. Um estudo realizado na Suécia entre 1997 e 1999, investigou os principais motivos de exclusão das mulheres dos ensaios clínicos, sendo que estes incluíam a falta de dados fisiológicos relativos ao sexo feminino, os elevados custos económicos associados à investigação em mulheres e ainda a necessidade de investigar considerando as variações hormonais dos ciclos menstruais, o que pode aumentar os custos da investigação para o quádruplo, quando comparado com os homens (8).

As consequências desta cegueira de género na investigação são graves e afetam a população em geral, não só no que concerne aos cuidados de saúde, mas também a nível económico. No ano de 2005, estimava-se que 8 em cada 10 medicamentos tiveram de ser retirados do mercado devido a efeitos adversos e problemas de eficácia que afetaram negativamente a saúde das mulheres que os consumiram. Sem dúvida que esta situação refletiu um grande desperdício de recursos, devido à negligência de género na investigação (1,8). Ao nível da saúde, importa salientar que, considerando o tempo necessário para o desenvolvimento e aprovação de um medicamento, é evidente que o conhecimento atual sobre os fármacos que se encontram disponíveis no mercado é exclusivamente proveniente de investigação realizada apenas em homens, fármacos esses que são prescritos e recomendados à população em geral (1). Por outro lado, dados relacionados com o género não são integrados na medicina baseada na evidência, o que resulta, por exemplo, na criação de *guidelines* e algoritmos diagnósticos e terapêuticos baseados no sexo masculino, mas aplicados a todos os doentes. Vários exemplos podem ser encontrados na prática clínica, como é o caso da abordagem das Síndromes

Coronárias Agudas (SCA). Apesar de constituírem uma entidade extremamente bem estudada, dada a elevada mortalidade a que se associam, a grande maioria da investigação acerca deste tema apenas contempla indivíduos do sexo masculino. Embora cada vez mais se saiba que estas Síndromes também afetam as mulheres com uma sintomatologia muito diferente da dos homens, os algoritmos diagnósticos e terapêuticos utilizados universalmente têm origem em estudos realizados no sexo masculino. Sabe-se ainda que os fatores de risco sociais que contribuem para o desenvolvimento de SCA são muito distintos entre homens e mulheres, contudo, não são considerados durante a investigação, nem durante a abordagem clínica (8). Este e outros exemplos serão aprofundados na secção seguinte. É, então, possível concluir como a presença de vieses de sexo e género foram perpetuados aos longo dos anos na medicina, mais concretamente ao nível da investigação científica, continuando a ter graves impactos na saúde das mulheres.

3.3 Viés de Género na Prática Clínica

São vários os exemplos relatados de como o viés de género e sexo se encontra presente na prática clínica atual. Podemos encontrá-lo no facto de as mulheres receberem mais diagnósticos de etiologia inespecífica do que os homens, por exemplo, o que se deve ao facto de os sintomas considerados típicos de uma patologia terem sido estudados e identificados no sexo masculino. Assim, quando em estadios mais precoces de uma doença uma mulher se apresenta com sintomatologia menos específica e considerada atípica, o diagnóstico raramente é apropriado e o tratamento acaba por ser atrasado, culminando num aumento da morbimortalidade das mulheres. (3,10) Sabe-se também que as mulheres esperam mais tempo em serviços de urgência do que os homens, o que reflete uma crença por parte dos profissionais de saúde de que o sexo masculino é mais afetado por doenças mais graves e com mais complicações. Assume-se que as mulheres são mais saudáveis, mas que têm uma perceção desajustada do seu real estado de saúde. Exemplo desta situação são as mulheres admitidas nos serviços de urgência com patologia cardiovascular, que apresentam uma taxa de mortalidade superior aos homens em circunstância semelhantes, uma vez que os cuidados são muitas vezes atrasados em doentes do sexo feminino com sintomas cardíacos, precisamente devido a um viés de género, tal como irei abordar mais aprofundadamente na secção seguinte (10).

Também a comunicação médico-paciente é afetada tanto pelo género do doente, como do médico, o que tem consequências no tratamento que cada pessoa recebe. Por exemplo, os homens têm maior tendência a expor os seus sintomas de uma forma mais direta, enquanto as mulheres o fazem de forma mais vaga e inespecífica. Ainda assim, as diferenças entre a abordagem a um homem e a uma mulher persistem na gestão de doentes fictícios, por exemplo, na interpretação de vinhetas clínicas, não havendo uma direta comunicação entre o doente e o profissional de saúde. Apesar de nestes casos haver um controlo da forma como a situação clínica é apresentada ao médico, as diferenças prevalecem, o que mostra uma falta de conhecimento do profissional quanto ao impacto dos estereótipos relacionados com o sexo e o género na saúde (3).

A medicina baseada no género também se propõe a melhorar a saúde dos homens, uma vez que existem várias situações em que a medicina peca quanto à abordagem de certas patologias no sexo masculino. A título de exemplo, podemos referir o cancro da mama masculino, que corresponde a 1% de todos os cancros da mama. Contudo, a maioria da investigação é realizada para mulheres com esta patologia, não havendo dados suficientes para abordar corretamente esta doença nos homens. Também a osteoporose é geralmente considerada uma condição feminina, sendo que as mulheres têm um risco de 1:2 de desenvolver a doença e os homens um risco de 1:5, o qual, apesar de ser inferior, também é significativo (1). Outro exemplo extremamente importante é aquele que nos mostra que, apesar de as mulheres

apresentarem uma taxa de incidência de depressão cerca de duas vezes superior aos homens, o sexo masculino apresenta 3 a 4 vezes mais mortes por suicídio do que o feminino, o que pode sugerir um subdiagnóstico da depressão nos homens (11–14).

É importante compreender que, muitas vezes, as raízes destes preconceitos se encontram integradas a nível do sistema e da organização da saúde, sendo que o conteúdo enviesado é muitas vezes incluído no conhecimento médico e nas suas rotinas, quer no que toca a ideias pré-concebidas e inculcadas pela sociedade, quer no que se refere a recomendações e algoritmos diagnósticos e terapêuticos (3). Posteriormente, abordarei mais aprofundadamente o verdadeiro impacto do viés de sexo e gênero na medicina, mais concretamente na abordagem a patologia do foro cardíaco e mental, de forma a mostrar como a medicina baseada na evidência pode constituir uma barreira para o correto diagnóstico e tratamento destas patologias em ambos os sexos.

3.3.1 Patologia cardíaca

Começamos pelas doenças cardiovasculares, em específico as Síndromes Coronárias Agudas e as Miocardiopatias Isquémicas. Este conjunto de patologias constitui a principal causa de morte nas mulheres, globalmente (15). Sabe-se que nos Estados Unidos da América (EUA) mais de quinze mil mulheres com idades inferiores a 55 anos morrem por ano devido a doenças do foro cardíaco, sendo que em idades mais jovens, o risco de morte durante uma hospitalização após um Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) é o dobro do risco dos doentes do sexo masculino com idade semelhantes e nas mesmas circunstâncias (16).

Um estudo conduzido por Christelle Clerc Liaudat *et al.*, no qual se analisou o acompanhamento feito a 672 doentes com dor torácica, mostrou que homens com sintomatologia compatível com Miocardiopatia Isquémica (MI), nomeadamente dor retrosternal, tinham maior tendência para serem encaminhados para a realização de Exames Complementares de Diagnóstico (ECDs) do que as mulheres. 30,6% dos homens incluídos neste estudo realizaram ECDs para investigação da sua dor retrosternal, sendo que apenas 26,9% das mulheres receberam a mesma abordagem. Adicionalmente, os doentes do sexo masculino eram duas a três vezes mais referenciados a uma consulta de cardiologia, o que mostra uma clara tendência a investigar esta sintomatologia predominantemente nos homens (17).

Estando preconizado que em doentes com suspeita de SCA é urgente realizar um Eletrocardiograma (ECG) num prazo máximo de 10 minutos, o estudo de Roswel *et al.*, para a *American Heart Association* (AHA), revelou que apenas 70,9% das doentes do sexo feminino com Enfartes do Miocárdio com Elevação do Segmento ST, comumente designados de STEMI, realizavam o ECG no intervalo de tempo recomendado, sendo que em 73,9 % dos homens este exame era realizado atempadamente (18).

Para além de subdiagnosticadas para as SCA, é frequente que as mulheres não recebam o tratamento adequado no que toca a patologias deste foro, particularmente quando comparadas com os homens. Em doentes com enfarte do miocárdio com elevação do segmento ST (ST Elevation Myocardial Infarction - STEMI), a revascularização precoce é fundamental para um melhor prognóstico. A realização de uma Intervenção Coronária Percutânea (ICP) é, portanto, crucial para reduzir a mortalidade associada a estes eventos, devendo ser realizada numa janela temporal de até 90 minutos, desde que se estabelece o primeiro contacto com o doente até à realização do procedimento. No entanto, o estudo já referido revelou que o tempo Porta-Balão, isto é, o tempo transcorrido desde o primeiro contacto com o doente até ao momento do procedimento, era superior para as mulheres com STEMI, quando comparadas com os homens (cerca de 90 minutos contra 80). Este contraste no tempo Porta-Balão entre os dois sexos foi verificado independentemente do meio de transporte para o Serviço de Urgência, ou seja, quer fossem transportados por uma ambulância ou não, as doentes do sexo feminino acabavam por demorar mais tempo a realizar a ICP. Assim, as mulheres eram intervencionadas no intervalo recomendado de 90 minutos menos frequentemente do que os homens (67,5% *versus* 75,6%), o que se traduz numa terapêutica inadequada das doentes do sexo feminino e, conseqüentemente, num aumento da mortalidade feminina associada a SCA (15,18,19). Portanto, as mulheres são sub-diagnosticadas e sub-tratadas no que toca às MI, para além de sub-representadas na investigação científica, proporcionalmente à prevalência destas patologias no sexo feminino.

Este problema é justificado por um desconhecimento das diferenças entre as manifestações clínicas das Miocardiopatias Isquémicas nas mulheres e nos homens (19). Apesar da toracalgia ser o sintoma mais comum em ambos os sexos, existem diferenças significativas nas características desta dor e dos sintomas que a ela se associam. Começemos por analisar a clínica da Angina Estável. Esta patologia consiste em episódios recorrentes de isquemia miocárdica transitória habitualmente desencadeadas por esforço físico ou *stress* emocional. Manifesta-se como dor pré-cordial que tipicamente alivia com o repouso ou com a toma de nitratos, tendo uma duração de cerca de 2 a 5 minutos (20). Nas mulheres, a angina estável exhibe características consideradas atípicas, que muito diferem do que se observa no sexo masculino. Para além da dor na região pré-cordial, pode também surgir dor nos membros superiores, na mandíbula, pescoço e região interescapular. Adicionalmente, a angina estável pode cursar com desconforto epigástrico e mesmo náuseas e dispepsia, bem como dispneia, fadiga e diaforese, sendo estes sintomas bastante inespecíficos e muito mais raros isoladamente no sexo masculino. Outra grande diferença entre os dois sexos é o fator desencadeante, sendo que, apesar de nos homens esta patologia se desenvolver durante períodos de exercício físico, nas mulheres pode mesmo ser o *stress* psicológico e emocional a causar este quadro. Estando estes fatores emocionais habitualmente fora do controlo do doente, quando comparado com o esforço físico, é de esperar que estes se mantenham durante mais tempo, bem como os sintomas anginosos por

eles causados, o que pode explicar o facto da sintomatologia feminina ser mais prolongada no tempo quando comparada com a masculina (21).

Quanto às Síndromes Coronárias Agudas, estas englobam um conjunto de patologias causadoras de isquemia miocárdica que tem como consequência morte dos cardiomiócitos e, portanto, necrose miocárdica. Fisiopatologicamente, é possível explicar esta isquemia através de vários mecanismos. Pode ocorrer após a rotura de uma placa aterosclerótica com formação de trombo que poderá ocluir, parcial ou totalmente, uma artéria coronária, ou devido a um desequilíbrio entre o fornecimento e as necessidades de oxigénio pelo tecido cardíaco secundárias a um fator de stress agudo, como é o caso de doentes com anemia, por exemplo. Adicionalmente, estas patologias podem também decorrer associadas a procedimentos como a ICP ou a CABG (*Coronary Artery Bypass Grafting*). A necrose miocárdica pode então traduzir-se em Angina Instável ou em Enfarte Agudo do Miocárdio, com ou sem elevação do segmento ST a nível eletrocardiográfico (STEMI e NSTEMI, respetivamente) (20,22). Quanto a manifestações clínicas, também nas SCA a dor ou desconforto retrosternal é o sintoma mais frequente, sendo caracterizada como uma sensação de opressão e aperto e podendo irradiar para a mandíbula e membro superior esquerdo (20,21). Contudo, é comum que as mulheres apresentem sintomas atípicos, incluindo no que concerne às características da sua dor, que pode manifestar-se com irradiação para regiões incomuns, como as costas, braços, pescoço e o ombro. Adicionalmente, outros sintomas considerados atípicos podem surgir, como fadiga súbita, náuseas, vômitos, dispneia e palpitações (21).

Inclusivamente, as SCA podem manifestar-se nas mulheres sem qualquer queixa álgica ao nível do tórax, tal como John Canto *et al.* demonstraram através de um estudo observacional dos dados de 1 143 513 doentes registados no Registo Nacional de Enfartes do Miocárdio (*National Registry of Myocardial Infarction*) dos Estados Unidos da América. A sua investigação verificou que 42,0% das mulheres com EAM não referiam dor pré-cordial, sendo que apenas 30,7% dos homens com esta condição se apresentavam com esta clínica (23).

Também é importante referir que os mecanismos fisiopatológicos envolvidos nas SCA e nas MI são bastante diferentes entre os dois sexos. Nas mulheres, são mais frequentes eventos sem patologia coronária epicárdica e sem alterações estruturais cardíacas do que nos homens. Em mulheres mais jovens, também é frequente encontrar artérias coronárias não estenosadas, habitualmente com embolização distal de placas em erosão, em vez da habitual rotura de placa com formação de trombo. A presença de patologia coronária microvascular é também um mecanismo comum de doença isquémica miocárdica nas mulheres, para além de que também está descrito que indivíduos do sexo feminino têm mais frequentemente doença microvascular ao nível coronário, com a presença de vasoespasma e disfunção endotelial (24).

Portanto, é evidente que o desconhecimento por parte dos clínicos destas diferenças fisiopatológicas e clínicas entre os dois sexos se reflete num atraso da marcha diagnóstica e,

consequentemente, no tratamento inadequado das mulheres com SCA e MI, o que se reflete num aumento da morbilidade e da mortalidade neste grupo demográfico, quando comparado com doentes do sexo masculino (19). Para além da incompreensão destes fatores, existem outros preconceitos que afastam as mulheres de um diagnóstico apropriado. Caitlin Biddle *et al.* conduziram um estudo baseado na resolução de vinhetas clínicas por estudantes do 4º ano de medicina nos EUA acerca de pacientes de ambos os sexos com patologia cardíaca isquémica, sendo que alguns apresentavam sintomatologia depressiva ou ansiosa. Sabendo que os médicos têm maior probabilidade de atribuir um diagnóstico gastrointestinal ou psicológico a uma mulher com dor pré-cordial do que a um homem com a mesma sintomatologia, escolheu-se analisar as decisões de estudantes na expectativa de compreender se estas decisões são ou não tomadas com base em preconceitos moldados pela educação médica ou perceções sociais comuns, em vez da evidência e experiência clínica. Portanto, com este trabalho, concluíram que existe maior tendência para investigar e tratar os homens com sintomatologia de Doença Arterial Coronária (DAC), sendo que as mulheres apresentavam elevado risco de falha diagnóstica quando se apresentavam com sintomatologia psicológica associada. Os profissionais de saúde têm maior tendência a associar sintomas cardíacos a ansiedade ou a outras patologias do foro mental nas mulheres, por outro lado, no sexo masculino acontece o oposto, sendo que os sintomas psicológicos são considerados como um resultado da doença isquémica do miocárdio. Assim sendo, o referido estudo concluiu que existe viés de género condicionado pela presença de sintomas psicológicos em doentes com DAC, sendo que no sexo masculino a presença desta sintomatologia não reduzia a importância das manifestações cardíacas ou era interpretada como uma consequência da DAC. Já no sexo feminino, os sintomas psicológicos apresentavam maior relevância e os sintomas de DAC poderão ter sido desvalorizados ou interpretados como uma manifestação da patologia do foro mental (25).

3.3.2 Patologia psiquiátrica

Também ao nível psiquiátrico são encontradas várias e relevantes diferenças entre os dois sexos, que abrangem várias patologias do foro mental, não só quanto às suas apresentações clínicas, mas também no que se refere ao diagnóstico e tratamento das mesmas. Existem várias dúvidas, contudo, quanto à possível explicação das diferenças epidemiológicas das patologias psiquiátricas entre os sexos.

Resumidamente, esta discrepância pode justificar-se com três grandes grupos de fatores: (i) o facto de as mulheres terem mais tendência a procurar ajuda, (ii) preconceitos dos clínicos ou (iii) porque simplesmente o sexo feminino é evidentemente o mais afetado (26–29). Para exemplificar, irei de seguida abordar sucintamente como estes fatores afetam o diagnóstico e a epidemiologia de diversas patologias.

3.3.2.1 Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)

Este conjunto de patologias é documentado como sendo mais comum em doentes do sexo masculino. Contudo, existe a possibilidade de esta entidade estar a ser subdiagnosticada nas meninas, uma vez que é comum que estas se apresentem com comorbidades associadas que, de certa forma, escondem os sintomas que apontariam para um diagnóstico de PEA (como défices intelectuais, perturbações do sono, depressão e ansiedade). Também a forma como a PEA se apresenta nos dois sexos pode diferir, não permitindo a identificação da doença em crianças do sexo feminino. Russel *et al.* (26) realizaram um estudo com uma amostra de 14.536 crianças inglesas em que identificaram dois grupos: um com crianças com diagnóstico prévio de PEA (71 indivíduos) e outro com crianças não diagnosticadas previamente, mas com *scores* compatíveis com a doença (364 indivíduos). No primeiro grupo verificou-se um rácio de 1 rapariga por cada 10 rapazes. Já no segundo o rácio era de 1 rapariga para cada 2 rapazes, o que mostra que havia mais raparigas incorretamente subdiagnosticadas do que rapazes. Assim, este estudo evidencia que existe viés de género no diagnóstico de crianças com PEA, já que muitas meninas não recebem o correto diagnóstico (26).

3.3.2.2. Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)

A probabilidade de uma criança do sexo masculino ser diagnosticada com PHDA é superior à de uma menina. Novamente se coloca a dúvida se esta diferença se deve à presença de viés por parte do profissional de saúde ou se eventualmente se poderá dever ao facto das famílias e dos professores valorizarem mais os sintomas nos meninos, resultando numa probabilidade de diagnóstico com PHDA duas vezes superior nos rapazes (26).

3.3.2.3. Perturbações da Personalidade

Neste conjunto de patologias, existe uma distribuição epidemiológica bastante discrepante entre alguns dos tipos de distúrbio. Por exemplo, a Perturbação de Personalidade Anti-social é mais comumente diagnosticada nos homens e a Perturbação de Personalidade Histriónica é mais frequente nas mulheres (26).

3.3.2.4 Perturbações Depressivas

As perturbações depressivas inserem-se num conjunto de patologias psiquiátricas designado de Perturbações do Humor, no qual também se inclui a Perturbação Bipolar. Nesta secção, irei abordar com maior ênfase as perturbações depressivas, nomeadamente a Depressão Major.

A depressão é uma entidade psiquiátrica que assola cerca de 5% da população mundial, sendo a 11^a causa de morbimortalidade em todo o mundo. Nos EUA, representa a 2.^a causa de

incapacidade de todas as patologias e lesões. Para além da elevada prevalência da depressão, os doentes têm uma taxa de recorrência superior a 40% em 2 anos (14,30,31). Sabe-se ainda que os episódios depressivos estão fortemente associados a mortes por suicídio, sendo que, nos EUA, ocorrem cerca de 45.000 mortes por suicídio por ano e, globalmente, este valor atinge as 800.000 por ano (13). Em termos epidemiológicos, é relevante salientar que a taxa de incidência desta patologia nas mulheres é o dobro da verificada no sexo masculino. Contudo, a taxa de suicídio é cerca de 3 a 4 vezes superior nos homens (11–14). Há, então, uma clara discrepância no que toca ao número de mulheres e homens diagnosticados com depressão, apesar de se observar o inverso quanto à taxa de suicídios registada em ambos os sexos.

A literatura mostra que esta diferença se pode dever a vários fatores, que podem de facto ser reais ou considerados como artefactos que causam um aumento da incidência das perturbações depressivas no sexo feminino. Isto é, acredita-se que as taxas de depressão nas mulheres poderão ser mais elevadas pelo facto de as doentes do sexo feminino reconhecerem mais frequentemente os seus sintomas, procurando ajuda médica com maior frequência quando comparadas com doentes do sexo masculino, não sendo necessariamente real que as mulheres tenham um risco superior de depressão (11,27–29,32). Os sintomas relatados por doentes do sexo feminino são também diferentes do que se verifica no sexo oposto, com uma predominância de manifestações como perda de apetite e de peso, distúrbios do sono, distanciamento social e ainda sentimentos de desesperança, perda de interesse e de concentração. Desta forma, as mulheres habitualmente obtêm pontuações mais elevadas nas escalas desenvolvidas para o diagnóstico das perturbações depressivas, uma vez que a sua maioria inclui sintomas e critérios mais comuns no sexo feminino (12,27).

A própria clínica observada no sexo masculino acaba por afastar estes doentes do seu correto diagnóstico, uma vez que na maioria dos homens se manifesta com agressividade e abuso de substâncias, como o álcool, que podem camuflar a patologia, evitando o seu diagnóstico (11,27).

O conceito de “masculinidade” criado pela sociedade, também representa uma barreira ao acesso aos cuidados de saúde apropriados para um homem com depressão. Esta ideia de que um verdadeiro homem não deve exprimir as suas emoções de uma forma mais direta, tipicamente associada ao sexo feminino (e, portanto, vista como uma fraqueza), reflete-se numa maior dificuldade dos rapazes e dos homens aceitarem e reconhecerem os seus sintomas depressivos. Assim, os doentes do sexo masculino procuram ajuda com muito menos frequência do que as mulheres, o que eventualmente se traduz num subdiagnóstico do sexo masculino, explicando a discrepância observada (11).

Contudo, é possível que exista efetivamente uma diferença real na incidência de depressão nas mulheres, ou seja, esta patologia pode mesmo afetar mais o sexo feminino, não se devendo esta discrepância à influência dos artefactos referidos anteriormente. De notar que esta

distribuição epidemiológica varia globalmente, tendo em conta a cultura e os valores sociais de cada população, uma vez que em diferentes sociedades, as mulheres apresentam diferentes níveis de controlo sob os seus recursos e estão sujeitas a padrões e crenças culturais muito diferentes (12).

Considerando o mundo ocidental, as mulheres encontram-se sujeitas a diversos aspetos sociais que as tornam mais predispostas a desenvolver uma perturbação depressiva. Estes fatores causadores de *stress* são percecionados como indutores de desequilíbrio emocional, o que, associado a uma predisposição própria da pessoa, poderá desencadear um episódio depressivo. Exemplo disso são os papéis de género a que os seres humanos são sujeitos desde tenra idade, papéis esses que incentivam as raparigas a serem mais contidas, o que eventualmente poderá incentivar uma certa passividade e isolamento quando enfrentam eventos adversos nas suas vidas. A longo prazo, este tipo de características pessoais está associado a elevadas taxas de depressão, podendo explicar o motivo por que as mulheres sofrem mais desta patologia (27).

Também existem fatores biológicos que predis põem pessoas do sexo feminino a desenvolver perturbações do humor, nomeadamente o efeito das hormonas sexuais ao longo do ciclo reprodutivo. Estudos indicam que existem recetores para estas hormonas nas regiões do cérebro associadas ao humor e ansiedade, motivo pelo qual a incidência de um humor deprimido poderá aumentar durante a idade fértil de uma mulher e variar consoante a fase reprodutiva em que se encontra, por exemplo, na fase pré-menstrual, durante a menstruação, após o parto e durante a menopausa. Na verdade, esta influência das hormonas sexuais no humor no sexo feminino nestes momentos da vida reprodutiva da mulher pode ser considerada como uma vantagem evolutiva que permite as progenitoras estarem mais alertas e protegerem as suas crias (27,28).

Mais uma vez, é evidente a importância do reconhecimento das diferenças entre os sexos, mas também as diferenças de género, para saber reconhecer e diagnosticar uma patologia que pode ser tão letal, especialmente nos homens.

Também se encontraram diferenças no tratamento preferido e oferecido aos dois sexos. Enquanto o sexo feminino relata uma preferência pela psicoterapia no lugar de farmacoterapia, observou-se o inverso no sexo masculino (27). Considerando a terapêutica farmacológica, existe uma discrepância significativa na prescrição dos fármacos antidepressivos, uma vez que existe uma maior tendência a prescrever este tipo de medicação às mulheres. Contudo, este tipo de terapia apenas oferece um alívio sintomático temporário, sendo necessário investir em macro-medidas que tenham um impacto mais positivo na saúde mental das mulheres, sejam elas a nível político, económico ou institucional, já que estas vertentes constituem um importante fator de *stress* para o sexo feminino. Por exemplo, as desigualdades salariais e de oportunidades sentidas

pelas mulheres, ou a dupla jornada a que estão sujeitas, entre outros exemplos de discriminação fomentada pela sociedade (12).

A literatura é clara: é necessário investigar mais e melhor o verdadeiro motivo para a diferença tão significativa observada entre os dois sexos quanto ao diagnóstico das perturbações depressivas. Se, por um lado, é efetivamente real que existam mais mulheres deprimidas do que homens, é necessário criar medidas sociais e políticas para reduzir a incidência desta patologia no sexo feminino. Contudo, caso estes números se devam a artefactos e ao subdiagnóstico da depressão nos homens, é necessário investir em medidas que modifiquem a sua saúde mental, de forma a prevenir mortes e a reduzir a elevada taxa de suicídios no sexo masculino. Na verdade, o viés de género tem impactos na saúde de ambos.

Capítulo 4 - O papel da Educação Médica: Importância, evolução e panorama atual

Considerando os temas abordados anteriormente, é evidente que a Medicina Baseada no Sexo e no Gênero tem o potencial de salvar vidas. Contudo, a grande maioria dos médicos desconhece que o conhecimento científico no qual se baseiam diariamente para tratar os seus doentes é fundamentado, em grande medida, em informação obtida exclusivamente do corpo masculino, através de investigações que o consideraram como sendo o protótipo do corpo humano no geral. Da mesma forma, importa sublinhar que os fatores psicossociais associados ao gênero têm impacto na saúde, por estarem associados, por exemplo, a diferentes fatores de risco. Contudo não são, também eles, reconhecidos e considerados pela maioria dos profissionais de saúde (33). Assim, é de extrema importância que esta perspectiva médica comece a ser implementada nos sistemas de saúde e nos cuidados de saúde. O ponto de partida para esta mudança deve ocorrer ao nível da educação dos futuros profissionais de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde (3,33). Enquanto iniciantes no mundo da medicina, os jovens estudantes apresentam maior facilidade em incorporar estes temas na sua prática futura, quando comparados com profissionais e peritos, que apresentam uma maior resistência à mudança, pelo que é de suma importância que estes temas sejam introduzidos na sua educação (34).

São vários os estudos que mostram que a abordagem deste tema nas escolas médicas é insuficiente e até inexistente, apesar dos alunos de medicina e de outras áreas da saúde mostrarem interesse em aprender mais sobre as questões de gênero e como estas influenciam a saúde e os cuidados prestados à população (34). Na Universidade de Yale, alunos do primeiro e segundo ano de Medicina referem que apenas 25% das cerca de 548 aulas e workshops a que assistiram abordam o impacto do sexo e do gênero na saúde e apenas 8% referem a influência destas variáveis na fisiologia e na fisiopatologia humana (35,36).

Quanto à presença das questões de gênero na educação formal, de forma integrada ou combinada no curriculum médico, 70% de 44 escolas médicas nos EUA e no Canadá afirmam não possuir esta temática incluída ao longo da formação dos seus estudantes (36,37).

Já em contexto europeu, no ano de 2013, Nocon *et al.*(36) reuniram uma amostra de professores e assistentes hospitalares de hospitais universitários alemães, verificando-se que cerca de 83% dos inquiridos consideraram que a importância dada às questões de gênero e sexo na medicina na Alemanha é baixa. Para além disso, 62% dos participantes consideravam relevante que este tema fosse lecionado durante o curso de medicina, dada a sua utilidade para melhorar competências diagnósticas, a prestação de cuidados e tratamentos, a redução de mortalidade e dos custos, entre outros (36,38). Nos Países Baixos, van Leerdam *et al.*

constituíram um *focus group* com 29 estudantes de medicina que haviam realizado as rotações em Medicina Interna e Cirurgia. Os participantes referiram que raramente foram expostos às questões de sexo e género ao longo do seu percurso, associando este facto a uma falta de consciencialização e de conhecimento do impacto e da relevância da Medicina Baseada no Sexo e no Género. Contudo, estes alunos mostraram curiosidade e vontade de aprender mais acerca destas questões e de adquirir novas competências associadas às questões do género na medicina (36,39). Portanto, é indispensável que as questões do sexo e do género comecem a ser integradas nos *curricula* dos cursos de medicina, e a sua importância comece a ser reconhecida, apesar de globalmente se verificar uma educação médica predominantemente baseada na evidência.

Para dar início a uma mudança de panorama, várias iniciativas foram realizadas. Inicialmente com o objetivo de sensibilizar a comunidade médica para questões apenas relacionadas com saúde da mulher, a *American Medical Women's Association* (AMWA) criou o “*Advanced Curriculum on Women's Health*”, em 1993, para colmatar as falhas da educação médica na saúde feminina, já que os assuntos relacionados com a saúde das mulheres eram exclusivamente relacionados com a reprodução (33,40). Em 1994, a *National Academy on Women's Health Medical Education* publicou normas de orientação para que as faculdades pudessem incluir a saúde da mulher nos seus *curricula* (40). Contudo, depressa se percebeu que as questões de género também têm impacto na saúde masculina, tendo-se concluído que havia necessidade de abordar a Medicina Baseada no Sexo e no Género ao longo da formação dos profissionais de saúde. Assim, em 2015, na *Mayo Clinic*, nos EUA, foi realizada a “*Sex and Gender Medical Education Summit*”, com o objetivo de abordar a importância desta temática e discutir possíveis estratégias que pudessem ser implementadas para melhorar a educação médica. Já em 2018, na Universidade de Utah, decorreu a “*Sex and Gender Health Education Summit*”, na qual houve uma integração de vários profissionais da área da saúde como dentistas, farmacêuticos, enfermeiros, entre outros, salientando a importância de uma abordagem multidisciplinar na integração das questões de género na saúde. Dois anos mais tarde, realizou-se a “*2020 Sex and Gender Health Education Summit*”, com o objetivo de definir os princípios orientadores para integração deste tema no ensino médico, de forma a criar um conjunto de informação coeso e sistemático, do qual todos os profissionais da área da saúde devem ter conhecimento (41). Foi ainda criado o *Sex and Gender Women's Health Collaborative* (SGWHC) pela AMWA, o *American College of Women's Health Physicians* e a *Society for Women's Health Research* com o objetivo de colmatar as falhas associadas ao sexo e ao género na educação médica, através da redação e da centralização de diversos documentos e materiais didáticos disponíveis para as faculdades e os docentes (40).

É importante salientar outra vertente da inclusão das questões de género na educação médica, uma dimensão que tem impacto na vida profissional dos próprios estudantes e profissionais de saúde. Mattioli *et al.* (42) referem que, no contexto italiano, apesar de o sexo

feminino representar mais de 50% dos estudantes de medicina, o número de mulheres em especialidades tipicamente dominadas pelo sexo masculino continua a ser desproporcionalmente inferior. A presença de estereótipos associados ao género, ideias sexistas e até de situações de assédio afastam muitas mulheres das áreas cirúrgicas, sendo que a maioria delas tem maior tendência a abandonar a especialidade ou a reformar-se mais cedo do que os homens. Assim, abordar questões de género nas escolas médicas traz também vantagens para os futuros profissionais de saúde, uma vez que cria sensibilização para problemas como a desigualdade de género e o assédio nos locais de trabalho, fornecendo ferramentas para combater este tipo de situações (42).

Nas secções seguintes, irei abordar alguns dos princípios orientadores que se concluiu serem os mais eficazes para incluir a Medicina Baseada no Sexo e no Género nos *curricula* das escolas médicas.

Capítulo 5 - Em torno dos dados: a realidade das Escolas Médicas Portuguesas

5.1 Análise exploratória dos Planos de Estudos dos cursos de Medicina em Portugal

Como ficou patente na discussão e análise teórica antes realizada, a integração da Medicina Baseada no Sexo e no Género nos *curricula* das Escolas Médicas é de suma importância na formação de profissionais mais competentes e mais conscientes dos seus preconceitos, sendo, por isso mesmo, fundamental para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Sabendo que esta abordagem é ainda insuficientemente explorada em todo o mundo, apesar de a sua relevância ser cada vez mais reconhecida, considera-se pertinente aferir em que ponto se encontra no âmbito da Educação Médica em Portugal. Através da pesquisa de palavras-chave nos *curricula* dos Mestrados Integrados em Medicina das Universidades Públicas Portuguesas, procurou-se perceber, mediante a frequência com que estes termos foram encontrados e o contexto em que os mesmos eram referenciados, o grau de incorporação das questões de género e sexo na Educação Médica Portuguesa, o que, de certo modo, permite inferir para o nível de importância que lhes é concedido.

Selecionaram-se todas as faculdades públicas portuguesas que conferem o grau de Mestre em Medicina, tendo, portanto, sido excluídas as Universidades da Madeira e dos Açores. Assim, foram explorados os planos de estudos dos cursos de Medicina das seguintes faculdades:

- Escola Médica da Universidade do Minho (EMUM);
- Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP);
- Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS);
- Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC);
- Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (FCS-UBI);
- Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FML);
- NOVA Medical School (NMS);
- Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas da Universidade do Algarve (FMCB-Ualg).

De seguida, procedeu-se à análise dos respetivos planos de estudos dos cursos de Medicina destas faculdades, disponibilizados publicamente nos *sites* institucionais das mesmas. Pesquisou-se, em cada Unidade Curricular, pelas palavras-chave “género” e “sexo”, mas também por palavras derivadas desta última, tais como “sexual”, “sexuais”, “sexualmente” e “sexualidade”. Para além da identificação da frequência destes termos nos textos dos *curricula*, foi ainda analisado o contexto em que estes eram referidos, bem como

a respetiva Unidade Curricular. A tabela 1 mostra os resultados encontrados na análise exploratória realizada aos *curricula* dos cursos de Medicina das 8 Escolas Médicas portuguesas selecionadas.

Tabela 1 – Número de referências às palavras-chave, Unidades Curriculares e contexto das mesmas nos Planos de Estudo das Escolas Médicas selecionadas.

Faculdade	Nº de vezes		Unidades Curriculares	Contexto
	“Género”	“Sexo” e derivados		
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior	2	“Sexo” 0	Antropologia e Sociologia	“Deve saber analisar a interação entre fatores sociais e fatores biológicos e indicar a provável influência de variáveis como o nível de educação, o tipo de trabalho, o género , a idade e o habitat no estado de saúde das pessoas.”
		“Sexual(ais)” 2	Aparelho nefro-urinário e reprodutor	“Descrever o ato sexual ” “Fisiologia do ato sexual”
		“Sexualidade” 1	Geriatría	“A geriatría do género .” “ Sexualidade no idoso – menopausa e andropausa.”
		“Sexualmente” 1	Medicina Legal e Toxicologia	“Exames e perícias médico-legais e forenses: (...)em situações de agressão de natureza sexual ;”
			Clínica Médica e Cirúrgica II - C	“Infestações, infeções cutâneas e infeções sexualmente transmissíveis.”
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto	1	“Sexo” 4	Neuroanatomia	“Dimorfismo sexual no cérebro.”
		“Sexual(ais)” 7	Psicologia Médica I	“ Sexo e género ”
		“Sexualidade” 1	Genética Clínica	“Determinação genética do sexo . Intersexo ”
		“Sexualmente” 3	Terapêutica e Farmacologia I	“Terapêutica das infeções da pele e doenças sexualmente transmissíveis; “ “Terapêutica das infeções da pele e doenças sexualmente transmissíveis”
			Dermatologia e Venereologia	“Infeções bacterianas, fúngicas e víricas com envolvimento cutâneo, incluindo as de transmissão sexual .”
			Psiquiatria e Saúde Mental	“ Sexologia Clínica”
			Nefrologia e Urologia	“Andrologia (disfunção sexual masculina e infertilidade masculina)”

			Medicina Legal	“no exame físico de vítimas (designadamente de crimes sexuais)” “Agressão sexual . Procedimentos médicos no caso de suspeita.”
			Medicina do Adolescente e do Jovem Adulto	“Desenvolvimento emocional e sexualidade ”
			Microbiologia Clínica	“significado e particularidades de certos tipos de infeções (infeções sexualmente transmitidas)”
			Planeamento Familiar	“Diagnóstico, tratamento médico e prevenção das principais doenças de transmissão sexual .”
			Medicina da Viagem e Saúde Global	“transmissão sanguínea e sexual e respetivas prevenções.”
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar	2	“Sexo” 0 “Sexual(ais)” 6 “Sexualidade” 2 “Sexualmente” 3	Epidemiologia e Saúde Pública	“Discussão de exemplos (desigualdade de género , desigualdades de origem financeira, desigualdades em pessoas com deficiência, desigualdades com base na idade, desigualdades com base na etnia, desigualdades geográficas).”
			Virologia, Micologia e Parasitologia	“Doenças sexualmente transmissíveis”
			Farmacologia I	“Hormonas sexuais e sua farmacologia”
			Genética médica	“Hereditariedade ligada aos cromossomas sexuais .”
			Farmacologia II	“Bases farmacológicas para o tratamento das doenças transmitidas sexualmente .”
			Psicologia Médica	“A Sexualidade Humana”
			Bioética e Deontologia Médica	“ Sexualidade e Ética Médica”
			Cirurgia I e Especialidades Cirúrgicas	“Doenças do desenvolvimento sexual ”

			Medicina I e Especialidades Médicas	Etiologia das infeções sexualmente transmissíveis (bacterianas, vírias, fúngicas e ectoparasitoses) “Outras infeções sexualmente transmissíveis (Uretrites [Gonocócica e não gonocócica] e Herpes genital [Epidemiologia, Clínica, Diagnóstico, Tratamento])”
			Medicina da Mulher: Ginecologia	“Doenças de transmissão sexual ” “Disfunção sexual ”
			Medicina das Doenças Emergentes e Consulta do Viajante (opcional)	“Infeções Sexualmente Transmissíveis (aspectos particulares nos trópicos)”
			Cirurgia Pediátrica (opcional)	“Doenças do desenvolvimento sexual ”
			Medicina Geral e Familiar II	“No final do programa, o estudante deve ter atitudes e comportamentos profissionais: (...)Ser sensível às diferenças de género , socioculturais, económicas e religiosas”
Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa	0	“Sexo” 1	Ecografia obstétrica e diagnóstico pré-natal (opcional)	“Ecografia obstétrica 2.º Trimestre: (...) Compreensão dos planos ecográficos no estudo morfológico detalhado do 2.º trimestre ((...) sexo fetal e membros)”
		“Sexual(ais)” 0 “Sexualidade” 0 “Sexualmente” 18	Infeções Sexualmente Transmissíveis (opcional)	“infeções sexualmente transmissíveis ” x18
NOVA Medical School	3	“Sexo” 0	Anatomia	“Configuração da pelve, abertura superior e inferior, tipos de pelve e dimorfismo sexual ”
		“Sexual(ais)” 14	Biomedicina – Perspetiva Histórica	“8. Ciência e Género : a descoberta da estrutura de ‘A dupla hélice’”
		“Sexualidade” 4	Fundamentos de Neurociências	“Comportamento sexual ”
		“Sexualmente” 1	Fisiopatologia e Alvos Terapêuticos II	“Farmacologia das hormonas sexuais ”
			Ginecologia e Obstetria	“Saúde Sexual e reprodutiva.”

			Introdução à Sexologia Médica	<p>“História da sexualidade humana; Determinação e diferenciação sexual; Construção da identidade de Género; Papéis sexuais e orientação sexual; Imagem corporal e Sexualidade; Resposta sexual masculina e disfunções sexuais masculinas; Resposta sexual feminina e disfunções sexuais femininas; Mutilação Genital Feminina; Saúde sexual e reprodutiva (contraceção, infeções sexualmente transmissíveis, planeamento familiar e sexualidade, gravidez na adolescência); Disforias de género; Parafilias; Sexualidade e grupos específicos (adolescência, menopausa, doente crónico, deficiência, infertilidade, LGBT); Aconselhamento conjugal; Violência Sexual; Ética e sexologia médica.”</p>
			Medicina Legal e Ciências Forenses	Crimes contra a Liberdade e auto-determinação sexual .
Escola Médica da Universidade do Minho	0	“Sexo” 0	Perfil Académico 1	“5. Pessoa, sexualidade e família; avaliação e intervenção familiar, ciclo de vida familiar, cuidados antecipatórios; envelhecimento e sociedade;”
		“Sexual(ais)” 0	Perfil Académico 2	“Pessoa, sexualidade e família; desafios e recursos no cuidado às famílias de diferentes culturas; “
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra	1	“Sexualidade” 2	Introdução à Medicina Social e Saúde Global	“Os determinantes sociais da saúde. Stress crónico. Ciclo de vida. Apoio social e relações sociais. Pobreza e exclusão social. O género e a saúde.”
		“Sexualmente” 0	Genética I	Conhecer as bases da Genética do Desenvolvimento, o efeito de dosagem génica e como ocorre a determinação e a diferenciação sexual .
			Histologia e Biologia do Desenvolvimento II	<p>“Desenvolvimento do aparelho sexual, estágio indiferente.</p> <p>Aparelho sexual masculino, histologia e histogénese.</p> <p>Aparelho sexual feminino, histologia, histogénese.”</p>

			Dermatologia	“Venereologia (Doenças de Transmissão Sexual)”
			Endocrinologia	“Diferenciação sexual e puberdade: diferenciação sexual e suas anomalias; puberdade precoce e atraso pubertário”
			Medicina da Adolescência	“A especificidade da realização da história clínica orientada para o adolescente, visa não só assuntos importantes para a saúde como o crescimento, o desenvolvimento, a família, a nutrição e a vacinação, como o componente sexual , psicológico, escolar e social, tão importantes nesta faixa etária.” “Puberdade e Perturbações do Desenvolvimento Sexual .”
			Medicina da Reprodução	“FISIOPATOLOGIA DA REPRODUÇÃO: o eixo HHO; história reprodutiva e sexual .”
			Medicina Geral e Familiar	“Saúde Sexual e Reprodutiva”
			Doenças Infecciosas	Infeções Sexualmente Transmissíveis.
			Medicina Legal	“Crimes sexuais : Enquadramento Legal dos Crimes Sexuais em Portugal.” “Aspetos particulares do diagnóstico diferencial em casos de infanticídio, de maus-tratos, relacionadas com crimes sexuais e com manobras abortivas.” “Psiquiatria Forense (Penal e Civil): (...)Trans sexualidade .”
			Psiquiatria	“ Sexualidade : disfunções, disforia de género e parafilias”

Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas da Universidade do Algarve	0	“Sexo” 0 “Sexual(ais)” 0 “Sexualidade” 0 “Sexualmente” 0	-	-
--	---	---	---	---

A análise dos dados recolhidos permite-nos, desde logo, tirar várias conclusões. Primeiramente, é evidente que em nenhum dos planos de estudos das Escolas Médicas analisadas se encontra qualquer referência à Medicina Baseada no Sexo e no Género. Contudo, é possível que os temas associados a esta perspetiva se encontrem integrados nos assuntos lecionados ao longo do curso.

Quanto às palavras-chave pesquisadas, podemos observar que existe uma clara superioridade na frequência com que as palavras derivadas do vocábulo “sexo” são referidos ao longo dos *currícula*. O termo “sexual”, tanto no singular como no plural, foi identificado 42 vezes ao longo da leitura dos *currícula*, seguido da palavra “sexualmente”, com 27 repetições e “sexualidade”, com 12 referências. Quanto aos termos “género” e “sexo”, apenas foram encontrados 9 e 5 vezes, respetivamente, num total de 8 escolas médicas.

Apesar de as palavras derivadas de “sexo” terem sido identificadas com relativa regularidade, é importante considerar o contexto em que as mesmas são referidas. O termo “sexual” encontra-se maioritariamente associado à genética, com referência aos cromossomas sexuais, e ainda associado à função reprodutora, com alusão ao ato sexual. Foi também encontrado em associação com a anatomia, histologia e fisiologia do sistema reprodutor, bem como em temas relacionados com o desenvolvimento sexual. Também os crimes sexuais em Unidades Curriculares de Medicina Legal são bastante referidos ao longo dos planos estudos. Portanto, as referências ao impacto das diferenças associadas ao sexo na fisiopatologia e clínica são escassas. Existem algumas exceções, como é o caso da Unidade Curricular de Farmacologia I do ICBAS, em que existe uma referência ao impacto das Hormonas sexuais na farmacologia, um aspeto bastante importante na compreensão dos efeitos dos fármacos nos homens e nas mulheres. O mesmo se verifica na Unidade Curricular de Fisiopatologia e Alvos Terapêuticos II do curso da NMS. O termo “sexual”, bem como “sexualmente”, é extensamente referido em alusão às infeções sexualmente transmissíveis. Um exemplo é a Unidade Curricular optativa de Infeções Sexualmente Transmissíveis da FML, em que a palavra “sexualmente” é referida 18 vezes. Quanto ao

termo “sexualidade”, apesar de ser bastante mencionado, é importante frisar que se trata de um conceito mais relacionado com o ato sexual e à intimidade a ele associada, bem como com as preferências e orientações dos indivíduos. Embora a temática da orientação sexual não tenha sido alvo de análise do presente trabalho, não podemos deixar de reconhecer a sua pertinência para a saúde e para a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Quanto ao género, é um termo abordado em vários contextos, particularmente enquanto fator social determinante de saúde, por exemplo na Unidade Curricular de Antropologia e Sociologia no curso de Medicina da FCS-UBI e nas Unidades de Medicina Geral e Familiar e ainda de Psicologia em Saúde do ICBAS. Também a desigualdade de género é abordada em associação às desigualdades financeiras, enquanto determinante de saúde, na Unidade Curricular de Epidemiologia e Saúde Pública do ICBAS.

Assim, esta análise exploratória aos planos de estudos dos Mestrados Integrados em Medicina das Universidades públicas portuguesas mostra que a temática da Medicina Baseada no Sexo e no Género continua a ser negligenciada na Educação Médica em Portugal. Contudo, é importante reconhecer o notável esforço de praticamente todas as Escolas Médicas para incluir o sexo e o género nos seus *curricula* a vários níveis. De destacar as Unidades Curriculares de Antropologia e Sociologia da FCS-UBI e de Introdução à Sexologia Médica da NMS, que abordam o género enquanto fator social relevante para a saúde e, no caso da última, que se dedica inteiramente a abordar questões como a identidade e disforia de género, a orientação sexual e a sexualidade numa disciplina totalmente dedicada a estes temas.

É importante reconhecer as limitações desta breve investigação empírica, nomeadamente o facto de os planos de estudos não refletirem na totalidade os assuntos abordados ao longo de vários anos de formação. O facto de estes termos não estarem discriminados no plano de estudos, não implica que não sejam abordados pelos docentes, pela literatura disponibilizada ou através de outros métodos de ensino, como, por exemplo, a redação e a apresentação de trabalhos por parte dos alunos acerca destes assuntos. Também é importante considerar que os planos de estudos não se encontram redigidos de forma equivalente entre as várias Escolas Médicas, sendo que uns são mais extensos e pormenorizados do que outros, o que pode de facto enviesar os resultados desta análise. Por exemplo, sendo o plano de estudos disponibilizado publicamente pela FMUP mais extenso e detalhado do que a da FML ou da FMCB-Ualg, é expectável que o número de referências às palavras-chave seja superior no *curriculum* da FMUP, o que não exige necessariamente que esta faculdade aborde mais e melhor estes temas do que as restantes. Para além disso, devo salientar que no curso de Medicina da FML, apenas se encontra publicamente o plano de estudos de algumas unidades curriculares optativas. Ainda assim, os planos de estudos acabam por refletir a preocupação dos cursos de Medicina em integrar as questões de género

e de sexo na formação dos futuros médicos, pelo que podemos concluir que, apesar de não haver uma inserção clara da Medicina Baseada no Sexo e no Género, existe uma certa preocupação com o sexo e o género, enquanto determinantes de saúde.

Contudo, considero que esta preocupação é insuficiente para criar uma mudança significativa no paradigma dos cuidados de saúde em Portugal. A análise mostra-nos que as questões de género, quando existem, são sobretudo analisadas enquanto determinante social em saúde, o que é relevante, mas insuficiente para promover a consciencialização, por parte dos futuros médicos, dos preconceitos e vieses de género (que se encontram na sociedade e nos indivíduos), os quais, como vimos, podem influenciar a investigação e a prática clínica.

Esta insuficiência é refletida, por exemplo, através da preocupação dos alunos em relação a este tema, que procuram aprender através de momentos educativos não formais, como é o caso das iniciativas dinamizadas pelas associações e núcleos de estudantes de medicina. São muitas as atividades desenvolvidas por alunos para alunos acerca das questões de género e de sexo na saúde, o que mostra que a Educação Formal não está a suprir as necessidades dos estudantes de medicina em relação a estes temas. Assim sendo, no capítulo seguinte apresentarei um conjunto de estratégias sugeridas para implementar, com sucesso, a Medicina Baseada no Sexo e no Género.

Capítulo 6 - Propostas para a mudança de paradigma nos *curricula* médicos

6.1 - Estratégias de implementação

Existem várias estratégias sugeridas para implementar com sucesso as questões de género nos *curricula* dos cursos de medicina. Preliminarmente, é importante definir de que modo se pretende inserir o tema no *curriculum*, sendo sugeridas duas hipóteses: de forma opcional ou integrado de forma contínua no *curriculum* obrigatório (33,43).

Quanto à primeira possibilidade, considera-se que é a melhor forma de dar início à mudança, uma vez que a integração de forma contínua e obrigatória é burocraticamente muito difícil de colocar em prática, apesar de ser a forma mais eficaz, como irei abordar posteriormente (43). Sugere-se, assim, a criação de uma Unidade Curricular de carácter opcional exclusivamente dedicada à Medicina Baseada no Sexo e no Género que aborde estas problemáticas. No *Nijmegen University Medical Centre*, na Holanda, já existe uma disciplina de carácter opcional para sensibilizar os seus alunos para as questões do género em saúde. Esta disciplina aborda temas como as diferenças epidemiológicas, clínicas e terapêuticas de várias patologias, o papel do género na saúde, na doença e na relação médico-paciente, entre outros. Esta medida tomada pela Universidade de Nijmegen pode e deve servir de exemplo para criar uma lista de temas e competências a abordar numa unidade curricular semelhante, que se encontram com mais detalhe na tabela 2 (33).

Tabela 2. Temas e objetivos sugeridos para Unidade Curricular opcional sobre Medicina Baseada no Sexo e no Género. Adaptado de (33).

Temas/objetivos para Unidade Curricular opcional
Diferenças epidemiológicas, nas manifestações e no tratamento de patologias.
O impacto do género no comportamento individual, no pensamento e em preconceitos.
Conhecimento multidisciplinar (clínica geral, sexologia, ginecologia, urologia, anatomia, psiquiatria e direito médico).
O impacto do género na relação médico-paciente.
Conhecimentos sobre função e disfunção sexual; identificação de indicadores de abuso sexual e de perturbações como o stress pós-traumático.
Discussão das atitudes e dos pensamentos face a temas como a homossexualidade, a coerção sexual e a colocação de limites na prática profissional.

Tendo em conta que o sexo e o género constituem duas variáveis que todo o ser humano possui, considera-se que optar por uma abordagem contínua e completamente integrada no *curriculum* é a melhor forma de obter resultados significativos (40). Neste modelo deverá ocorrer uma revisão das unidades curriculares para as modificar de acordo com comentários e sugestões de peritos na área (43). Assim, ao longo do curso de medicina, os estudantes vão tendo contacto com as questões de género aplicadas às diversas áreas abordadas ao longo da sua formação.

R. Khamisy-Farah e N. Bragazzi (36) apresentam uma lista de estratégias e de características que os *curricula* devem ter para que esta mudança seja implementada com sucesso, algumas das quais se encontram descritas na tabela 3. É ainda fundamental estabelecer objetivos. J. Kling *et al.* sugerem quatro grandes pilares para a inclusão deste tema com sucesso, sendo eles (i) demonstrar conhecimento sobre os conceitos associados à medicina de sexo e género, (ii) avaliar e incluir literatura de investigação que incorpore o sexo e o género, (iii) saber incorporar o sexo e o género nas tomadas de decisão e (iv) demonstrar respeito pela defesa dos direitos dos pacientes, independentemente do seu sexo e género. Assim, a aplicação destes objetivos tornaria a redação do *curriculum* mais coerente, sendo fundamental para o sucesso desta mudança (41).

Deve-se incidir sobre temas considerados relevantes, como as já referidas SCA e depressão, a farmacocinética e ainda abusos e violência sexual, entre outros, de uma forma transversal ao longo do curso, abordando diferenças epidemiológicas, fisiopatológicas, clínicas e ainda ao nível do diagnóstico e do tratamento, de forma a sensibilizar os futuros médicos para as questões de género presentes em cada área da medicina (34,36). A tabela 4 resume os vários exemplos de temas considerados pertinentes, sugeridos pela literatura. Quanto às áreas em que devem ser abordados, sugere-se a introdução destes conteúdos nos Cuidados de Saúde Primários, por serem uma área multidisciplinar, e ainda na Medicina Interna, que se considera a base de todas as restantes especialidades clínicas, tendo uma posição visível e valorizada no *curriculum* médico. Também a pediatria e a psiquiatria devem incluir as questões de género, particularmente esta última, dada a elevada prevalência e falha no reconhecimento de patologias psiquiátricas associada ao género do doente. Adicionalmente, é importante abordar o tema ao longo das residências clínicas, para que não se incorra no erro de associar o reconhecimento e a resolução de problemas apenas a uma determinada especialidade (43).

Estes temas devem ser inseridos logo no início do curso, altura em que os jovens estão mais suscetíveis a assimilar este tipo de informação. Os estudantes demonstram ainda uma preferência por aprender primeiramente acerca das diferenças biomédicas e o impacto do sexo e do género na saúde e na doença, antes de abordarem questões sociais e competências comunicacionais num contexto mais prático e de forma gradual, algo que atualmente não

acontece, sendo que se verifica que todas estas vertentes são aprendidas simultaneamente. Assim, é importante que a educação médica se foque nas diferenças biomédicas, mas também socioculturais entre os sexos, sendo que a aprendizagem acerca destes temas deve ter uma duração mínima de 2 anos (34,36).

Tabela 3 – Características requeridas para implementar a Medicina Baseada no Sexo e no Gênero nos currícula de medicina com sucesso. Adaptado de (36).

Características requeridas para um <i>curriculum</i> bem-sucedido
Integrar os temas em todas as unidades curriculares e ao longo dos anos básicos e clínicos.
Dar ênfase à importância e impactos de incorporar as diferenças de sexo e de gênero na prática clínica.
Recorrer a todas as ferramentas e recursos disponíveis.
Abranger todas as componentes das áreas da saúde, da fisiologia e da patofisiologia afetadas pelo sexo e pelo gênero.
Ensinar os alunos a saber identificar e combater as desigualdades, disparidades e os preconceitos associados ao gênero.
Definir objetivos concretos, práticos e com conteúdos bem estabelecidos.
Estabelecer monitorização e acompanhamento contínuos.

Tabela 4 – Conteúdos e temas que se sugerem de forma a integrar a Medicina Baseada no Sexo e no Gênero de forma transversal e contínua nos *currícula* dos cursos de Medicina. Adaptado de (33,40,43)

Conteúdos sugeridos para abordar influência do sexo e do gênero na saúde
Reconhecer diferenças epidemiológicas, fisiopatológicas e clínicas: - nas doenças cardiovasculares, mais concretamente na Doença Arterial Coronária; - nas perturbações psiquiátricas, como a depressão, o stress pós-traumático, perturbações de ansiedade, abuso de substâncias, entre outros; - em situações de abuso sexual e de violência; - em patologias do trato urinário, como infeções e incontinência urinária; - noutras patologias, como a osteoporose, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).
Reconhecer a influência do sexo e do gênero no estabelecimento de fatores de risco e na estratificação do risco das patologias.
Compreender diferenças farmacocinéticas entre os sexos e o seu impacto ao nível terapêutico.
Reconhecer o impacto do sexo e do gênero na saúde ao longo das diferentes fases da vida reprodutora, por exemplo, na adolescência, gravidez, período pós-parto e menopausa.
Aprender diferenças nos estilos de comunicação entre os gêneros.
Reconhecer que existe interseção entre o gênero e outros fatores como a etnia ou estado socioeconómico.
Identificar problemas relevantes de saúde pública influenciados pelo gênero, quer a nível biológico, quer ao nível psicossocial.

Ao nível didático, é importante que seja utilizado material que suscite o interesse dos alunos, de forma a facilitar o processo de sensibilização para as questões de género. Quanto ao tipo de aulas, devem-se priorizar momentos que promovam a troca de ideias e o espírito crítico, evitando-se aulas expositivas, de forma a trabalhar também competências comunicacionais, numa tentativa de melhor redirecionar as perceções e estereótipos dos estudantes (34,36). Sugere-se ainda a inclusão de, por exemplo, discussões de grupo acerca de casos de estudo, a resolução de casos clínicos, *role playing* com pacientes simulados, análise de consultas em vídeo, escrita reflexiva, entre outros (3,43). É também importante que sejam criados momentos em que os alunos possam identificar os seus próprios preconceitos de género, os quais ocorrem, frequentemente, de modo implícito ou inconsciente. A identificação desses vieses constitui o primeiro passo para uma análise crítica e reflexiva sobre o modo e a importância de os ultrapassar.

Considerando que os professores constituem modelos para os seus alunos, é de suma importância que os docentes responsáveis tenham alguma sensibilidade às questões de género, algo que se verificou ser uma barreira para a implementação destes temas nos cursos de Medicina. Assim, é necessário educar os professores, através de programas e ações de sensibilização. Também a criação e o reforço de redes acerca da Medicina Baseada no Sexo e no Género se consideram fundamentais para o estabelecimento de uma colaboração eficaz entre docentes a nível nacional e internacional (34,36).

Por último, é aconselhável que sejam instituídos critérios de qualidade para avaliar a eficácia das mudanças efetuadas ao *curriculum* (33).

Assim, a construção de um *curriculum* médico com integração das questões de sexo e género deve ocorrer através da conjugação das sugestões dos alunos com as dos clínicos experientes e dos peritos nesta temática, sem descurar que esta formação deve prosseguir após a conclusão do curso de medicina, através da oferta de programas para especialistas e médicos internos de formação específica e, preferencialmente, de forma multidisciplinar e interprofissional. O futuro da Medicina Baseada no Sexo e no Género reside na criação de um esforço coletivo entre todas as profissões da saúde, de forma contínua ao longo do percurso académico e laboral, pelo que estes conteúdos devem ser adicionados aos *curricula* de todos os tipos de profissionais de saúde (33,34,41).

6.2 Barreiras e fatores facilitadores

Apesar do impacto significativo que a inclusão da Medicina Baseada no Sexo e no Género nos *curricula* médicos traria para a saúde da população e para a melhoria dos cuidados de saúde, existem inúmeros obstáculos que se interpõem à sua concretização. Assim, é fundamental

identificar estas barreiras para que se possam criar estratégias e fatores facilitadores para as contornar.

Uma das principais dificuldades encontradas foi a resistência à mudança, verificada não só nos profissionais de saúde, mas também nos docentes e coordenadores dos cursos de Medicina, tendo-se verificado maior resistência em docentes e profissionais do sexo masculino (34). A presença desta oposição à inclusão das questões de género é explicada por diversos fatores, nomeadamente o facto de muitos profissionais considerarem que existe uma conotação política associada, e que esta vertente médica pertence ao movimento feminista, não tendo qualquer validade científica. Além disso, defensores de uma medicina mais tradicionalista, que veem a saúde apenas como a ausência de doença, representam uma barreira importante, por manterem crenças tradicionais baseadas na objetividade do modelo biomédico. Também o desconhecimento da existência de desigualdades pode levar a um estado de negação, por nunca se terem deparado com estes problemas, gerando assim maior relutância à inclusão das questões de género na educação médica. Outras causas de resistência à mudança incluem o desânimo e o distanciamento, quando se associam os problemas a um fator imutável, não se objetivando qualquer esperança para uma mudança bem-sucedida (33,43).

Outros importantes obstáculos incluem a falta de conhecimento acerca dos princípios e conceitos associados à Medicina Baseada no Sexo e no Género, a ausência de normas de acreditação específicas e competências educacionais coesas e bem definidas, bem como a inexistência de conhecimento sobre a importância e o impacto desta temática por parte dos coordenadores e docentes responsáveis pelos cursos de Medicina (36). A tabela 5 apresenta uma sistematização das barreiras constatadas.

Identificados os principais obstáculos e barreiras a esta mudança, é necessário procurar estratégias e fatores que facilitem a reforma dos *curricula*, para os combater. Considera-se que um passo importante é nomear um agente responsável pela mudança, que, idealmente, deve ser uma pessoa entusiasta e perita na área. Promover ações de formação para os docentes e fornecer literatura e material pedagógico é ainda uma boa forma de motivar e sensibilizar os professores para estas questões. Também se revelou eficaz que membros do sexo masculino fossem envolvidos nesta mudança, enquanto defensores e vozes ativamente a favor da mesma, de forma a prevenir a manutenção da crença de que as questões de género são secundárias (36,43). Outros fatores facilitadores podem ser encontrados na tabela 6.

Tabela 5 – Barreiras e obstáculos à implementação da Medicina Baseada no Sexo e no Género nos currícula das Faculdades de Medicina. Baseado em (36).

Barreiras
Ideias e opiniões pré-concebidas acerca do sexo e do género
Desconhecimento acerca da Medicina Baseada no Sexo e no Género
Desvalorização do impacto e do valor das questões de género na prática clínica
Inexistência de material didático adequado e de qualidade
Ausência de repositórios com centralização de material pedagógico sobre o sexo e o género na Medicina
Espaço curricular limitado para a inserção da Medicina Baseada no Sexo e no Género
Complexidade das mudanças necessárias para a reforma curricular
Burocracias e processos de acreditação que atrasariam a implementação
Membros, docentes e administradores da faculdade sobrecarregados

Tabela 6 – Fatores e medidas que facilitam a implementação da Medicina Baseada no Sexo e no Género nos *currícula* dos cursos de Medicina. Baseado em (36).

Fatores Facilitadores
Nomear e envolver um agente responsável pela mudança
Sensibilizar e motivar os coordenadores das unidades curriculares e todos os membros envolvidos na construção do <i>currículum</i>
Estabelecer um comité de peritos em Educação Médica para supervisionar a implementação da medicina de sexo e género no <i>currículum</i>
Envolver precocemente todas as partes interessadas relevantes, de forma a pressionar a acreditação e ainda a capacitar os estudantes como catalisadores da mudança
Desenvolver e apoiar o corpo docente
Criar de políticas e mandatos governamentais e institucionais
Realizar propostas pragmáticas para ajustamentos curriculares devidamente orientados no âmbito de um programa de estudos bem estabelecido e consolidado
Atribuir financiamento específico
Investir tempo e empenho nesta mudança

Capítulo 7 - Conclusão e Perspetivas Futuras

A Medicina Baseada no Sexo e no Género é uma perspetiva fundamental para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população. Tal como discutido anteriormente, existem várias situações em que o julgamento dos profissionais é toldado e enviesado por ideias pré-concebidas associadas ao sexo e ao género do doente, ainda que tal aconteça, predominantemente, de forma inconsciente. Estas situações colocam em risco a vida dos indivíduos, pelo que é fundamental que os profissionais comecem a ser consciencializados e educados para a presença das diferenças fisiológicas entre o sexo feminino e masculino, de forma a melhorar a acuidade diagnóstica e a qualidade das terapêuticas oferecidas a homens e mulheres. Também a influência do género deve ser reconhecida, enquanto importante determinante em saúde. Para isso, é necessário investir na educação dos profissionais de saúde para esta temática, de forma a promover um maior contacto com estes assuntos, procurando estimular uma reflexão crítica que promova uma desconstrução destes preconceitos.

A inclusão de mulheres e de uma análise padronizada por sexo e género na investigação científica são também essenciais, pois permitirão a produção de mais conhecimento científico de qualidade que possa ser aplicado de forma segura a toda a população, o que contribuirá para o desenvolvimento de fármacos mais eficazes e seguros, bem como de algoritmos diagnósticos e terapêuticos mais adequados à população em geral.

Quanto à Educação Médica, é inegável que é o ponto de partida para que haja uma mudança de paradigma, já que os jovens estudantes apresentam maior flexibilidade e abertura a estas questões, uma vez que ainda não se encontram enviesados por vários anos de prática clínica. Em Portugal, é pouca a evidência disponível do que está a ser realizado a este nível. Contudo, a análise dos *curricula* dos Mestrados Integrados em Medicina das Universidades Públicas Portuguesas mostra alguma preocupação em inserir questões de sexo e género no ensino médico. Contudo, esta preocupação é insuficiente, já que grande parte das referências ao sexo e ao género nos planos de estudos analisados, remetem, predominantemente, para a função reprodutora e sexual e pouco para as diferenças entre os sexos e géneros, em termos biomédicos e sociais.

Dadas as limitações identificadas nesta análise, considero que, no futuro, é necessário abordar este assunto de uma forma mais detalhada. Em primeira instância, de forma quantitativa (com recurso à construção de uma amostra), propõe-se a realização de um inquérito aos estudantes de Medicina das várias Escolas Médicas portuguesas, com o objetivo de aferir o seu conhecimento em relação às questões de género. Por outro lado, pode ainda ser pertinente questionar diretamente a que nível os estudantes consideram que estes temas são abordados ao longo curso de Medicina. Posteriormente, propõe-se ainda uma investigação que avalie de forma indireta os conhecimentos dos alunos, através da realização de vinhetas clínicas com pacientes fictícios, de forma a avaliar a

presença de viés e de preconceito nos estudantes durante a abordagem a um paciente com uma determinada patologia.

Numa perspetiva de mudança dos *curricula*, sugere-se que esta tenha início com a criação de uma Unidade Curricular totalmente dedicada à Medicina Baseada no Sexo e no Género, seja de carácter opcional ou obrigatório, enquanto são reunidos esforços para remodelar os planos de estudos de forma a incluir as questões de género e de sexo nos *curricula* integral e transversalmente ao longo de todo o curso. Adicionalmente, é importante dinamizar ações de formação para que os docentes comecem a ter mais contacto com este tema, de forma a sentirem-se mais confortáveis a lecionar acerca do impacto destes fatores na saúde e na educação dos jovens que com eles se cruzam, no decorrer do seu percurso académico.

Para concluir, gostaria de reiterar que a realização deste trabalho foi também um importante meio de desconstrução dos meus próprios preconceitos, tendo contribuído profundamente para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Espero que, da mesma forma, a leitura do meu trabalho seja uma chamada de atenção para todos os que com ele se deparem, e que contribua para a consciencialização destes preconceitos tão enraizados na nossa sociedade, permitindo uma auto-reflexão crítica, por um mundo melhor e uma medicina mais inclusiva.

Bibliografia

1. Glezerman M. Discrimination by good intention: gender-Based Medicine. *Israel Medical Association Journal*. 2009;11(1):39-41.
2. Lippi D, Bianucci R, Donell S. Gender medicine: Its historical roots. *Postgraduate Medical Journal*. 2020;96(1138):480-6.
3. Hamberg K. Gender bias in medicine. *Women's Health*. 2008 May;4(3):237-43.
4. Johnson JL, Repta R. Sex and gender: Beyond the binaries. In: *Designing and Conducting Gender, Sex, and Health Research*. SAGE Publications Inc.; 2012. p. 17-38.
5. Hughes IA, Davies JD, Bunch TI, Pasterski V, Mastroyannopoulou K, Macdougall J. Androgen insensitivity syndrome. In: *The Lancet*. Elsevier B.V.; 2012 Oct 20;380(9851):1419-28.
6. International Labour Office ILO. Women Swell Ranks of Working Poor. *World Work*. 1996; (17):4-7.
7. Trimble M, Reynolds EH. A brief history of hysteria: From the ancient to the modern. In: *Handbook of Clinical Neurology*. Elsevier B.V.; 2016;139: p. 3-10.
8. Holdcroft A. Gender bias in research: how does it affect evidence based medicine? *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2007 Jan 1;100(1):2-3.
9. Ramasubbu K, Gurm H, Litaker D. Gender Bias in Clinical Trials: Do Double Standards Still Apply?. *J Womens Health Gend Based Med.* 2001 Oct;10(8):757-64.
10. Teresa Ruiz M, Verbrugge LM, Ruiz MT. A two way view of gender bias in medicine. *Epidemiology and Community Health*. 1997 Apr; 51(2): 106-109.
11. Swetlitz N. Depression's problem with men. *AMA Journal of Ethics*. American Medical Association; 2021 Jul 1;23(7). p. E586-9.
12. Norman J. Gender bias in the diagnosis and treatment of depression. *International Journal of Mental Health*. M.E. Sharpe Inc.; 2004; 33(2). p. 32-43.
13. Schreiber J, Culpepper L. Suicidal ideation and behavior in adults Roy-Byrne PP, Solomon D, editors. [Internet]. 2023 [cited 2023 Apr 19]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/suicidal-ideation-and-behavior-in-adults?search=suicide%2Brisk%2Bassessment&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
14. World Health Organization. Depressive disorder (depression) [Internet]. World Health Organization; 2023 [cited 2023 Apr 19]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
15. Wei J, Mehta PK, Grey E, Garberich RF, Hauser R, Bairey Merz CN, et al. Sex-based differences in quality of care and outcomes in a health system using a standardized STEMI protocol. *Am Heart J*. 2017 Sep 1;191:30-6.
16. Lichtman JH, Leifheit-Limson EC, Watanabe E, Allen NB, Garavalia B, Garavalia LS, et al. Symptom recognition and healthcare experiences of young women with acute myocardial infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2015 Mar 1;8:S31-8.
17. Clerc Liaudat C, Vaucher P, De Francesco T, Jaunin-Stalder N, Herzig L, Verdon F, et al. Sex/gender bias in the management of chest pain in ambulatory care. *Women's Health*. 2018 Oct 29;14.
18. Roswell RO, Kunkes J, Chen AY, Chiswell K, Iqbal S, Roe MT, et al. Impact of sex and contact-to-device time on clinical outcomes in acute ST-segment elevation myocardial infarction-findings from the national cardiovascular data registry. *J Am Heart Assoc*. 2017 Jan; 6(1).

19. Mehta PK, Bess C, Elias-Smale S, Vaccarino V, Quyyumi A, Pepine CJ, et al. Gender in cardiovascular medicine: Chest pain and coronary artery disease. *European Heart Journal*. Oxford University Press; 2019 Dec 14;40(47): p. 3819–26.
20. Loscalzo J, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson JL. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 21st ed. Loscalzo J, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson JL, editors. McGraw Hill; 2022. 2030–2087 p.
21. Wenger NK. Clinical presentation of CAD and myocardial ischemia in women. *Journal of Nuclear Cardiology*. 2016 Oct 1;23(5):976–85.
22. Collet JP, Thiele H, Barbato E, Bauersachs J, Dendale P, Edvardsen T, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*; 2021 April 7. 42(14) p. 1289–367.
23. Canto JG, Rogers WJ, Goldberg RJ, Peterson ED, Wenger NK, Vaccarino V, et al. ORIGINAL CONTRIBUTION Association of Age and Sex With Myocardial Infarction Symptom Presentation and In-Hospital Mortality. *JAMA*. 2012 Feb 22;307(8): 813-22.
24. Regitz-Zagrosek V, Oertelt-Prigione S, Prescott E, Franconi F, Gerdtts E, Foryst-Ludwig A, et al. Gender in cardiovascular diseases: Impact on clinical manifestations, management, and outcomes. *Eur Heart J*. 2016 Jan 1;37(1):24–34.
25. Biddle C, Fallavollita JA, Homish GG, Orom H. Gender bias in clinical decision making emerges when patients with coronary heart disease symptoms also have psychological symptoms. *Heart and Lung*. 2019 Jul 1;48(4):331–8.
26. Garb HN. Race bias and gender bias in the diagnosis of psychological disorders. *Clinical Psychology Review*. 2021 Dec; 90.
27. Parker G, Brotchie H. Gender differences in depression. *International Review of Psychiatry*. 2010; 22(5): p. 429–36.
28. Weissman MM, Klerman GL. Gender and depression. *Trends in Neurosciences*. 1985; 8(9), 416-20.
29. Girgus JS, Yang K. Gender and depression. *Current Opinion in Psychology*. Elsevier; 2015 Aug; 4. p. 53–60.
30. Gitlin M. Unipolar depression in adults and initial treatment: Investigational and nonstandard approaches Roy-Byrne PP, Solomon D, editors. [Internet]. 2022 [cited 2023 Abril 18]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-and-initial-treatment-investigational-and-nonstandard-approaches#!>
31. Krishnan RK. Unipolar depression in adults: Epidemiology Roy-Byrne PP, Solomon D, editors. [Internet]. 2022 [cited 2023 Abril 18]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-epidemiology#!>
32. Leach LS, Christensen H, MacKinnon AJ. Gender differences in the endorsement of symptoms for depression and anxiety: Are gender-biased items responsible? *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2008 Feb;196(2):128–35.
33. Lagro-Janssen T. Gender and sex: issues in medical education. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*. 2010 Feb;29(1):48–53.
34. Scholte JK, Van Der Meulen FWM, Teunissen TAM, Albers M, Laan RFJM, Fluit CRMG, et al. Exploring the views of successful applicants for medical school about gender medicine using a gender-sensitive video assignment. *BMC Med Educ*. 2020 Jan 28;20(1).
35. Thande NK, Wang M, Curlin K, Dalvie N, Mazure CM. The Influence of Sex and Gender on Health: How Much Is Being Taught in Medical School Curricula? *J Womens Health*. 2019 Dec 1;28(12):1748–54.
36. Khamisy-Farah R, Bragazzi NL. How to Integrate Sex and Gender Medicine into Medical and Allied Health Profession Undergraduate, Graduate, and Post-Graduate Education: Insights from a Rapid Systematic Literature Review and a Thematic Meta-Synthesis. *Journal of Personalized Medicine*. MDPI; 2022;12(4), 612

37. Miller VM, Rice M, Schiebinger L, Jenkins MR, Werbinski J, Núñez A, et al. Embedding Concepts of Sex and Gender Health Differences into Medical Curricula. *Journal of Women's Health*. 2013 Mar;22(3):194–202.
38. Miller VM, Flynn PM, Lindor KD. Evaluating sex and gender competencies in the medical curriculum: A case study. *Gend Med*. 2012 Jun;9(3):180-186.
39. Leerdam L van, Rietveld L, Teunissen D, Lagro-Janssen A. Gender-based education during clerkships: A focus group study. *Adv Med Educ Pract*. 2014;5:53–60.
40. McGregor AJ, Templeton K, Kleinman MR, Jenkins MR. Advancing sex and gender competency in medicine: Sex and gender women's health collaborative. *Biol Sex Differ* 2013 Jun 1;4(1):11.
41. Kling JM, Sleeper R, Chin E Lo, Rojek MK, McGregor AJ, Richards L, et al. Sex and Gender Health Educational Tenets: A Report from the 2020 Sex and Gender Health Education Summit. In: *Journal of Women's Health*. July 2022; 31(7): 905–910.
42. Mattioli AV, Nasi M, Pinti M, Palumbo C. Teaching gender differences at medical school could improve the safety and efficacy of personalized physical activity prescription. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*. *Front Cardiovasc Med*. 2022 Jun 23;9:919257.
43. Verdonk P, Benschop YWM, De Haes HCJM, Lagro-Janssen TLM. From gender bias to gender awareness in medical education. *Advances in Health Sciences Education*. 2009 Mar;14(1):135–52.

Curricula médicos das Faculdades Portuguesas consultados em:

EMUM: <https://www.med.uminho.pt/pt/Medicina/Paginas/Plano-Estudos.aspx>; consultado a 03 de junho de 2023.

FMUP:

https://sigarra.up.pt/fmup/pt/cur_geral.cur_planos_estudos_view?pv_plano_id=30724&pv_ano_lectivo=2022&pv_tipo_cur_sigla=&pv_origem=CUR; consultado a 04 de junho de 2023.

ICBAS:

https://sigarra.up.pt/icbas/pt/cur_geral.cur_planos_estudos_view?pv_plano_id=23742&pv_ano_lectivo=2022&pv_tipo_cur_sigla=&pv_origem=CUR; consultado a 03 de junho de 2023.

FMUC: <https://apps.uc.pt/courses/PT/programme/5841/2018-2019>; consultado a 03 de junho de 2023.

FCS – UBI: <https://www.ubi.pt/PlanoDeEstudos/52/1681/2023>; consultado a 02 de junho de 2023.

FML: <https://www.medicina.ulisboa.pt/mestrado-integrado-em-medicina-mim>

NMS: <https://guia.unl.pt/pt/2020/fcm/program/9813#structure>; consultado a 04 de junho de 2023.

FMCB-UAlg: <https://fmcb.ualg.pt/curso/1916/plano>; consultado a 03 de junho de 2023.