



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES DE
COMUNIDADES E ECOLOGIA SOCIAL

MARIA ISABEL MONTEIRO GUERRA LEITE

TRANSPONDO BARREIRAS, VENCENDO LIMITES: escolhas, satisfações e
desafios de mulheres médicas cariocas

RIO DE JANEIRO
2013

Maria Isabel Monteiro Guerra Leite

TRANSPONDO BARREIRAS, VENCENDO LIMITES: escolhas, satisfações e
desafios de mulheres médicas cariocas

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social.

Orientadora: Professora Dr.^a Maria Lúcia Rocha-Coutinho

RIO DE JANEIRO
2013

Maria Isabel Monteiro Guerra Leite

TRANSPONDO BARREIRAS, VENCENDO LIMITES: escolhas, satisfações e desafios de mulheres médicas cariocas

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social.

Aprovada em:

Maria Lúcia Rocha-Coutinho, Doutora, PUC-Rio, Brasil, Orientadora

Maria Ribeiro Santos Morard, Doutora, UFRJ, Brasil

Sônia Regina Correa Lages, Doutora, UFRJ, Brasil

Leila Sanches de Almeida, Doutora, USP, Brasil

Ruth Machado Barbosa, Doutora, UFRJ, Brasil

Dedico este trabalho aos médicos e médicas que fazem parte de minha história de vida, em especial ao amado e saudoso pai Maurício. À Laura, minha filha, companheira em todos os momentos. Às irmãs Maria Cristina e Maria Ignez, sempre presentes ao meu lado. Ao amigo Paulo, fiel personagem da vida de nossos filhos. À prima Vânia, pela amizade. Ao amoroso sobrinho Victor e, ao estimado tio Odilon.

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente;

À Deus, por mais essa oportunidade.

Aos meus pais, por terem sido o esteio que fundamentou minha existência, a quem devo o que sou.

Aos meus filhos Laura, Igor e Eduarda por todo amor, carinho e compreensão nesta caminhada, me fazendo acreditar em dias melhores.

À Maria Lúcia Rocha-Coutinho, minha orientadora, pelo incansável apoio e boa vontade em todos esses anos de estudo. Obrigada pelo carinho, compreensão que tanto me auxiliaram nesse crescimento científico e intelectual.

Agradeço ainda;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que fomentou financeiramente este curso através da concessão de bolsa de estudo.

Aos meus irmãos, Estevão e Maurício que através do sentimento de pertença me deram suporte para construir meu próprio caminho.

Aos cunhados José Eduardo, Francine e Erika, pela dedicação e incentivo, com quem eu sempre contei, e nunca me faltaram.

À amiga Sônia, meus agradecimentos pela dedicação e amor aos meus filhos, nos momentos em que estive ausente.

Às Professoras Maria Ribeiro Santos Morard, Sônia Regina Corrêa Lages, Ruth Machado Barbosa e Leila Sanches de Almeida por aceitarem participar dessa defesa.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social (EICOS), pelo respeito e seriedade com que conduz o trabalho.

À todo corpo docente do Programa EICOS, principalmente os professores com os quais tive um contato mais próximo: Ana Maria Szapiro, Leila Sanches de Almeida, Maria Inácia D'Ávila Neto, e

Aos queridos Ricardo Fernandes e Carmem Martins, pela forma acolhedora com que me ajudaram nas dificuldades inerentes ao curso de doutorado.

RESUMO

LEITE, Maria Isabel Monteiro Guerra. **Transpondo Barreiras, Vencendo Limites:** escolhas, satisfações e desafios de mulheres médicas cariocas. Rio de Janeiro, 2013. Tese (Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Esta tese teve como principal objetivo melhor entender a influência do gênero na configuração da carreira médica, tentando observar se e como a discriminação entre homens e mulheres nesta área de atuação se faz presente no discurso de mulheres médicas. Foram entrevistadas médicas de diferentes especialidades, que atuam em hospital da cidade do Rio de Janeiro. As entrevistas foram semi-estruturadas e baseadas em um roteiro previamente elaborado, que abordou, entre outras questões, sua percepção sobre a inserção feminina na área médica, como se deu a escolha da sua especialidade, se percebem algum tipo de discriminação contra as mulheres no local de trabalho ou por parte dos pacientes e como conseguem conciliar as tarefas domésticas e os cuidados com os filhos com sua atuação profissional. A análise dos resultados apontou para o fato de que a carreira médica, apesar de, desde a sua origem, ter sido dominada pelo sexo masculino, hoje conta com uma forte presença feminina, ainda que continuem a persistir desigualdades entre os sexos nesta profissão. O estudo aponta, ainda, para o fato de que as mulheres tendem a se concentrar em especialidades médicas mais voltadas para os cuidados de crianças e mulheres, geralmente aquelas com vertentes mais humanistas, ao contrário das especialidades consideradas mais masculinas são aquelas que envolvem tecnologias avançadas, mais tensão e maior ação, como é o caso das intervenções cirúrgicas. A Medicina do Trabalho foi apontada como uma das especialidades mais cobiçadas pelas médicas do Rio de Janeiro, uma vez que, além de oferecer uma boa remuneração, possibilitam uma melhor qualidade de vida para as profissionais, que não têm que se envolver na rotina extenuante do consultório e dos plantões. Observou-se, também, que, na relação da médica com seu paciente, ela tende a associar, mais do que os homens, o uso de conhecimentos e técnicas a cuidados mais humanistas, o que pode trazer

enormes benefícios para o tratamento de seus pacientes. No que diz respeito à inserção feminina cada vez maior no mundo público, as mulheres médicas, como as mulheres de modo geral, continuam em desvantagem, pois, na maior parte das vezes, o homem não divide com a mulher, as tarefas domésticas e os cuidados com os filhos. Assim, nossas entrevistadas assinalaram que, tanto um horário mais flexível quanto um horário fixo de trabalho, poderiam permitir às mulheres uma melhor conciliação do trabalho com sua vida familiar. À guisa de conclusão, podemos dizer que, de modo geral, as mulheres médicas, de forma semelhante àquelas que estão engajadas em outras atividades profissionais, acabam sendo levadas a fazer certas concessões na carreira em decorrência do fato de que o mundo do trabalho ainda é dominado, em grande parte, por homens. Essas concessões são ainda maiores no caso das mulheres com filhos, uma vez que estas têm que conciliar o investimento em uma carreira profissional com os cuidados com os filhos, algo que ainda é visto como uma tarefa essencialmente feminina.

Palavras-chave: Medicina. Mulher Médica. Família. Trabalho

ABSTRACT

LEITE, Maria Isabel Monteiro Guerra. **Transpondo Barreiras, Vencendo Limites:** escolhas, satisfações e desafios de mulheres médicas cariocas. Tese (Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

This thesis aimed at better understanding the influence of gender in shaping the medical career, by trying to see if and how the discrimination between men and women in such working field is present in the speech of female doctors. Female medical doctors, from different areas, working in hospitals in the city of Rio de Janeiro, were interviewed. The interviews were semi-structured and based on a previously elaborated script, which addressed, among other issues, these female medical doctors' perceptions regarding women's inclusion in such labor market, how they chose their medical specialty, if they perceive some kind of discrimination, both from patients and in the workplace, and how they manage to reconcile household chores and care for their professional performance. The results of this study showed that the medical profession, despite having been, since its origin, traditionally dominated by males, nowadays counts on a strong female presence, even though gender inequalities still exist. The study also shows that in Medicine, women tend to focus on medical specialties involving care for children and women, specialties which usually present more humanistic strands, while those specialties regarding technological advances, the ones requiring more strain and more action, such as surgical interventions, are considered to be usually male specialties. Occupational Medicine was the most chosen medical specialty by female doctors in Rio de Janeiro, since, besides providing good wages, it can also allow better quality of life for the professionals, who do not have to get involved with the exhausting routine in medical offices and duties. It was also noticed that, in the relationship that the female doctors have with their patients, when compared with male doctors, the female doctors tend to associate the technique framework with humanistic attitudes, which can bring huge benefits to the treatment. As for the growing female insertion into the public world, female doctors, as well as women in general, remain disadvantaged, since, in most cases, men do not share household chores and care with children

equally. Thus, the female doctors we interviewed pointed that either flexible or fixed working hours could enable them to better reconcile work and family life. In conclusion, we can say that, in general, similarly to those ones involved with other professional activities, female doctors end up making concessions in their careers due to the fact that the labor market is still largely dominated by men. Such concessions are even greater among women with children, since they have to balance investment in their careers with care for the children, since the latter is still seen as being an essentially female task.

Key-words: Medicine. Medical Doctor. Family. Work.

LISTAS DE GRÁFICOS E TABELAS

GRÁFICOS

Gráfico 1 Relação percentual alunos/alunas.....	62
Gráfico 2 Evolução da entrada de médicos, 1910 a 2010, segundo sexo.....	71

TABELAS

Tabela 1 Médicos brasileiros em atividade, segundo idade e sexo-Brasil, 2011.....	69
Tabela 2 Evolução do registro de novos médicos, segundo sexo-Brasil, 2011.....	70
Tabela 3 Evolução da população de médicos, 1910 a 2010, segundo sexo-Brasil, 2011.....	72
Tabela 4 Número de médicos especialistas, segundo especialidade-Brasil,2011.....	74
Tabela 5 Médicos especialistas, segundo especialidade e sexo-Brasil, 2011.....	75
Tabela 6 Número de médicos especialistas, segundo especialidade-Rio de Janeiro, 2012.....	79
Tabela 7 Médicos especialistas, segundo especialidade e sexo-Rio de Janeiro, 2012.....	80

LISTA DE SIGLAS

SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS
AMB	Associação Médica Brasileira
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEO	Diretor Executivo
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFOs	Chefes do Setor Financeiro
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRM	Conselho Regional de Medicina
CTI	Centro de Tratamento ou Terapia Intensiva
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
EICOS	Programa de Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social
HUGG	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNI	Programa Nacional de Imunização
RH	Recursos Humanos
RM	Residência Médica
SEBRAE	Serviço de Apoio Brasileiro às Micro e Pequenas Empresas
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNESCO Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a
Cultura

UNIRIO Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

UNITWIN Geminação de Universidade e o Programa – Rede

USP Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	22
2.1 A HISTÓRIA DA MEDICINA: A ARTE DE CURAR NO BRASIL.....	23
2.1.1 A Medicina no Brasil antes do reinado de D. João VI.....	23
2.1.2 A chegada de D. João VI ao Brasil: novo ciclo da Medicina.....	28
2.2 A CONDIÇÃO FEMININA.....	37
2.2.1 A exclusão das mulheres: breve retrospectiva histórica.....	37
2.2.2 A mulher no mercado de trabalho: a conquista do seu espaço.....	49
2.2.3 Médicas: um recorte na história das mulheres.....	56
2.3 MULHERES MÉDICAS NO BRASIL: A BUSCA PELO RECONHECIMENTO....	65
2.3.1 Mulheres médicas: características e dinâmica da inserção na Medicina..	65
2.3.2 Mulheres médicas: características da população médica no Estado do Rio de Janeiro.....	78
2.3.3 Médicas do século XXI: ultrapassando fronteiras.....	83
2.3.4 Conciliar vida familiar e trabalho: desafio para a mulher médica.....	88
3 NOSSO ESTUDO.....	94
3.1 METODOLOGIA.....	95
3.2 GRUPO ESTUDADO.....	97
3.3 ANÁLISE DOS DADOS.....	99
3.3.1 Escolha profissional.....	99
3.3.2 Significado e valorização da prática médica.....	128
3.3.3 Conciliação vida familiar, exercício profissional e maternidade.....	143
3.3.4 Satisfação e desafios de ser médica: transformando limites em possibilidades.....	176
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES.....	198
REFERÊNCIAS.....	208
ANEXOS.....	219

ANEXO 1- As especialidades médicas.....	220
ANEXO 2- Roteiro de entrevista utilizado na coleta de dados.....	225

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Uma análise da literatura sobre a participação feminina na carreira médica aponta para o fato de que a atuação profissional na Medicina, desde sua origem, tem sido dominada tradicionalmente pelo sexo masculino, em contraposição aos dias de hoje, em que se pode perceber uma forte presença feminina, ainda que continuem a persistir desigualdades entre os sexos nesta profissão. Ou seja, também neste caso, o gênero parece tornar-se, como aponta Santos (2004), uma categoria analítica importante ao determinar relações diferenciais entre o mundo do trabalho, supostamente masculino, e a vida doméstica, responsabilidade basicamente feminina, produzindo trajetórias diferentes de homens e mulheres na área médica.

Tais fatos trazem a lume a possibilidade de evolução das mulheres atuais neste campo, a partir da busca de novas aspirações e exigências, decorrentes dos questionamentos empreendidos por elas acerca de seu lugar de subordinação na sociedade, em decorrência dos Movimentos Feministas da segunda metade do século XX. A partir deles, buscou-se a criação de formas de resistência a este poder socialmente reconhecido como masculino, bem como fortaleceu-se o desejo de se liberarem dos constrangimentos que as oprimiam e, de certo modo, continuam a oprimir, visando uma “igualdade na desigualdade” entre os sexos.

Nesse sentido, Oliveira (1991) assinala que,

“No feminino, assim como no masculino, o corpo é experiência histórica. Quando as mulheres se voltam para o passado e se reconhecem na cultura feminina, não é ao feminino como essência que se referem, mas ao feminino como experiência. Essa experiência passada encontra hoje novas vivências e exigências e é nesse processo de mutação que o feminino vai ganhando forma nova. (...) A emergência do feminino é, ao mesmo tempo, um sintoma difuso de nossa época e o desejo consciente de mulheres, algumas mulheres, que nele depositam seu contributo à civilização. O exercício desse desejo contém riscos. As mulheres que escaparam do Eterno Feminino e do mimetismo com os homens para o acidente da vida estão aceitando corrê-los. O que tentam viver não é a essência cristalina, não é a imanência nem a predestinação. É um continuum em que corpo, cultura, história e lugar social interagem, o que comporta inserções e configurações insólitas. O que defendem é uma igualdade inédita entre os sexos, o primado da diferença sem hierarquia e sem ambiguidade” (p. 15).

Na mesma linha de argumentação, Brandão (1994) enfatiza que o respeito à

alteridade feminina é condição para que se entenda o verdadeiro significado da igualdade mulher-homem. Não é uma igualdade que se concretiza na elaboração de um mesmo modelo de masculino e feminino. Em outras palavras, não é uma igualdade que anula a distinção entre os sexos, ou considera o masculino como o protótipo do humano, mas, antes, que reconhece a igualdade na diferença como indispensável à realização plena de mulheres e homens. A mulher não é apenas diferente do homem, mas distinta dele. Ela tem que descobrir sua maneira própria de ser, tendo presente que não se trata jamais de um distanciamento ou de fraturas irrecuperáveis entre mulheres e homens, mas sim de respeito à alteridade e de um questionamento das armadilhas do modelo uniformizador ao qual todos tinham, e ainda têm, que se subordinar.

Particularmente, ao se analisar a problemática de gênero no cenário destas novas descobertas, uma das questões que suscita grandes controvérsias diz respeito, ainda que de forma implícita, à rejeição da antiga idéia de que a biologia constrói homens e mulheres, isto é, de que há alguma forma de determinismo biológico funcionando no mundo e de que esta força seria a principal responsável pela diferença sexual. Os novos autores enfatizam os elementos psicológicos, sociais, políticos, econômicos e culturais que influenciam as representações e comportamentos sociais de homens e mulheres (ROCHA-COUTINHO, 1994).

Assim, nas últimas décadas, o tema *mulher* adquiriu foros de cidadania em praticamente todos os campos das ciências humanas e sociais, através de inúmeros estudos, pesquisas e debates que atestam, de forma inquestionável, que as mulheres tornaram-se agentes de uma das maiores revoluções mundiais (BRUSCHINI e LOMBARDI, 2003; ROCHA-COUTINHO, 1994; BRANDÃO, 1994; BRUSCHINI, 1994).

O final do século XX assistiu a uma das mais surpreendentes modificações na forma estrutural da vida privada, com o surgimento das mulheres chefes de família de classe média que assumiram as funções de pai e mãe, tornando-se, assim, as únicas responsáveis tanto pelo “gerenciamento econômico” quanto pelos cuidados da unidade familiar e de seus membros.

No que diz respeito ao espaço público, o caminho das mulheres foi, e continua sendo ainda, bastante tortuoso, na medida em que, por razões de ordem histórica, política e social, elas foram, por muito tempo, excluídas desse universo preponderantemente masculino, tanto de fato como de direito, e tiveram que

reivindicar, de forma contundente, sua participação na vida pública. A esse respeito, Carneiro (1994) afirma que este processo de intensa revolta se constitui na recusa de todos os estereótipos tradicionais existentes sobre a mulher, lutando-se contra o mito da fragilidade, o confinamento da mulher ao espaço doméstico, a limitação do papel da mulher a mero agente reprodutor da espécie, entre outros. O rompimento com esses modelos parece situá-las mais próximas do modelo da masculinidade.

Os estudos sobre gênero, orientados por esta perspectiva teórica (Bourdieu, 2010; Fiori e Yazigi, 2005; Santos, 2004), também sinalizam um avanço significativo do conhecimento sobre os dispositivos de dominação. No que diz respeito à abordagem psicossocial destas questões, merecem destaque, em particular, os estudos de gênero desenvolvidos por Bourdieu (2010), que apontam para a existência de mecanismos que proporcionam a manutenção da dominação masculina sobre a divisão de trabalho entre os sexos. Na visão do autor, a divisão do trabalho entre homens e mulheres se manifesta tanto nas questões objetivas, como, por exemplo, nas divisões entre os espaços femininos e masculinos, como também na conformação dos corpos e mentes dos sujeitos sociais.

Para Fiore e Yazigi (2005), no que diz respeito à carreira de médicos e médicas, em particular, vale ressaltar que as diferenças nas trajetórias profissionais e nas diferentes especialidades médicas estão sujeitas a influências de caráter cultural, social e psíquico, traduzidas pela sua socialização primária, pelo capital econômico e pelo capital simbólico, que são, por sua vez, herdados, em parte, da família de origem e, em parte, do contexto social mais amplo em que se está inserido. Visto desse modo, estas influências são incorporadas pelos indivíduos e são, em grande parte, reflexo da maneira como homens e mulheres foram socializados. O fato é que estas visões continuam presentes nas práticas médicas, participando ativamente da criação e manutenção das concepções, abordagens e visões da figura do médico, da tarefa a ser por ele desempenhada, da doença e do doente. Contudo, cabe assinalar que é nosso ponto de vista que elas não dizem respeito a determinações naturais, biologizadas, mas, antes, são construções sociais. Como aponta Dejours (1992), isto significa que, à medida que a educação e os padrões comportamentais adquiridos por homens e mulheres se alterem, a divisão sexual do trabalho e as relações entre os gêneros podem operar uma mudança de rumo em direção a uma maior equidade.

Nesse sentido, torna-se pertinente a realização de estudos que possam contribuir para um aprofundamento da compreensão a respeito do caminho mais eficaz para se produzir mudanças reais na situação da mulher em nossa sociedade. Ainda segundo Bourdieu (2010), as formas como os sujeitos concebem o mundo e desenvolvem posturas, hábitos e comportamentos são produtos de valores e práticas estabelecidas pela sociedade. Portanto, no caso de homens e mulheres, a adaptação ao sistema dominante se realiza através da criação de crenças e atitudes estereotipadas acerca do masculino e do feminino.

A esse respeito, o autor aponta para o fato de que as mulheres são alvo privilegiado da discriminação simbólica e, portanto, o caminho mais eficaz para se gerar mudanças reais na situação da mulher, nas diferentes sociedades, está relacionado a uma proposta de integração de suas lutas políticas aos movimentos sociais capazes de questionar as instituições estatais e jurídicas e lutar pela superação da subordinação de gênero. Para este autor esta poderia constituir uma saída para a situação de dominação feminina nas diferentes sociedades.

De todo modo, pode-se observar hoje, por exemplo, que a entrada das mulheres em postos na Diretoria de empresas de renome quase dobrou nos últimos anos e cargos tradicionalmente ocupados por homens começaram a ganhar um perfil feminino. Assim, por exemplo, as mulheres conseguiram impor algo que se poderia denominar um “estilo feminino” de administrar, através do uso de novas técnicas e concepções de gerenciamento com forte base nos relacionamentos e na cooperação e não apenas na competitividade e nos lucros, o que tem resultado no desenvolvimento de um capital cultural acumulado que lhes permite se impor no campo econômico e no mercado de trabalho (SANCHES, 2000).

Em que pese a maior participação conseguida pelas mulheres nas últimas décadas no espaço público das organizações, merece destaque o maior engajamento feminino atual na profissão médica, objeto de estudo do presente trabalho, uma vez que, como aponta Rosa (2003), neste caso específico a participação feminina vem trazendo contribuição marcante para a evolução das Ciências Médicas. Outro aspecto determinante para nossa escolha diz respeito à possibilidade de se alcançar uma maior compreensão acerca da influência do sexo na atuação de homens e mulheres nesta profissão, considerando-se as peculiaridades dos universos feminino e masculino, inclusive na escolha da especialidade médica que se pretende seguir, dentre as diversas possibilidades

abertas na área. Cabe aqui assinalar que hoje se torna importante investigar se a inserção feminina na profissão médica tem evidenciado discriminações de gênero e, em caso positivo, de que forma ela poderia estar prejudicando a carreira profissional das mulheres, uma vez que o campo médico é considerado um espaço de poder. Isto é, ele é também entendido como uma arena onde os protagonistas que nele atuam assumem diferentes papéis, todos eles permeados pelas experiências vividas e pelos sofrimentos vivenciados em sua história pessoal, algo que resulta, como aponta Dejours (1992), da distribuição desigual dos bens materiais e simbólicos. Este autor assinala, ainda, que as relações intersubjetivas entre os membros de uma mesma profissão criam defesas coletivas contra ansiedades comuns a todos. No caso dos médicos, nas suas representações e sistemas de valores estão inseridas as noções de doença e de doente que, apesar de envolverem sofrimentos, físico e psíquico, são gratificantes porque permitem compor atos defensivos e podem levar a soluções criativas que possam vir a suavizar a percepção que os médicos têm da realidade que os faz sofrer.

O acesso recente das mulheres médicas a postos de responsabilidade nas instituições prestadoras de serviços de saúde também vem questionar a divisão tradicional entre masculinidade e feminilidade, uma vez que esses postos tradicionalmente vinham sendo e, em sua maioria, continuam a ser ocupados por homens. Convém ressaltar que, entre a profissão de sua preferência e as funções desempenhadas quando em atividade na área escolhida, pode-se perceber diferenças às vezes importantes entre os desejos e dificuldades de acesso e de exercício da especialidade escolhida e cada indivíduo deve buscar sua própria forma de tentar superar estes percalços. Neste caso, parece que cada indivíduo, muitas vezes, tem que buscar conciliar os aspectos de sua personalidade e os desejos que entram em confronto com as condições e relações de trabalho que estão inseridos nos contextos social e histórico em que vivem. Tal constatação torna-se significativa, na medida em que, como aponta Dejours (1992), abre espaço para uma discussão acerca da igualdade de oportunidades abertas a homens e mulheres, que, no caso deste autor, estavam referidas, mais especificamente, à ocupação de cargos de liderança.

A análise da literatura que vem sendo produzida sobre tais questões traz elementos importantes para a discussão do significado da participação feminina na vida pública. Na perspectiva da nova historiografia, estudos de gênero como os de

Mott (2005a), Rosa (2003) e Aquino (1999), entre outros, tratam da trajetória das mulheres na Medicina, principalmente no Brasil.

Em síntese, faz-se necessário aprofundar as investigações da influência do gênero na configuração da carreira de médicos e médicas, a fim de que a Medicina possa orgulhar-se de sua história, de modo que ela venha a ser contada, não apenas a partir da atuação de seus profissionais do sexo masculino, como de praxe, mas das numerosas mulheres que colaboraram para que ela se tornasse tão grandiosa.

Tendo em mente essas considerações, o presente trabalho pretende realizar uma investigação, de caráter exploratório, com o objetivo de melhor entender a interferência do gênero na profissão médica e verificar se e como a discriminação entre homens e mulheres que vem sendo apontada nesta área se faz presente no discurso de mulheres médicas. Buscamos, mais especificamente, observar aqui quais as implicações do fato de ser mulher no estabelecimento das relações sociais desenvolvidas no ambiente de trabalho, especialmente no que diz respeito aos vínculos próprios da relação médico-paciente. Além disso, objetivamos melhor entender os fatores psicológicos e sociais envolvidos na escolha e na prática de uma especialidade médicas bem como na trajetória profissional de médicas mulheres. Tendo em vista que, como tem sido apontado por Rocha-Coutinho e Losada (2007), a responsabilidade pelas tarefas domésticas e, principalmente, pelos cuidados e educação dos filhos continua a recair prioritariamente sobre a mulher, objetivamos, ainda, melhor entender, no caso das mulheres médicas casadas, especialmente aquelas com filhos, quais as dificuldades e soluções por elas encontradas para conciliar sua carreira profissional e as responsabilidades domésticas familiares.

Para atender a tais objetivos, na primeira parte do trabalho são apresentados os referenciais teóricos relevantes à abordagem da história da Medicina no Brasil, bem como uma narrativa da longa trajetória da ciência médica e seus praticantes, com especial destaque aos avanços da Medicina ao longo do tempo. Na segunda parte, apresentamos os principais aspectos da literatura de referência sobre a condição feminina, enfatizando, em especial os movimentos de mulheres no Brasil, sua evolução na sociedade, os preconceitos sentidos por elas, suas aspirações e conquistas. Posteriormente, fazemos referência ao crescimento da participação feminina no mercado de trabalho, de modo geral, e tratamos da redefinição do significado da atividade profissional para as mulheres, bem como apontamos para a

persistência da discriminação da mulher no mercado de trabalho. Além disso, são apresentados referenciais teóricos relevantes relativos ao surgimento da Medicina e sua evolução da antiguidade até os dias de hoje. Na terceira parte, são discutidas as principais características e dinâmica da inserção da mulher na Medicina, mais especificamente, no estado do Rio de Janeiro. Em seguida, são apresentados os desafios enfrentados pelas médicas do século XXI, bem como de que forma as médicas conciliam família e trabalho. Posteriormente, são detalhados os procedimentos metodológicos do estudo qualitativo, no que diz respeito à seleção dos participantes e aos procedimentos de coleta de dados. Os resultados obtidos são apresentados e discutidos em seguida, em termos de suas implicações teóricas e empíricas e, à guisa de conclusão, são tecidos comentários a respeito das consequências práticas da investigação, assim como sugestões que possam contribuir para uma compreensão cada vez maior do exercício da Medicina, essa bela profissão, indispensável na nossa sociedade. Sob este aspecto, pretende-se, com o desenvolvimento do trabalho, além de incrementar o debate sobre o tema, dar continuidade à constante renovação e reflexão crítica dos estudos sobre mulheres, e em especial no que diz respeito às mulheres médicas brasileiras.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A HISTÓRIA DA MEDICINA: A ARTE DE CURAR NO BRASIL

O conhecimento da história da Medicina é uma narrativa da longa trajetória da ciência médica e seus praticantes. Abrange como homens e mulheres, precursores da prática médica atual, se propuseram a participar dessa grande aventura humana que os levou a decifrar os mistérios do corpo em prol de sua cura (GORDON, 2008).

Por esta razão, o estudo dessa história procura ser uma apreciação panorâmica de fatos, personagens, experimentos, descobertas, erros e acertos que compõem o cenário brasileiro dessa ciência ao longo dos séculos.

2.1.1 A Medicina no Brasil antes do reinado de D. João VI

Desde o período que se estende do século XVI ao início do século XIX, as doenças têm provocado milhões de mortes Brasil afora. De acordo com Maia (2009) e Scliar (2005), neste país, a Medicina era praticada principalmente por curiosos, ou entendidos, entre os quais se incluíam os jesuítas, com suas famosas boticas, os pajés, os boticários, barbeiros/sangradores, que dividiam espaço com curandeiros, feiticeiros e benzedores, que lutavam como podiam contra as mais diversas enfermidades.

Scliar (2005) aponta que o Brasil é um imenso hospital, pois o que se vê no passado é uma longa luta contra a pobreza, o desconhecimento e as condições adversas para a prática da Medicina. Com isso, o autor ressalta que o país, nos primórdios da colonização, sempre foi alvo de muitas moléstias, principalmente as epidêmicas, que se sucediam.

Em 1563 ocorreu na Bahia a primeira epidemia de varíola, que matou cerca de 30.000 índios. Muito contagiosa, propagou-se para Pernambuco, onde em 1565 assumiu forma clínica das mais graves, hoje, felizmente, erradicada no país. Em 1685, aconteceu o primeiro surto de febre amarela em Pernambuco, fazendo mais de 4.000 vítimas. A estas doenças se juntavam a peste bubônica, a gripe espanhola,

a pneumonia, a tuberculose, a sífilis, a lepra, entre tantas outras moléstias graves, algumas das quais, continuam a existir até hoje. Essas pestilências, trazidas pelos brancos europeus, evidenciaram, de forma comovente, a necessidade da tomada de providências para suprir a falta de instrumentação adequada no Brasil colônia e a grave situação sanitária do país na época.

Em 1782, a rainha D. Maria I criou em Portugal a sede do órgão controlador da Medicina, a Junta do Protomedicato. Entretanto, essa instituição estava mais ocupada em fiscalizar as boticas e os curandeiros da colônia do que em evitar doenças. Surgidas nos primórdios da colonização, as Santas Casas da Misericórdia davam assistência hospitalar. Estes estabelecimentos funcionavam mais como albergues de assistência religiosa do que como promotores da cura dos doentes.

Os índios, primeiros habitantes locais, levavam uma vida ativa e, assim, tinham um aspecto saudável, eram fortes e bem nutridos. Em geral, não tinham vícios que prejudicassem a saúde. O álcool e o fumo eram utilizados ocasionalmente. Entretanto, em função da ausência de imunidade natural, eram vítimas indefesas de enfermidades trazidas pelos colonizadores, o que podia levá-los ao óbito. Quando doentes, os selvagens recebiam cuidados do curandeiro da tribo, pajés, que utilizavam, no tratamento das pessoas, rituais religiosos e de magia associados a plantas Medicinais (SCLIAR, 2005; SALLES, 2004). Nesse sentido, Gordon (2008) observa que tudo isso nos faz pensar que a Medicina, na época do Brasil colônia, era assustadora!

Segundo Maia (2009) e Nava (2003), para compreender as relações afetivas entre os índios e os jesuítas, numa sociedade mal agregada e vivendo o choque entre duas culturas, faz-se necessário considerar os elementos do contexto social, político, psicológico e outros, que configuram o perfil de cada grupo étnico. Neste contexto, um dos problemas resulta de crenças e valores distintos, a partir dos quais emergem conflitos, reações de opressão, de violência, cobiça, que estão relacionados, em grande parte, ao exercício da crueldade irresponsável e sem freios do branco aventureiro. Diante do branco, a raça indígena mostra-se perplexa, abatida, arruinada pelas epidemias importadas, submetidas ao jugo da escravidão e corrompendo-se nos seus padrões culturais de forma acelerada.

Sem dúvida, foram os padres da Companhia de Jesus, os melhores amigos dos índios, já que eram mais compreensivos, humanos, protetores dos órfãos, das viúvas, das donzelas, além de enfermeiros das grandes epidemias. De acordo com

Nava (2003), entre os reverendos havia botânicos, mineralogistas e zoólogos que, durante o noviciado na Europa, faziam um aprendizado como socorristas. Assim, entrando em contato com os índios para efeito da catequese, em pouco tempo, aprenderam com os pajés as virtudes curativas de muitas plantas, destacando-se entre elas a *Cabureíba*, também chamada de quina-quina (*Myroxylonperulferum*) – do gênero *Cinchona*. Sobre ela, Salles (2004) aponta que “Os resultados eram tão satisfatórios nas febres palustres, que os padres passaram a exportar o medicamento para Portugal, onde recebeu o nome de pó dos jesuítas” (p. 16). De modo geral, muitas das fórmulas preparadas nas boticas dos jesuítas ficaram famosas, secretas e guardadas cautelosamente no colégio da Bahia, como foi o caso da famosa *Triaga brasílica*.

Nesta perspectiva, a Medicina jesuítica, que aparece na segunda metade do século XVI, teve um papel fundamental, pois abriu caminho para as primeiras noções de Medicina brasileira, através do uso das plantas Medicinais em chás, infusões e porções que continham princípios ativos que só no século XX passaram a ser identificados e utilizados cientificamente. Contudo, Maia (2009) assinala que as florestas brasileiras, principalmente na região amazônica, causam impacto pela exuberância de uma natureza tropical virgem e por serem ricas desses fitoterápicos que, atualmente, são alvo “de cobiça e pirataria internacional” (p.1).

Conforme salienta Nava (2003), as práticas dos pajés associaram-se, mais tarde, às práticas curativas trazidas pelos escravos africanos que aqui chegaram com o tráfico negreiro, tornando-se parte integrante da civilização brasileira.

A esse respeito, o autor ressalta que os estudos sobre o negro são, de forma geral, recentes no país e talvez a explicação disso esteja relacionada ao desejo de uma comunidade que queria e quer fazer-se branca. Assim, a diminuição crescente dos brancos e negros que aqui chegaram e sua substituição por uma população mestiça que, na sua maioria, perdeu traços do africano, bem como muitas das características do celta e do godo, herdadas geneticamente dos portugueses, concorreram para que se atenuasse consideravelmente o absurdo preconceito existente no Brasil e que, como aponta Nava (2003), “hoje sobrevive apenas na falta de inteligência e de autocrítica de uma minoria de brasileiros que devia olhar um pouco mais para os seus cabelos” (p. 22).

Tendo estas questões em mente, brilhantes e renomados pensadores permitiram uma compreensão mais nítida dos problemas raciais no nosso país, ao

firmar em seus escritos um conhecimento novo do negro e do formidável papel “desempenhado por ele, tanto no estabelecimento de nossa civilização material, quanto na configuração do nosso complexo racial, psicológico e cultural” (NAVA, 2003, p. 23).

Sem dúvida, Gilberto Freyre (1900-1987) e Arthur Ramos de Araújo Pereira (1903-1949) contribuíram com investigações e publicações para que o tema fosse abordado em ensaios de sociologia, em trabalhos médico-sociais, com sensibilidade e profundidade de conhecimentos. De outra parte, Rachel de Queiroz (1910-2003), José Lins do Rêgo (1901-1957) e Jorge Amado (1912-2001), entre outros, colaboraram com estudos a esse respeito, com a amplitude permitida pela crônica e pela literatura de ficção.

Deve-se, no entanto, realçar que as primeiras noções da Medicina brasileira tiveram a contribuição do saber desses três elementos tão distintos: o conhecimento rudimentar dos jesuítas, a arte do curandeiro indígena e a do feiticeiro africano (MAIA, 2009; SALLES, 2004).

Os que desejavam estudar para obter um título de médico clínico (physico) ou cirurgião tinham que ser formados em universidades Europeias. A universidade preferida era a de Coimbra, seguida pelas de Paris e de Montpellier. No século XVII estudaram naquela Universidade 35 brasileiros e, no século XVIII, 112 brasileiros. Vale ressaltar que muitos deles preferiam fixar residência na metrópole em vez de voltar para as dificuldades da colônia (MAIA, 2009).

Ao que parece, mesmo para aqueles que estudavam nas Universidades, a formação acadêmica era deficitária, embora, na maioria das vezes, proporcionasse aos beneficiários um nível muito superior ao dos simples curiosos e charlatões. Por exemplo, o ensino da clínica baseava-se, principalmente, na leitura dos textos de médicos importantes, como Hipócrates (460-370 a.C.) e Galeno (c. 132-200 d.C.). No estudo da Anatomia, as aulas práticas, em que os profissionais habilitados transmitiam seus conhecimentos, da melhor forma que podiam, eram dadas na casa do professor, que mostrava aos alunos um carneiro em partes, numa bacia. Os cadáveres humanos eram uma raridade e eram filantropicamente fornecidos por criminosos aos anatomistas que acabaram deixando seus nomes gravados em nossos corpos ao dissecá-los (GORDON, 2008).

Foi assim que muitos formandos, após quatro anos de curso e de obter o grau de médico, tornaram-se autorizados a exercer a profissão. No exercício da prática

médica, eles supervisionavam a arte médica, receitavam medicamentos internos, mas não praticavam sangria, atividade menos nobre da Medicina.

Nessa época, a deficiência de diplomados competentes em cirurgia, Medicina e artes acessórias espalhou-se pelos sertões, forçando as autoridades a conceder a licença de sangrador, indispensável à terapêutica da época, a pessoas sem o diploma de médico. Este tratamento singular foi introduzido pelos jesuítas que, na falta de instrumentos adequados, sangravam com dentes de cotia e bicos de gavião, aplicavam ventosas com chifres de bois e faziam incisões com eixos de pontas afiadas (MAIA, 2009).

Nestas circunstâncias, inclusive por seu caráter manual e aspecto sangrento, esta prática era quase que inteiramente delegada a barbeiros, sangradores e outros indivíduos incultos, que não foram alfabetizados nem frequentaram uma universidade que lhes permitisse aperfeiçoar-se na prática da profissão.

Na grande maioria, os médicos ou cirurgiões eram brancos e livres, enquanto que a atividade de barbeiros, sangradores e enfermeiros era exercida por negros alforriados ou escravos.

Em Portugal, os que tinham interesse em se candidatar à licença de médico acompanhavam durante três anos um médico habilitado e, após o domínio das práticas, requeriam exame perante o Physico-Mor, recebendo, se fossem aprovados, a Carta de Licenciado. Vale ressaltar que, diante dos abusos que decorriam dessa legislação, muitas Cartas de Aprovação foram vendidas, principalmente para os que desejavam imigrar para a Colônia (MAIA, 2009).

Desse modo, do ponto de vista das atividades exercidas, o Cirurgião-barbeiro/sangrador tinha o campo restrito ao emprego de ventosas, sarjadas e sanguessugas, além de arrancar dentes, cortar cabelos e fazer barbas. Por sua vez, o algebrista tratava de fraturas, luxações e torceduras, enquanto que a cristeleira administrava clisteres. O enfermeiro precisava cumprir as orientações dos médicos ou dos cirurgiões, não sendo uma exigência que tivessem conhecimento de Medicina. A parteira procurava atender as mulheres nos partos normais e, por isso, eram conhecidas como aparadeiras. O boticário fazia receitas caseiras e comercializava drogas Mediciniais. Assim sendo, os médicos pensavam que, ao realizar um ato cirúrgico, isso acarretaria a perda da sua dignidade e, assim, a cirurgia era, na prática médica, quase que inteiramente desprezada (MAIA, 2009; JESUS, 2004).

2.1.2 A chegada de D. João VI ao Brasil: novo ciclo da Medicina

A invasão de Portugal pelas tropas de Napoleão levou a família real portuguesa, a fim de não perder o controle de suas colônias e as manter sob o jugo português, a fugir, com um grande número de pessoas da corte para sua maior colônia na América do Sul, o Brasil.

Assim, o Brasil veio a ter suas faculdades de Medicina (no Rio de Janeiro e em Salvador) no início do século XIX, quando a corte portuguesa se mudou para cá, em 1808. A Medicina entrou, então, no país em uma nova fase pois, com o interesse da coroa portuguesa e o conseqüente desenvolvimento sócio econômico da Colônia, o Brasil pode formar seus próprios médicos (MAIA, 2009; SALLES, 2004).

Os autores acima apontam, ainda, que, diante dessa realidade, merece destaque o médico brasileiro José Correia Picanço, nascido em 1745 em Goiana de Pernambuco. A fim de dedicar-se à Medicina partiu para Portugal com a intenção de cursar o ensino no Hospital São José, e de lá mudou-se para França, onde se doutorou em Montpellier. Voltando a Coimbra, foi nomeado docente na cátedra de Anatomia e Cirurgia e promoveu a introdução, na universidade portuguesa, do método de demonstrações anatômicas em cadáveres humanos aprendida com um dos maiores cirurgiões da França, o ilustre Pierre J. Desault.

Em 1807, foi admitido na Casa Real como Cirurgião-Mor do Reino e membro do seu Conselho e, mais tarde, Picanço foi condecorado com o título de Barão de Goiana. Contudo, como conhecedor das condições de saúde no país e percebendo a carência de médicos formados no território brasileiro, Picanço preocupou-se em convencer o Príncipe Regente D. João a solucionar esse problema. Desse modo, apresentou a ele a proposta de criar uma Escola de Cirurgia no Hospital Militar da cidade de Salvador, proposta esta que foi bem acolhida por D. João VI, que autorizou a fundação da unidade na Bahia pela Carta Régia de 18 de fevereiro de 1808 e que recebeu o nome de Colégio Médico Cirúrgico. Esta foi a primeira escola de Medicina do Brasil e atualmente é parte da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Os cursos, com duração de quatro anos, abrangiam o ensino de Anatomia, Cirurgia e Obstetrícia. Ao término, entregava-se aos alunos uma certidão de capacidade para encarregar-se da saúde pública (MAIA, 2009; SALLES, 2004).

Correia Picanço nomeou os cirurgiões José Soares de Castro, português, para professor de anatomia e obstetrícia, e Manuel José Estrela, baiano, para a cadeira de cirurgia especulativa e prática.

Conforme salienta Maia (2009), o Príncipe Regente pouco se demorou na Bahia e, após alguns meses, partiu para o Rio de Janeiro, onde foi acolhido com festas memoráveis. Ao chegar à capital da colônia, em meio a muitas dificuldades a vencer, com a instalação da nova sede do Governo português e, com a acomodação da corte que o acompanhou, este não se descuidou, no entanto, de medidas administrativas importantes que tanto favoreceram o país. Entre essas medidas podem ser mencionadas: a criação do ensino médico; a abertura dos portos; a exploração da indústria; a liberdade de comércio; a concessão de prêmios e medalhas pelo plantio de árvores ou vegetais úteis ao comércio; a criação do Banco do Brasil, da Biblioteca Real, da Biblioteca Nacional, do Jardim Botânico e do Museu Real; a isenção de impostos para as matérias primas importada pelas indústrias; a fundação da Imprensa Régia; a concessão de privilégios aos professores de aulas de agricultura e botânica; o acolhimento de cientistas estrangeiros e a concessão para efetuarem expedições pelo interior do Brasil.

O autor ressalta que, mais uma vez, Picanço, com sua experiência profissional reconhecida, incentivou o Príncipe Regente a criar uma escola de Medicina, desta vez na capital e sede do governo. Em relação ao ensino médico, assim como fizera na Bahia, publicou oficialmente, poucos dias após sua chegada à capital, atos relacionados aos estudos médicos. Entretanto, não procedeu como na Bahia, criando de imediato uma Escola Médico Cirúrgica. O planejamento que conduziu à criação da Academia e, posteriormente, à Faculdade de Medicina ainda demorou alguns anos e passou por fases progressivas, que marcaram o início do funcionamento do ensino médico no Rio de Janeiro. Foram os seguintes os decretos publicados pelo Príncipe Regente, em ordem cronológica:

a) **Decreto de 2 de abril de 1808: nomeia professor para as aulas de Anatomia e Cirurgia** (data da fundação do ensino médico no Rio de Janeiro e nomeação de Joaquim da Rocha Mazarem, como professor da cadeira de Anatomia);

b) **Decreto de 12 de abril de 1808: estabelece o ordenado do primeiro professor** (define as funções atribuídas ao primeiro professor nomeado pelo

regente, assim como especifica o Hospital Militar como local de funcionamento das aulas);

c) **Decreto de 05 de novembro de 1808: substitui as aulas por um esboço de curso, embrião da futura academia e, depois, Faculdade de Medicina** (início do funcionamento do ensino médico no Rio de Janeiro, anexo ao Real Hospital militar do Morro do Castelo);

d) **Decreto de 1º de abril de 1813: cria a Academia Médico Cirúrgica** (a corte decide fundar a escola médica, ao executar o plano de Manoel Luiz Álvares de Carvalho).

Até a aprovação deste ato, existiam apenas aulas de Anatomia e Cirurgia, sem normas que o caracterizassem como um curso. A partir de 1º de abril de 1813, Manoel Luiz Álvares de Carvalho, Physico Mor do Reino, Conselheiro da Real Câmara e diretor dos estudos médicos e cirúrgicos da Corte e do Estado do Brasil, propôs a criação de uma escola médica com seriação estabelecida, normas rígidas de funcionamento e capacitada a fornecer carta de cirurgião e a conferir o grau de Doutor em Medicina (MAIA, 2009).

Nesta ocasião, o Cirurgião Mor, José C. Picanço recusou o convite para assumir a direção da Academia Médico Cirúrgica. Em contrapartida, como dirigente do Protomedicato, Picanço exercia o poder de conferir a licença para o exercício da profissão aos estudantes que terminavam o curso de cinco anos. Diante disso, foi nomeado, em 26 de fevereiro de 1813, o primeiro Diretor da Academia Médico Cirúrgica, o médico Manoel Nunes de Carvalho.

Além de sua importante participação na criação das primeiras escolas de Medicina no Brasil, Picanço publicou, em 1812, na Imprensa Régia do Rio de Janeiro, o Ensaio sobre os *Perigos das Sepulturas dentro das Cidades e nos seus Contornos*. Além disso, teve ainda a oportunidade de realizar, em 1817, a primeira cesariana do Brasil, ocorrida em Pernambuco, em uma mulher negra. Em 1919, Picanço atendeu, ainda, a princesa D. Leopoldina no nascimento de sua filha, D. Maria, que veio a se tornar a Rainha D. Maria II de Portugal (MAIA, 2009; SALLES, 2004).

Além de Picanço, outros médicos contribuíram para a evolução da Medicina no Brasil, ao introduzir as ideias francesas no ensino médico da Faculdade do Rio de Janeiro, como é o caso de José Maria Bomtempo, que difundiu a filosofia clínica de Pinel e de Joaquim da Rocha Mazarem, que difundiu os princípios cirúrgicos de

Richerand (NAVA, 2003). Seria injusto deixar de mencionar aqui o esforço dos precursores franceses, que prepararam, na realidade, o caminho que a Medicina brasileira viria a trilhar no século XIX, como Antoine-Laurent Lavoisier, químico e fisiologista, Gianbattista Morgagni, excelência na criação da Anatomia Patológica, e Leopold Avenbrugger e seu achado da percussão do abdome.

Como aponta Scliar (2005), em 1850, diante de outra epidemia de febre amarela, a grave situação sanitária do país se tornou um problema dramático, que não dizia respeito apenas aos brasileiros. A necessidade de providências governamentais tornou-se uma prioridade máxima. O autor ressalta que, durante o Brasil colônia, o lixo doméstico, os dejetos e a água suja eram atirados nas ruas e, como não havia coleta adequada de esgoto, as valas abertas, em período de chuvas, recolhiam essas imundícies, formando enormes lamaçais. O índice de mortalidade acabou por atingir um pico perigoso. Os enterros eram feitos nos cemitérios atrás das igrejas, tornando o solo contaminado e nocivo à saúde. Foi então que foi dado o primeiro passo concreto em defesa do meio ambiente, que compreendeu uma atitude crítica que levou a providências governamentais, ou seja, criou-se a Junta Central de Saúde Pública. As Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, começaram a sofrer diversas alterações a partir de medidas aprovadas durante o período da Monarquia. O principal regulamento foi o **Decreto 7247 de 19 de abril de 1879: reforma Leônicio de Carvalho**, de reforma do ensino primário e secundário no Município da Corte e do ensino superior em todo o Império.

As normas impostas pelo Decreto de 1879 foram introduzidas durante a direção do professor Vicente Cândido Figueiredo de Saboia, Visconde de grande influência política, que exerceu a direção da faculdade de 1881 a 1889, só deixando o cargo após a proclamação da República.

Neste período de oito anos, a ação de Saboia foi inovadora e proveitosa, pois, com grande força moral e ética, deu maior visibilidade à Faculdade de Medicina, além de fazer alterações, através de decretos apoiados pelo Imperador D. Pedro II, que afetaram professores e alunos, bem como o regime de disciplina e trabalho. Ou seja, ocorreram no curso de Medicina mudanças significativas que enaltecera sua administração, tais como: o estabelecimento de critérios para matrícula na Faculdade; a criação da matriz curricular do curso; a instalação de um museu para estudo dos alunos; a criação de laboratórios para trabalhos práticos, de critérios para marcação de faltas, bem como para a forma de avaliação dos alunos.

A Lei de 1879, no artigo 20, no seu parágrafo 18 definia, ainda, que “os lentes catedráticos e os substitutos gozarão das honras e privilégios dos desembargadores e do tratamento de senhoria” (MAIA, p. 61). É interessante observar que a grande mudança, no entanto, se encontra no parágrafo 20 do artigo 24 desta Lei: “permissão de inscrição para mulheres nas Escolas de Medicina, para as quais não haverá lugar separado”. Era a oportunidade para que as mulheres pudessem entrar na carreira médica e que logo foi por elas aproveitada (MAIA, 2009, p. 60). Na realidade, no entanto, somente em 1883 foi permitida a matrícula de mulheres na Faculdade, em qualquer curso universitário, inclusive no de Medicina, uma vez que antes elas só podiam cursar o de Obstetrícia, que era realizado em apenas dois anos.

Em 1890, foi permitido às futuras médicas que concorressem aos postos de internos na especialidade de clínica e de ajudantes de preparador da Faculdade de Medicina.

Simultaneamente, estava ocorrendo na Medicina uma verdadeira revolução. Graças ao uso do microscópio, os cientistas começavam a ter um entendimento bastante claro acerca da organoscopia, a identificar germes como causadores de doenças.

De acordo com Nava (2003), a história da Medicina deve ser entendida “como a história da Patologia Geral, como a história das ideias médicas e como a história do pensamento dos médicos” (p. 12), cuja sistematização posterior iria determinar “a eclosão do formidável surto do progresso que foi testemunhado pelo século XIX” (p. 56).

Scliar (2005) reforça esse argumento ao apontar Louis Pasteur (1822-1895), notável químico e biólogo francês, como o ilustre representante dessa revolução. Este cientista, voltado para a área de saúde pública, fundou em 1888 o Instituto que leva seu nome e que se transformou numa grande escola de microbiologia.

Ademais, Nava (2003) assinala que alguns cientistas, atraídos para a área da microbiologia e da saúde pública deixaram marcas e serviram como modelos e, por isso, devem ser seguidos por sua formação moral e intelectual, habilidade para formular ideias e pelo espírito de liderança que os conduziu aos resultados obtidos nas suas descobertas.

Entre eles, vale ressaltar o sofrimento e a luta do médico brasileiro, Oswaldo Cruz (1872-1917), pioneiro na pesquisa das moléstias tropicais e da Medicina

experimental no Brasil. Estudou no Instituto Pasteur em Paris e, pela sua competência como sanitarista, assumiu em 1903, no Rio de Janeiro, a diretoria-geral de Saúde Pública, com um plano de combate à febre amarela. Sua missão seguinte foi o combate à peste bubônica, causada por uma bactéria que se transmite pela pulga do rato. Veio, então, a campanha contra a varíola. Essa doença, que não existe mais (foi erradicada pela vacinação), constituiu na época um forte problema de saúde pública. Seguindo o modelo, do Instituto Pasteur, o médico propôs a fundação, em 1900, do Instituto Soroterápico Nacional no bairro de Manguinhos, no Rio de Janeiro, transformado no Instituto Oswaldo Cruz, uma instituição de pesquisa respeitada internacionalmente.

Outro médico sanitarista brasileiro, Carlos Chagas (1879-1934), discípulo de Oswaldo Cruz, se tornou famoso pela descoberta do agente causador da doença que tem seu nome. Essa descoberta teve consequências importantes, tanto no Brasil quanto no exterior, e deu a Chagas o famoso Prêmio *Schaudinn*, do Instituto de Doenças Tropicais de Hamburgo, Alemanha. Ele foi o primeiro e o único cientista na história da Medicina a descrever completamente uma doença infecciosa: o patógeno, o vetor (*Triatominae*), os hospedeiros, as manifestações clínicas e a epidemiologia (SCLIAR, 2005).

Ao mesmo tempo, outros sanitaristas brasileiros, como Arthur Neiva (1880-1943) e Belizário Penna (1868-1939), publicaram, em 1916, um comovente relatório sobre a miserabilidade e as precárias condições de saúde no interior do Brasil. Nessa época todas as preocupações estavam voltadas para o saneamento do país e, para isso, foi criada a Liga Pró Saneamento e, em 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Em sua luta por essa causa, Arthur Neiva elaborou o primeiro código sanitário do Brasil e coordenou o serviço sanitário de São Paulo.

A partir de 1930, com o desenvolvimento industrial e urbano, a saúde do trabalhador e de suas famílias tornou-se prioridade. Durante o governo de Getúlio Vargas, o progresso da Medicina e a ampliação da assistência médica foram resultantes de uma maior conscientização dos direitos trabalhistas. Nessa perspectiva, surgiram os órgãos previdenciários, os Institutos de Aposentadorias e Pensões, enquanto o Ministério da Saúde e os órgãos estaduais de saúde cuidavam da saúde coletiva, da distribuição de vacinas e da assistência médica à população de baixa renda (SCLIAR, 2005).

Scliar (2005) aponta que a partir dos anos de 1960 começou uma forte pressão para estender o benefício do sistema de saúde à população rural. Em 1967 surgiu o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), órgão de assistência médica de todos os trabalhadores com carteira de trabalho assinada, bem como de autônomos que desejassem contribuir para a previdência social. Em 1973 foi instituído no país o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e, posteriormente, em 1979, deu-se uma inovação, com a criação do Dia Nacional de Vacinação contra a Poliomielite. A Constituinte de 1988 introduziu o Sistema Único de Saúde (SUS), composto por instituições públicas e pelo setor privado contratado e conveniado.

Hoje o Brasil enfrenta, entre outros, quatro grandes desafios na área da saúde: a proliferação da cirurgia plástica e suas consequências, as epidemias da AIDS, da cólera e da dengue, isto sem falar da tuberculose.

Para Souza (2011), o Brasil ocupa o segundo lugar no ranking mundial de cirurgias plásticas, atrás apenas dos Estados Unidos. De acordo com pesquisa do Conselho Federal de Medicina, estima-se que em 2009 tenham sido realizadas mais de 640 mil cirurgias plásticas no país, das quais 82% em mulheres. Por ser esta uma área de maioria masculina, os médicos representam 85% dos envolvidos em processos éticos. Entre 2001 e 2010, a cirurgia plástica foi responsável por 444 processos abertos por pacientes. O Supremo Tribunal de Justiça condenou, então, cirurgiões a indenizar pacientes por danos morais, pois eles estavam utilizando uma abordagem estética quando não era o caso das pacientes em questão.

Imperícia, descuido, má prática, seja qual for o termo escolhido, além de maus resultados, “os erros médicos são responsáveis por milhares de óbitos no mundo todo, ultrapassando o índice de mortes por AIDS, câncer e outras doenças” (GORDON, 2008, p. 338).

Nas últimas décadas do século XX, foi identificado um terrível agressor que paralisa o sistema imunológico do organismo humano expondo-o a um grande número de infecções por vírus, bactérias, protozoários e fungos. Este agressor foi isolado pela primeira vez em 1983, por médicos do Instituto Pasteur, na França, que o chamaram de LAV-vírus associado à linfadenopatia. Entretanto, em 1986, um comitê internacional decidiu pela denominação HIV para o vírus causador da AIDS.

Trata-se da síndrome da imunodeficiência adquirida – HIV/AIDS. A AIDS transformou-se em um problema social de ordem pública. Nos achados clínicos,

muitos casos de AIDS apresentam a tuberculose como doença associada. Ou seja, a batalha contra a chamada “peste branca” ainda está por vencer.

Desse modo, as campanhas educativas sobre o que é e como se prevenir contra a AIDS passaram a fazer parte do dia a dia de pessoas de todas as classes sociais. Mesmo assim, os países mais pobres e subdesenvolvidos continuam a apresentar os mais altos índices de incidência de AIDS.

Sem dúvida, as inúmeras pesquisas em busca de uma solução vêm trazendo muitos avanços e melhores resultados, embora ainda insatisfatórios. Entretanto, espera-se que, em breve, a criação de uma vacina venha solucionar de uma vez por todas o problema.

Gordon (2008) destaca, no campo da genética que, em 1997, o explosivo desenvolvimento da biologia molecular culminou com o êxito da clonagem da ovelha Dolly. Finalmente, em 2000, após dez anos de intensa pesquisa, cientistas da China, Japão, França, Alemanha, Reino Unido e Estados Unidos anunciaram simultaneamente ao mundo a decodificação do genoma humano.

Como se vê, entrava em vigor uma nova era da Medicina. Segundo Gordon (2008), “o mundo estava agora de posse do mapa da vida, isto é, das instruções necessárias para a construção de um ser humano, com todas as implicações acarretadas por essa imensa conquista. Três bilhões de elementos decodificados!” (p.339).

Apesar disso, muitas são as polêmicas, especulações e preocupações de ordem filosófica, ética e moral em torno desse grande avanço. Para acalmar as consciências sobre o certo e o errado, o bem e o mal, um novo código de ética e moral com certeza será necessário.

Pode-se dizer, assim, que permanecem os desafios, pois tudo isso nos leva a pensar que o século XXI acena para imensuráveis conquistas. Vale aqui uma reflexão acerca das questões levantadas por Gordon (2008): “Venceremos a Aids? A sonhada fonte da juventude estará em um gene da longevidade? A decodificação do genoma humano, entre milhares de possibilidades, levará ao super homem? Quem viver, verá” (p.10).

Feito este breve histórico da Medicina no Brasil, passaremos, no próximo capítulo a tratar da questão da evolução da mulher na sociedade, de modo geral, e na Medicina, em particular, os problemas por ela enfrentados em seu processo de emancipação, suas dificuldades e avanços. Em seguida, passaremos, então, ao

ponto central de nosso trabalho, a mulher médica atual, seus desafios, dilemas e conquistas.

2.2 A CONDIÇÃO FEMININA

A evolução das mulheres na sociedade e suas aspirações e exigências de uma justa igualdade, bem como o desejo de se libertarem dos constrangimentos que as vinham oprimindo, constituem um dos acontecimentos da época contemporânea mais documentados por todas as correntes de opinião e áreas do saber, independente de como a questão feminina é enfocada e analisada, bem como das conclusões a que se chega.

2.2.1 A exclusão das mulheres: breve retrospectiva histórica

A caminhada das mulheres até a conquista e projeção de uma identidade feminina construída a partir de uma perspectiva própria e não mais enfocada sob a ótica masculina tem se dado através de árduas lutas ao longo dos séculos, que tiveram como resultado algumas vitórias e muitas derrotas no decorrer do caminho.

Retrocedendo-se aos primórdios da civilização, é possível verificar que, já na Grécia Antiga, berço da democracia, as mulheres ocupavam posição equivalente à do escravo, executando como eles os trabalhos manuais, desvalorizados pelo homem livre, já que, naquela sociedade, ser livre era, primeiramente, ser homem e não mulher, ser ateniense e não estrangeiro, além de não ser escravo (PITANGUY, 1991; MONTENEGRO, 1981).

Entre os gregos, o silêncio das mulheres fazia parte da garantia de uma cidade tranquila. Sua aparição e fala em público eram vistas como indecentes. Aristóteles e, mais tarde, Galeno consideravam que, no ápice da cadeia dos seres vivos, estava o homem, por sua natureza quente e seca, seguido da mulher, hierarquicamente inferior, por ser considerada mais fria e úmida (PERROT, 2007; MARTINS, 2004). O sinal da imperfeição feminina estava em seu corpo, pois os ritos de nascimento, o sangue menstrual, a gestação e o parto sempre foram associados à magia. Acreditava-se que seus órgãos sexuais eram invertidos, por não ter a mulher calor suficiente para exteriorizá-los como o homem. Somente com a descoberta da finalidade do útero, como um órgão especialmente feminino e fundamental para a reprodução, é que foram definidas as diferenças sexuais entre

homens e mulheres, tornando possível, assim, dar espaço para a afirmação de que a ela cabia a tarefa de gerar e dar a luz (DEL PRIORI, 1997b). Contudo, ressaltar o papel da maternidade negado ao homem serviu para disciplinar a sexualidade feminina, relacionando todos os problemas de seu corpo ao não desempenho da maternidade.

A posição limitada e secundária da mulher na Grécia, excluída do mundo do pensamento, do conhecimento, da filosofia e da política, perpetua-se na Civilização Romana, berço da cultura ocidental, onde o Código Penal legitimava a discriminação da mulher pelo “pater famílias”, a quem era atribuído todo o poder sobre a mulher, os filhos, os servos e os escravos.

Por ocasião da Revolução Francesa, a Declaração dos Direitos das Mulheres, de autoria de Olympe de Gouges, revolucionária francesa guilhotinada em 1793, demarca e simboliza particularmente a organização das mulheres e suas reivindicações de cidadania.

A Revolução Francesa, contudo, como se pode perceber no episódio ocorrido com Olympe de Gouges, levada à guilhotina por suas reivindicações em prol do direito das mulheres “à tribuna”, apesar de consubstanciar, de forma mais ampla, a noção de cidadania e de possibilitar um amplo debate acerca da relação entre representantes e representados, continuou a reproduzir o princípio da diferença entre os sexos e a negar às mulheres, que explicitamente se organizaram para reivindicar mais participação, os direitos políticos de cidadãos. Assim, mesmo no momento em que se construiu o ideário igualitário como critério de pertencimento político e civil, o problema de quem era ou não igual permaneceu e nem todos entraram na categoria dos iguais, como é o caso das mulheres, alocadas desde o início na categoria dos não iguais (RIOT-SARCEY, 1994).

Convém lembrar que o silêncio, pelo menos aparente, sempre foi comum nas mulheres. Por muito tempo, elas ficaram confinadas dentro de suas casas, destinadas à obscuridade, fora do seu tempo ou, pelo menos, fora dos acontecimentos. Sua postura frequente sempre foi, na maior parte das vezes, a escuta, a espera, o guardar as palavras no fundo de si mesmas. Pode-se dizer que eram seres praticamente invisíveis. Em muitas sociedades, o silêncio e a invisibilidade das mulheres faziam parte da ordem das coisas. O silêncio era, ao mesmo tempo, disciplina do mundo, das famílias e dos corpos, bem como regra política, social, familiar e pessoal. A impossibilidade de falar de si mesma acabou

por abolir o seu próprio ser. Uma vez que eram pouco vistas, pouco se falava delas. As mulheres acabaram, assim, por deixar poucos vestígios diretos, escritos ou materiais. Afinal, elas eram mulheres imaginadas, representadas em vez de serem descritas ou contadas. Construir sua história seria, antes de tudo, chocar-se contra as representações sociais que as cobriam e, para isso, seria preciso analisar seu saber como visto e vivido por elas próprias (PERROT, 2005).

Mesmo considerando que as formas de se pensar as diferenças entre homens e mulheres não se mantiveram as mesmas ao longo do tempo em nossa cultura, é importante ressaltar que, a despeito das mudanças ocorridas da Antiguidade à Modernidade, a hierarquia entre os sexos se manteve, ainda que com outra configuração.

Convém não esquecer que, do período colonial até meados do século XIX, a história da mulher brasileira e da família burguesa no Brasil foram particularmente afetadas por três elementos: o contrato conjugal, a casa-grande e a intimidade familiar.

Os primeiros casamentos faziam-se considerando unicamente os benefícios econômicos e sociais do grupo familiar, desprezando os motivos de ordem afetiva. Isto se dá, em grande parte, porque essa união era uma decisão tomada pelo pai, que impunha aos dependentes a obrigação de casar sem considerar sua vontade própria. Nas palavras de Costa (2004), era muito raro durante o período no Brasil uma união em que o amor determinasse uma ligação conjugal. Segundo o autor, alinhado às razões materiais, o catolicismo “não via no amor conjugal um tempo forte no crescimento espiritual, (...) e olhava com desconfiança esta ligação que parecia roubar de Deus a devoção que lhe era devida” (p. 218). O fato é que a presença ou ausência de atração física e afeto em nada alterava o compromisso conjugal. Assim, as famílias de elite, durante este período, costumavam realizar casamentos entre parentes para resguardar seus predicados de raça e o status social. A esse respeito, como assinala Costa (2004), a união consanguínea foi comum no Brasil, não apenas, por motivos econômicos e sociais, mas principalmente por preconceito racial, comum na família patriarcal brasileira. O caso do matrimônio com grande disparidade de idade entre marido e mulher aponta para um desprezo pelos aspectos sentimentais dessa união.

A própria construção da casa-grande teve sua arquitetura modificada para proporcionar, sobretudo, uma maior conexão entre o lar, o casal e o meio social. Na

residência colonial brasileira da época, a mulher ficava muito mais tempo em casa do que os homens. Seus afazeres obrigatórios do cotidiano eram divididos entre o serviço doméstico e a educação dos filhos numa relação de dependência jurídica, econômica, moral e religiosa do marido.

Segundo Costa (2004), a casa brasileira, até o século XIX, era mesclada pela produção própria dos alimentos, de alguns objetos pessoais, das roupas, dos móveis de que necessitava uma família, entre outras. Era a dona de casa que gerenciava a organização doméstica, “mantendo tradições, usos e costumes, e perpetuando o artesanato delicado dos bordados, das rendas, dos tecidos, dos doces, bolos, biscoitos, dos remédios, mezinhas, xaropes e emplastos” (p. 82). Nesse sentido, na época em que a arte da cura se confundia com a magia, as mulheres destes primeiros tempos de colônia, quando necessário, exerciam o papel de “médico preparando mezinhas, xaropes, papinhas, unguentos, chás e emplastos, com ervas nativas que elas aprenderam a conhecer com as índias e negras” (p. 82).

Rocha-Coutinho (1994) assinala que por séculos, as mulheres “foram confinadas no espaço da casa, onde reinavam quase que absolutas enfeitando maridos e filhos com a máscara da perfeição” (p. 19). Convém não esquecer que a intimidade, por sua vez, transformou-se para aumentar a liberdade das relações afetivas entre os membros familiares. Além disso, a força da figura feminina mantinha a subsistência da família, ao criar seus filhos legítimos e os naturais, juntamente com parentes idosos, alguns escravos e agregados e, conforme Costa (2004) assinala, “difícilmente iremos saber como termina a obrigação (...) e começa a diversão” (p.81).

O principal cuidado destas matriarcas foi o de instruir e educar os filhos. Em se tratando da educação das meninas, a mãe se propôs a orientá-las para que fossem dóceis, prestativas, meigas, compreensivas, cordiais e que nunca aborrecessem as pessoas. Ao contrário dos homens, as mulheres foram orientadas a tomar conta de todos, menos delas mesmas. Portanto, quando atingem a idade adulta, muitas delas apresentam dificuldade em pedir apoio e delegar tarefas. Aliás, tudo na mulher sempre foi planejado em torno da possibilidade de que um dia seria mãe e dona-de-casa (ROCHA-COUTINHO, 1994).

Para Bourdieu (1998, 2010), a constância das estruturas simbólicas que nos cercam permite que a oposição masculino/feminino se mantenha em tempos e sociedades diferentes. Contudo, a subjetividade feminina vem sendo construída

socialmente há séculos e, ao longo dos anos, muita coisa vem, pouco a pouco, se modificando. De acordo com o autor, a maior mudança está, sem dúvida, relacionada à questão de que a dominação masculina não se impõe mais como um fato considerado indiscutível. Entende ainda Bourdieu (1998, 2010) que isto se deve, sobretudo, ao extenso trabalho crítico do movimento feminista no mundo que, pelo menos em algumas áreas do espaço social, conseguiu expressar a intensa revolta contra esse processo de opressão e denunciar todos os estereótipos tradicionais existentes sobre a mulher.

Diante dessa realidade, Carneiro (1994) observa que “a identidade feminina, enquanto projeto em construção, depende hoje da aquisição de um conjunto de direitos capazes de garantir às mulheres o exercício de uma plena cidadania” (p. 190). Em outros termos, segundo a autora, começa-se a traçar uma mudança social efetiva das concepções machistas e/ou patriarcais por parte de correntes feministas e de inúmeros cientistas sociais que buscam novas formas e alternativas de associar a mulher ao desenvolvimento.

A partir de tal caracterização, cabe aqui trazer a contribuição de D’Ávila Neto (1997) que, através do Programa de Cátedras da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e a Geminação de Universidades e o Programa Redes (UNITWIN) no Brasil, cumpriu-se o principal objetivo de capacitação através da troca de conhecimentos e do espírito de solidariedade, estabelecido entre países em desenvolvimento. Segundo a autora, participam do programa centenas de universitários, em conjunto com instituições em geral, organizações governamentais e não governamentais (ONGs) ligadas à Educação Superior. Atualmente, o programa envolve cerca de 500 Cátedras e Redes Interuniversitárias. No Brasil, a UNESCO é responsável por 25 Cátedras implementadas em conjunto com entidades de ensino superior de prestígio. Há hoje, por exemplo, um grande número de universidades e instituições de pesquisa em parceria com numerosas ONGs de educação superior, com fundações e organizações do setor público e privado de vários países do mundo, pesquisando a participação da mulher e, de forma mais ampla, a dimensão de gênero no processo de desenvolvimento.

Conforme aponta D’Ávila Neto (1997), o programa compreende atividades de treinamento, pesquisa e intercâmbios acadêmicos. A autora aponta, ainda, que, “pela expansão das redes sobre o assunto, poderíamos imaginar estar diante de

novos paradigmas, caminhos alternativos para mudanças radicais mais profundas” (p. 13).

Diversos movimentos sociais, ao longo dos séculos XIX e XX contribuíram para uma mudança no papel e na posição da mulher na sociedade. Nesse contexto, merece destaque o movimento sufragista, que reivindicou o direito à cidadania política, utilizando-se, por vezes, de estratégia considerada polêmica por analistas contemporâneos: a maternidade e a afirmação da superioridade moral das mulheres em decorrência dessa condição (SARDENBERG e COSTA, 1994). Assim é que as sufragistas reivindicavam direitos e oportunidades de votar utilizando o argumento de que este ato iria aprimorar seu tradicional papel familiar, tornando-as melhores esposas e mães, além de possibilitar que sua sensibilidade moral, desenvolvida na esfera doméstica, pudesse contribuir para o mundo político.

Tal movimento não incluía necessariamente, porém, a reivindicação do direito à representação política, já que, em alguns países, circunscrevia-se apenas ao direito ao voto. Desse modo, o reconhecimento da condição de cidadã deu-se, em um primeiro momento, através do reconhecimento do direito de votar, mas não de ser votada, pois em muitos países o acesso à representação só veio a ocorrer posteriormente (MONTENEGRO, 1981; ROSSI-DORIA, 1994; OLIVEIRA, 1991; SANTOS, 1998).

No Brasil, com a Proclamação da República e a promulgação de uma “nova” constituição em 1891, elaborada segundo os moldes da ideologia liberal burguesa, estabeleceu-se o sufrágio universal para todos os cidadãos brasileiros e a garantia de que todos eram iguais perante a lei. Contudo, só foi assegurado à mulher, o direito ao voto em 1932, com a promulgação, no governo de Getúlio Vargas, do Decreto nº 21.076 do novo Código Eleitoral.

O movimento sufragista foi, sem dúvida, responsável pelo reconhecimento da cidadania política às mulheres. Contudo, a ênfase sobre a maternidade e seu caráter social termina por deixar marcas na cidadania política feminina emergente, provocando certa diluição dos objetivos iniciais relacionados à afirmação da cidadania política. Como bem assinalou Rossi-Doria (1994), ao analisar a concessão do direito ao voto feminino no pós-guerra, na Inglaterra e nos EUA, “o voto chega traindo o sentido de uma longa batalha, porque é colocado não no plano dos direitos, como três gerações sufragistas tinham desejado, mas no plano tradicional dos serviços prestados pelas mulheres” (p.124).

Em síntese, a associação da imagem política da mulher à maternidade e à prestação de serviços - algo que, como é sabido, existia antes e independentemente das sufragistas - provavelmente ajudou a reforçar o imaginário coletivo que conferia característica pouco competitiva às mulheres e identificava-as primeiramente como mães e responsáveis pelo lar e só secundariamente como políticas.

No rastro dessas transformações iniciadas no século XIX, o século XX foi marcado por longos e apaixonados debates, por lutas e revoluções que tinham como objetivo a busca de formas de organização que se aproximassem do ideário da modernidade e do projeto democrático. Nesse contexto, os movimentos de mulheres ocuparam lugar de destaque enquanto alternativa de luta em direção às reivindicações femininas pela ocupação de espaços de fato e de direito em todos os segmentos da vida pública, entre as quais incluía-se a política (BARSTED, 1994).

Dentro, ainda, desse espírito, cabe ressaltar aqui a grande importância e impacto da célebre afirmação de Simone de Beauvoir, em 1949, de que, “ninguém nasce mulher, torna-se mulher”, e que chamou a atenção para o fato de que a feminilidade, assim como a masculinidade, não é algo biologicamente determinado, mas, antes, uma construção social.

Em 1963, os movimentos das mulheres em prol da libertação, surgidos principalmente nos Estados Unidos e na Europa, retomaram algumas das ideias levantadas por Beauvoir (1949), como se pode observar nos discursos de feministas e ativistas como Friedan (1983), que denunciou a submissão das mulheres na sociedade capitalista norte-americana. A partir daí, o movimento começou a se alastrar, pouco a pouco, pelo mundo.

Conforme destaca Perrot (2007), pela primeira vez descobriu-se que as mulheres têm uma história e, depois de certo tempo, ficou claro, finalmente, que a “história das mulheres” podia ser reescrita levando-se em conta questões que fazem parte do cotidiano, tais como: a existência das desigualdades de gênero, o assédio sexual, o significado das aparências, a sociedade de consumo, a liberação da sexualidade, a luta por direitos, o papel de instituições sociais como a família, a escola, o Estado e as religiões, assim como as dificuldades e possibilidades de acesso à cultura, entre outras.

Nesse contexto, Lipovetsky (2000) propõe uma reflexão acerca da grande era das mulheres, isto é, aquela que revolucionou seu destino e promoveu sua emancipação, no século XX. O autor afirma que, nesse novo século, ao longo das

três últimas décadas, a condição feminina mudou com profundidade e rapidez, pois as mulheres lutaram pelo ideal igualitário democrático que marcou fortemente os movimentos sociais dessa época e produziu uma nova figura social feminina: a mulher-sujeito. Com o surgimento de contraceptivos mais eficazes, como a pílula, elas se libertaram da servidão da procriação e passaram a querer exercer uma atividade profissional. Para elas, a liberdade sexual ganhou direito de cidadania. Elas agora obtêm os mesmos diplomas que os homens e também passaram a reivindicar maior participação política.

Segundo Szapiro (2003), “a ideia do sujeito contemporâneo é a ideia não só de um sujeito autônomo, mas, sobretudo, livre e flexível, não determinado por nenhum valor cultural que o limite” (p. 85). Nesta perspectiva, como descrito pela autora, “centrado sobre si mesmo, o sujeito contemporâneo pretende estar para além de todo constrangimento que possa confrontá-lo com o desconforto da diferença, ele pretende ser, sujeito de si mesmo” (SZAPIRO, 2003, p. 86).

Lipovetsky (2000), ao analisar os papéis sociais de homens e mulheres, ressalta que “à medida que se ampliam as exigências de liberdade e de igualdade, a divisão social dos sexos se vê reatualizada, sob novos traços” (p. 12). Por toda parte, as diferenças de gênero tornam-se menos visíveis, menos personalizadas, mais flexíveis, uma vez que, como ressalta Szapiro (2003), “cada cultura suporta e significa de modo singular a diferença entre os sexos” (p. 84).

No Brasil, a partir da década de 1970, os estudos que abordam as relações de gênero realizam uma reflexão sobre os diferentes momentos dos movimentos feministas, relacionando-os a outros movimentos sociais surgidos na mesma época. Hoje, pode-se dizer que os movimentos anticoloniais, étnicos, raciais, homossexuais, ecológicos e de mulheres, para citar aqui apenas alguns dos mais expressivos, constituíram movimentos sociais que buscaram romper com os modelos clássicos, bem como questionar conceitos, teorias e paradigmas tradicionalmente aceitos. Mais do que isso, eles propiciaram a emergência de novos atores políticos cuja identidade é formada em interação com a sociedade. Tal fato possibilitou o surgimento de novas práticas sociais, consolidando novas forças políticas. Assim, pode-se dizer que os questionamentos por eles levantados facilitaram o surgimento de um novo modelo de ação coletiva baseado na solidariedade e em novas práticas de mobilização social, que rompem com os limites do sistema em que ocorre a ação.

No caso do Brasil, a exemplo de outros lugares, nesta mesma década, aumenta, progressivamente, o engajamento das mulheres no movimento feminista, que começa, assim, a ganhar corpo. O primeiro encontro de mulheres organizado no país ocorreu em São Paulo, em 1972, e foi iniciado por mulheres da periferia, com o apoio das comunidades de base da Igreja Católica. Segundo Telles (1993), estas feministas reivindicavam bem-estar social, creches e melhores salários, pois precisavam trabalhar fora para manter a família. De modo geral, estas reivindicações propiciaram tanto algumas mudanças de mentalidade como também alterações no espaço urbano. Aqui é importante ressaltar que estas mudanças repercutiram no país, resultando na independência econômica feminina e proporcionando, assim, uma liberdade social que antes não era nem cogitada. Ao lado de tudo isto, o exercício da cidadania também possibilitou à mulher realizar o desejo de mostrar-se política e socialmente ativa. Neste contexto, Dora e Silveira (1998) apontam que a cidadania não significa somente a atribuição formal de direitos e deveres a sujeitos, mas também a sua efetiva concretização ao tornar possível, pouco a pouco, uma certa crença na possibilidade de que é possível transpor todo o constrangimento das diferenças.

A esse respeito, as mulheres conseguiram significativas conquistas a partir das últimas décadas do século XIX, como o direito ao voto (1932), a praticar esportes (1924), a divorciar-se (1970), a poder ser eleita para cargos políticos (1933), a evitar a gravidez através do uso de métodos contraceptivos mais eficazes - destacando-se aqui a descoberta da pílula anticoncepcional -, entre outras. Do ponto de vista do avanço da ciência biológica, as novas e recentes descobertas no campo da biogenética e as novas tecnologias de procriação vêm também contribuindo para este processo de des-simbolização.

Além disso, a mulher casada passou a ter os mesmos direitos do marido perante a lei, podendo optar por usar ou não o sobrenome do esposo, desfrutar de uma maior e melhor escolarização, entre muitas outras coisas, que deram às mulheres uma maior igualdade de direitos.

No que se refere mais especificamente ao Brasil, os Movimentos Feministas, a partir de 1975, propuseram a inclusão de novas temáticas na discussão sobre a cidadania feminina, que acabaram por configurar um campo de reivindicações e propostas que ultrapassaram o que, tradicionalmente, se entendia por "política". Nesse sentido, sugere-se, por exemplo, como parte intrínseca do exercício da

cidadania feminina, o debate em torno de questões como a discriminação da mulher no trabalho, a manutenção dos estereótipos sexuais na educação, a criação de creches, o fim da violência contra a mulher, uma atuação mais eficaz no que diz respeito à saúde da mulher e aos direitos reprodutivos e uma mudança na situação da mulher no Código Civil Brasileiro, entre outras. Além disso, a mulher tornou-se uma presença marcante no cenário político, seja através de sua atuação na sociedade civil, seja no estabelecimento de uma maior interlocução direta com o Estado e com o Legislativo.

Como consequência desse processo de institucionalização das regras democráticas no país, a mulher brasileira, como assinala Pitanguy (1991), conquistou alguns espaços no Poder Executivo, tanto nos níveis municipal, quanto estadual e federal, a partir de 1983. Temos hoje, inclusive, uma mulher na presidência da República e algumas governadoras e prefeitas mulheres. Contudo, a presença das mulheres na esfera das decisões políticas ainda é muito reduzida no Brasil, pois há um número pouco significativo de mulheres na câmara e no senado, nas Assembléias Legislativas estaduais e municipais, nos altos escalões da administração estatal, nos ministérios e nas carreiras diplomáticas.

Bobbio (1992) assinala que, dentre os encontros históricos que marcaram as conquistas das mulheres no contexto do Direito Internacional nas últimas décadas, um dos mais significativos foi a realização da Assembléia Geral das Nações Unidas, em 1979, em que foi aprovada a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, com o objetivo não somente de protegê-las, como também de obrigar a sociedade a adotar medidas que não permitissem nenhuma forma de discriminação contra elas.

Quatro anos antes dessa Assembléia, em 1975, a Organização das Nações Unidas (ONU) se viu pressionada a oficializar o dia 08 de Março como o Dia Internacional da Mulher e, dez anos depois, criou a Década da Mulher no Mundo, cujo objetivo era discutir a condição feminina nas diferentes sociedades e tentar eliminar as distintas formas de discriminação sofridas pelas mulheres. Este foi um momento importante para as brasileiras, que puderam, assim, compartilhar com outras mulheres as alegrias pelas conquistas alcançadas em termos de políticas públicas que visavam garantir a igualdade entre homens e mulheres.

À exceção do período conhecido como República Velha, que sucedeu imediatamente ao Império, a história do Brasil jamais registrou duas décadas

contínuas de democracia plena, como as que agora se completam, em 2011, com a posse de Dilma Rousseff na Presidência da República. Desde o fim de 1989, os mandatários vêm sendo eleitos pelo voto livre e direto e vêm assumindo seu cargo sem nenhum constrangimento de ordem institucional. A perspectiva de uma mulher presidente da República não mais assusta os brasileiros, que a consideram mesmo com simpatia. Comemora-se, portanto, a posse de Dilma Rousseff em primeiro de janeiro de 2011. Contudo, a primeira mulher a ocupar a Presidência carrega uma obrigação tácita de expandir a participação feminina no governo, bem como conciliar isso com as exigências políticas. O resultado se vê, em 2013, com 16,6% de nomeações de mulheres no ministério, ou seja, são quatro mulheres com status de ministras, a saber: Miriam Belchior, do Planejamento, Orçamento e Gestão; Tereza Campelo, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Izabella Teixeira, do Meio Ambiente e Marta Suplicy, da Cultura. Nas Secretarias com *status* de Ministério (ligadas à Presidência da República), o resultado foi que 55,5% das nomeações foram de mulheres, a saber: Helena Chagas, da Secretaria de Comunicação Social; Maria do Rosário, da Secretaria Especial dos Direitos Humanos; Luiza Helena de Bairros, da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; Eleonora Menicucci, da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; e, Ideli Salvatti, da Secretaria de Relações Institucionais.

Segundo a presidente, todas as mulheres “terão de provar seu valor, se o tiverem, em pastas de pouca expressão” (SCHELP, 2011, p.80).

O que se pode observar, contudo, é que, por trás dessas mudanças, e apesar das conquistas alcançadas e da participação feminina cada vez maior nas decisões sociais e nas agendas políticas e econômicas, continuam a persistir uma série de preconceitos e estereótipos em relação às mulheres. Isto é, como aponta Silva (2000), as agressões, a violência doméstica, a discriminação no mercado de trabalho e as visões biologizantes que as consideram inferiores aos homens, de algum modo, permanecem.

A partir dos anos de 1990, os temas centrais discutidos no país, como aponta Silva (2000), variaram da qualidade de vida, à saúde, à cultura patriarcal, a questões ambientais, entre outros, nos quais o Estado era omissor. E aqui é importante ressaltar a parceria entre a academia e os movimentos sociais, através de diferentes convênios, grupos de trabalho, treinamentos, seminários, entre outros. O suporte teórico da vasta produção existente hoje no Brasil no campo dos estudos feministas

e de gênero promove a integração entre a academia, a sociedade e os movimentos sociais.

De forma geral, pode-se dizer que, no momento atual, os movimentos de mulheres no Brasil apresentam diferentes nuances. Além disso, as formas de ação das feministas têm variado de acordo com a região, a classe social e a etnia dos sujeitos atuantes. Pode-se dizer que o que diferencia o momento que estamos atravessando é que o sujeito não mais se constitui a partir da ideia moderna de uma identidade única, ampla, abrangente e que resiste a certas influências, identidade esta que, uma vez determinada, acompanha o sujeito por toda a sua vida. O mundo globalizado atual desencadeou constantes transformações no imaginário social, apresentando-nos uma ampla e variada oferta de identidades com as quais podemos nos identificar em diferentes momentos da vida, como apontam Hall (2000), Rocha-Coutinho e Losada (2007) e Silva (2000), entre outros.

Nesta perspectiva de análise dos processos de construção identitários, Dufour (2001) e Giddens, Beck e Lash (1997), ressaltam que, diante da mudança estrutural que vem transformando as sociedades modernas desde o final do século XX, a principal necessidade do sujeito contemporâneo está relacionada ao esforço para readaptar a identidade pessoal e, sobretudo, para resgatar a ideia que tem de si próprio como indivíduo livre e flexível, não determinado por nenhum valor cultural que o limite. Isto equivale a dizer que, focado sobre si mesmo, o sujeito contemporâneo pretende atuar como um ser autônomo, auto constitutivo e desigual, ou seja, reconhecido pela sua singularidade.

A partir desta concepção de sujeito, vale lembrar, como apontam Rocha-Coutinho (1997, 2004) e Carneiro (1994), que a identidade de um indivíduo é, antes de tudo, resultado de um processo que envolve questões de ordem psicológica, histórica, antropológica, social e religiosa, entre outras. O fato é que o indivíduo ao nascer se apresenta com uma definição biológica e racial, mas ele só se constitui como sujeito nas suas relações sociais, o que implica dizer que a identidade é também algo que se constrói pressupondo-se o Outro. Em se tratando da cultura ocidental, contudo, a diferença entre os indivíduos ainda é considerada e vivida, muitas vezes, como inferioridade.

Assim, para Rocha-Coutinho (2004), nossa identidade se constitui “de acordo com as formas como temos sido representados nos sistemas culturais que nos rodeiam” (p.1). A identidade feminina sempre caminhou lado a lado com uma forte

discriminação das mulheres, isto porque as mulheres sempre foram construídas pelo seu Outro, o homem patriarcal e, assim, “só podem vir a se representar através da recuperação de suas histórias, há muito escondidas por trás do discurso do colonizador” (ROCHA-COUTINHO, 2004, p.1).

2.2.2 A mulher no mercado de trabalho: a conquista do seu espaço

Não faz muito tempo que nas organizações profissionais as relações de trabalho eram caracterizadas por meio de contratos formais realizados entre empregadores e funcionários, que frequentemente assumiam posições opostas em relação tanto às necessidades individuais do empregado quanto às expectativas das empresas com relação a seus funcionários. De certa forma, o empregado hoje é protegido por leis trabalhistas, mas bom ambiente de trabalho e satisfação pessoal ainda nem sempre são levados em conta como apontam Cohen e Cid (2009) e Arroio e Régnier (2001).

Nas últimas décadas, o mundo do trabalho mudou nas sociedades ocidentais modernas. Vários são os fatores que, conjuntamente e em interação, contribuíram para as significativas transformações ocorridas no mundo do trabalho. Entre eles, podemos mencionar os efeitos da globalização e das sucessivas crises econômicas, a geração e disseminação de novas tecnologias, o crescimento do trabalho em horário flexível, a terceirização com menos garantias trabalhistas, a disseminação do individualismo como valor nas sociedades, e a facilidade de acesso à informação. O impacto desses fatores pode ser observado na nova configuração do mercado de trabalho, com o aumento do nível de desemprego, o crescimento do trabalho informal, a mudança nos requisitos funcionais, as novas habilidades esperadas e um perfil de competências compatível com as exigências do cargo, bem como a flexibilidade do funcionário atuar em várias áreas.

Em meio a tantas mudanças, embora as discussões relacionadas ao mundo do trabalho sejam cada vez mais frequentes, as abordagens referentes ao crescimento da participação feminina, pelo menos no Brasil, ainda não é tão intensa quanto se poderia esperar em um mundo pós-feminista, ficando, geralmente, mais restrita a determinados organismos e grupos. Mesmo assim, a intensa presença das

mulheres no mercado de trabalho no Brasil provoca um debate que ganha, a cada dia mais densidade.

Como aponta Rocha-Coutinho (1994, 2004), já se pode perceber um número cada vez maior de mulheres investindo com sucesso numa carreira profissional e algumas delas ocupando, inclusive, postos de prestígio e poder no espaço público (LOSADA; ROCHA-COUTINHO, 2007).

Embora nos anos de 1970 a sociedade brasileira tenha sofrido inúmeras transformações de ordem econômica, social e demográfica, não se pode dizer que as desigualdades entre homens e mulheres tenham desaparecido. A verdade é que a discriminação, de modo geral, nas sociedades humanas é prática difundida, ou seja, onde há diferença existem pessoas cujas vidas são prejudicadas por pertencerem a um grupo que foge a determinados padrões. Os elementos discriminatórios podem estar ligados a diferentes fatores, como a cor da pele, o sexo, a origem social, a opção sexual, a religião ou qualquer outro aspecto associado a determinadas características dos indivíduos e pode-se dizer que a discriminação existe em todo o mundo, isto é, independe da nação, da língua falada e da cultura em que se está inserido (SOARES, 2000; BRUSCHINI, 1994; BRUSCHINI; LOMBARDI, 2003).

Analisando a posição do Brasil, Federico (2012) assinala que a população de negros e pardos é de aproximadamente 97 milhões, de acordo com dados do censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Eles representam quase a metade da população brasileira, que corresponde a 191 milhões. Contudo, embora tenha havido um crescimento populacional expressivo nos últimos anos, o preconceito racial ainda é um entrave que resiste e precisa de enfrentamento. Pode-se dizer, no entanto, que o movimento negro contou com avanços significativos no campo da educação e de medidas governamentais. Podemos citar como exemplo aqui a lei nº 10.639/03, que fala sobre o ensino de História e Cultura da África e dos Afrobrasileiros em toda rede oficial de ensino. Castelar (2012) aponta, também, que o tema passou a ter mais visibilidade após a criação da Secretaria de Políticas para a Promoção da Igualdade Racial, em março de 2003, e da adoção das cotas nas universidades, por meio da lei 3.708/01. Soares (2000), no entanto, enfatiza que nem todo tipo de discriminação é igual, logo, ela pode ser percebida e sentida de forma diferente por indivíduos distintos. Sendo assim, em muitos aspectos ela não pode ser mensurada, como é o caso do

sofrimento por ela causado. É possível, para o autor, acompanhar esse comportamento discriminatório ao longo do tempo, além de poder comparar o tipo de discriminação sofrida por diferentes grupos sociais. Nesse contexto, ele esclarece que uma das esferas da vida na qual é possível mensurar os efeitos da discriminação é o mercado de trabalho.

De acordo com Sanches (2000), o mercado de trabalho é considerado como a expressão viva da sociedade que o produz: nele atuam e estão representados valores, ideais e forças políticas dos vários grupos sociais. As estatísticas têm revelado que a presença das mulheres no mercado de trabalho brasileiro, principalmente o urbano, é cada vez mais intensa e diversificada e sem nenhuma chance de retroceder, apesar das crises econômicas que têm atingido o Brasil dos anos de 1980 para cá. Esse ingresso veio associado a transformações nas relações familiares e conjugais. De fato, aumentou de 28,6%, em 2000, para 36,4%, em 2010, o índice das chamadas “uniões consensuais”, ou seja, aquelas em que o casal vive junto sem necessariamente registrar o relacionamento em cartório ou casar, no civil ou no religioso. Hoje, esse tipo de relação já representa 1/3 dos casamentos no país. Por outro lado, o número de pessoas divorciadas cresceu de 1,7%, em 2000, para 3,1%, em 2010, enquanto que o número de pessoas separadas cresceu 20%, passando de 11,96%, em 2000, para 14,6%, em 2010 (IBGE).

Jablonski (1999), Diniz (1999), Fischer e Marques (2001), entre outros, apontam que, apesar de se lançar no mundo público, a mulher continua em desvantagem, uma vez que o homem, na maior parte das vezes, ainda não compartilha igualmente com ela, o exercício das tarefas domésticas. Na opinião de Bruschini (1994), “na verdade, se o trabalho for definido como toda atividade necessária para o bem estar dos indivíduos, das famílias e de toda a sociedade, o trabalho feminino estará em toda parte” (p.64).

Mais recentemente, os estudos do IBGE apontaram que as mulheres assumiram o posto de chefes de família em 37,3% dos lares no país, em 2010. Percebe-se que o número quase que dobrou em relação há 10 anos atrás, quando 22,2% das famílias eram chefiadas por mulheres. Dentro de casa, elas estão adiando a maternidade que, por sua vez, se tornou uma opção com ônus tanto no plano pessoal quanto profissional. O número de mulheres que têm o primeiro filho a partir dos 30 anos aumentou de 27,6%, em 2000, para 31,3%, em 2010, enquanto que o índice de fecundidade entre mulheres de 15 a 19 e de 20 a 24 anos caiu para

17,7% e 27%, respectivamente. Atualmente, o número médio de filhos por mulher no Brasil é de 1,86% ou seja, bem inferior ao do censo 2000, que apontou uma média de 2,38%. A taxa mais baixa foi encontrada no Rio de Janeiro (1,62% filho por mulher), seguido por São Paulo (1,63%) e Distrito Federal (1,69%). A mais alta taxa foi a do Acre (2,77% filhos por mulher).

De acordo com dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) de 2010, a mãe com filhos dedica 25,9 horas semanais aos cuidados com a casa, contra 15,5 horas dos homens com filhos. A carga horária de dedicação ao mercado de trabalho, no entanto, é mais parecida entre os sexos: mulheres trabalham fora 36,8 horas semanais, contra 41,4 dos homens. Esse desequilíbrio nas responsabilidades da casa atrasa o desenvolvimento profissional da mulher. Muitos locais de trabalho não têm cargas horárias flexíveis, o que barra o aumento salarial feminino e incentiva o trabalho informal (IBGE, 2010).

Por causa da inserção da mulher no mercado de trabalho, é crescente a proporção de casais em que os cônjuges têm renda dupla. Em 2010, 62,7% dos casais tinham renda do marido e da mulher. Essa proporção era de apenas 41,9% em 2000. No que diz respeito à diferença salarial entre homens e mulheres, esta diminuiu no país. As mulheres tiveram um ganho real de salário de 13,5% em comparação com o ano de 2000. Assim, a mulher passou a ganhar 73,8% do rendimento médio de trabalho do homem, diminuindo a disparidade de salários entre os sexos (IBGE, 2000, 2010).

Como assinala Rocha-Coutinho (1994), em decorrência desta “dupla jornada” feminina, a dedicação da mulher ao trabalho doméstico pode impedir ou dificultar a participação das mulheres nos espaços públicos, especialmente no que diz respeito aos postos mais elevados, que acabam por ficar, em grande parte, restritos aos homens, levando, muitas vezes, a mulher a uma marginalidade social. Além disso, o trabalho doméstico isola as mulheres no contexto da família, uma vez que ela realiza suas tarefas de forma individual, sem a cooperação de seus parceiros. Segundo a autora, muitas mulheres “passam a ser e a viver para os outros e não para si mesmas e sua afirmação pessoal consiste precisamente em negar-se como pessoa” (ROCHA-COUTINHO, 1994, p. 33).

Preocupadas em analisar a presença ou ausência das mulheres no mercado de trabalho, Fischer e Marques (2001) apontam uma incompatibilidade entre as alegações atuais e as anteriores acerca da super exploração das inúmeras jornadas

de trabalho desempenhadas pela mulher. Tal fato, contudo, permite que, mesmo renunciando a alguns de seus desejos para conciliar as várias atividades do seu dia a dia, essa trabalhadora desfruta, na esfera pública, da necessidade de estabelecer uma sociabilidade que lhe é possibilitada pelo trabalho coletivo. Por essa razão, acredita-se que, no espaço da sociabilidade do trabalho, a mulher compreende que pode gerenciar a própria vida, pode exercer a chefia da família e, através do convívio social, volta a sorrir e ampliar seus sonhos e projetos, o que constitui uma mudança bastante significativa no estilo de vida e no perfil da força de trabalho feminina.

Na opinião de Barreto (2006), homens e mulheres participam da sociedade de forma diferenciada, são biologicamente diferentes e atuam de maneira distinta. Na verdade, a autora ressalta que o mercado de trabalho é visto, na maioria das vezes, a partir da ótica masculina e, assim, a organização do trabalho precisa de um olhar que contemple a questão a partir da visão de gênero. Prova disso são as mulheres que ainda vestem uniformes de trabalho com braguilha, camisas com ombros grandes e luvas muito além do tamanho. Avançando em suas formulações, Barreto (2006) ressalta que, apesar de muitas mulheres, em poucos anos, terem aumentado o nível de escolarização, a fim de facilitar seu acesso a profissões que exigem nível superior e gerencial, a grande presença feminina na economia ainda se dá em funções como auxiliares, secretárias, balconistas, telefonistas, comerciantes, ambulantes, ajudantes gerais, embaladoras, costureiras, faxineiras, copeiras, empregadas domésticas, entre outras. Como assinala Barreto (2006), foram essas funções as responsáveis por 70% do aumento absoluto de mulheres na economia entre os anos de 1981 e 1990.

Com a globalização econômica, o mundo atual está vivendo um período de turbulência e caos que afeta a vida das pessoas, das empresas e dos governantes. Nesse sentido, as profundas mudanças impostas à economia, bem como a necessidade das empresas de maximizar seus lucros, não estimulam a transformação das relações sociais. Entre as diversas mudanças ocorridas recentemente e que parecem ter vindo para ficar, destaca-se o aumento na ocupação de postos de maior poder pelas mulheres na economia dos Estados Unidos e de outros países industrializados, inclusive o Brasil.

No que se refere à quantidade de mulheres que ocupam posições de chefia nas empresas brasileiras, verifica-se que houve um crescimento em relação ao ano

de 2011. Dados mostram que, no momento, as mulheres ocupam 27% dos cargos de liderança nas organizações no país, número superior aos 24% registrados em 2010 e aos 21% da atual média global. Com esse resultado, o Brasil sai da 21ª para a 18ª posição no ranking global de nações com mais mulheres no comando das empresas. Vale ressaltar que, em 2009, o desempenho brasileiro foi ainda melhor, pois o país foi colocado na 10ª posição da lista, com 29% de mulheres nos cargos de chefia. Por fim, o primeiro lugar do ranking de 2012 foi conquistado pela Rússia, onde 46% dos cargos de liderança nas empresas são ocupados por mulheres. Bósnia, Tailândia e Filipinas (todas com 39%), Geórgia (38%) e Itália (36%) também estão nos primeiros lugares da lista. Os países com as piores classificações são Japão (com apenas 5% das mulheres em cargos de chefia), Alemanha (13%), Índia (14%), Emirados Árabes e Dinamarca (ambos com 15%) e Estados Unidos (17%) (IBGE, 2011, 2012).

Ainda sobre o Brasil, estudos do Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE), em 2012, sobre as áreas de atuação feminina revelam que a maior parte das mulheres em cargo de liderança está na área de Recursos Humanos (RH), ou seja, (16%). Essa mesma tendência é observada na China e na França, onde 41% e 37%, respectivamente, das posições de chefia em RH são ocupadas por mulheres. Nesses estudos comparativos, fica evidente que as brasileiras se destacaram também no segmento financeiro, como diretoras (15%) e como Chefes do Setor Financeiro (CFOs) com (13%), no ano de 2012. Os estudos apontam, ainda, sobre a posição das brasileiras nas empresas, que apenas 3% dos cargos de Diretor Presidente ou Diretor Executivo (CEO) são exercidos por mulheres, número inferior ao da média global (9%). Este cenário é bem diferente do que se verifica em países como a Austrália (30%), a Tailândia (29%) e a Itália (20%), onde as companhias têm mais de um quarto das posições de CEO sendo ocupadas por elas. O percentual de mulheres brasileiras que ocupam posição de Sócia é de 6%.

Informações do SEBRAE sobre o número de mulheres a frente de micro empreendimentos, em 2012, revelam que ele está crescendo no país, especialmente no que diz respeito à prestação de serviços. De acordo com o levantamento, enquanto que elas gerenciam 52% dos negócios, o número de homens nesta mesma função corresponde a 48%. Mesmo na indústria, tradicional reduto masculino, o aumento da participação feminina se equipara: ambos com 50% cada.

Desse modo, confirmou-se que as mulheres conduzem cerca de um terço das micro e pequenas empresas no Brasil. Mas, entre os empreendedores individuais, a participação do sexo feminino é maior, quase a metade do total. O estudo apontou, ainda, que nos serviços de estética e cuidados com a beleza, as mulheres representam 97%, e entre os cabeleireiros, 77%, enquanto que na comercialização de alimentos para consumo doméstico, as mulheres representam 75%.

Por outro lado, o presente estudo aponta que as atividades mais frequentes entre as mulheres em todo o Brasil estão no varejo de artigos de vestuário e acessórios, que registra 75% de participação feminina no comando. No geral, a cada 100 negócios com até 3,5 anos existentes no Brasil, 49 são chefiados por mulheres.

Enfim, pode-se dizer que as brasileiras estão entre as mais empreendedoras do mundo. Entre as razões para o crescimento da mulher neste universo dos negócios está a flexibilidade de horários. Ressalta-se, ainda, que apenas na construção civil as mulheres ainda são minoria, representando apenas 5% do total (SEBRAE, 2012).

Os dados do IPEA de 2011, trazem uma radiografia de parte desta realidade. A participação das mulheres na População Economicamente Ativa no Brasil passou de 44,4%, em 2003, para 46,1%, em 2011. Neste cenário, o crescimento consistente das mulheres na esfera econômica demonstra um movimento oposto ao daquele tradicionalmente atribuído a esse fenômeno, uma vez que, como aponta Sanches (2000), ele está voltado para a busca de uma satisfação feminina, não se tratando mais apenas da “entrada no mercado de trabalho para complementar a renda familiar, embora essa motivação esteja também certamente presente, especialmente quando se considera as sucessivas crises de economia brasileira e as altas taxas de desemprego” (p.8). Pode-se dizer, assim, que estamos tratando aqui de uma mudança social de grande proporção, uma vez que ela desencadeia novas perspectivas na vida pessoal de mulheres e homens, nas suas relações familiares, nas demandas de serviços públicos de educação e de cuidado para com a infância, bem como nas relações de trabalho.

Segundos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2011, o rendimento médio mensal real de trabalho dos homens ocupados foi de R\$ 1.417,00, enquanto que o das mulheres ocupadas foi de R\$ 997,00. Proporcionalmente, as mulheres recebiam 70,4% do rendimento de trabalho dos homens. Em 2009, a proporção era de 67,1%. Em 2011, enquanto que 22,1% dos

homens ocupados recebiam até um salário mínimo, para as mulheres este percentual era de 31,4%. Além disso, havia proporcionalmente mais mulheres ocupadas sem rendimentos ou recebendo somente benefícios (10,0%) do que homens (5,8%).

De acordo com Silva (1993), o acesso à qualificação de nível superior vem se ampliando no Brasil, principalmente após a reforma universitária da década de 1970, que não só permitiu que estratos sociais mais baixos da população chegassem à Universidade, mas também favoreceu a proliferação de inúmeras instituições no país. Nesse cenário, o nível de escolaridade das mulheres há algum tempo permanece mais alto do que o dos homens. Apesar disso, as mulheres geralmente estão envolvidas em atividades mal remuneradas e têm maior dificuldade do que os homens para subir na carreira escolhida.

O desemprego provocado pela chamada onda tecnológica tem levado a mulher a assumir cada vez mais o provimento financeiro da família. Como as mulheres constituem mão de obra barata e são tão bem, ou melhor, qualificadas do que a mão de obra masculina, o homem, tradicional provedor da família, vem cedendo este lugar à mulher, que se torna a provedora parcial ou total das necessidades da prole, o que reforça sua competência no desempenho de uma atividade tradicionalmente masculina, ainda que numa conjuntura adversa e desigual. Mesmo na condição de provedoras, elas permanecem ganhando, em geral, menos do que o homem e sujeitam-se a realizar tarefas em situações mais precárias, adequando-se à flexibilização do trabalho defendida pelo projeto neoliberal, como sugere a PNAD (2011).

2.2.3 Médicas: um recorte na história das mulheres

No campo da saúde, no que diz respeito à atuação da mulher e sua evolução na área da Medicina, foco do presente estudo, pode-se observar que a história da presença feminina na profissão médica, da Antiguidade até os dias de hoje, vem sendo descrita com uma história de luta de várias mulheres que, muitas vezes de forma solitária e arriscada, sem cair em um discurso feminista radical, como assinala Dall'Ava-Santucci (2005), ousaram desafiar o poder dos homens, não desistindo do seu sonho e paixão de exercer a profissão médica.

Os relatos sobre a atuação feminina na Medicina datam do Egito Antigo, em que foram registradas histórias de mulheres que atuavam como parteiras e que prestavam auxílio no caso de certas “doenças de mulheres”. Segundo Dall’Ava-Santucci (2005), a literatura a esse respeito assinala que foi somente com a Inquisição, iniciada na Europa Ocidental em meados do século XII com o objetivo de combater as heresias populares, que se passou a considerar qualquer pessoa do sexo feminino envolvida no tratamento de doentes uma feiticeira e, como tal, sujeita a sanções, entre elas a excomunhão da Igreja e a fogueira.

No início do século XII, grupos de mulheres constituídos por curandeiras, sacerdotisas e outras pitonizas se reuniam, já quase sempre secretamente, para trocar seus conhecimentos e práticas na arte de preparar sábias misturas utilizadas para fins curativos. Desse conhecimento empírico iria nascer um esboço de terapêutica que, muito mais tarde, foi repassada ao sexo masculino. Algumas destas mulheres voltadas para a arte de curar, ou para as práticas médicas, em geral, trocavam também experiências sobre a arte de profetizar e de ter visões, que foram, muitas vezes, interpretadas como bruxarias. Dentre essas mulheres, cabe mencionar a alemã Hildegard Von Bingen (1098-1179) que, além de mística, teóloga e pregadora, foi poetisa e compositora talentosa, deixando, além disso, uma obra de vulto, entre a qual se inclui o primeiro livro médico europeu, intitulado *Causas e Curas das Doenças* (ROSA, 2003).

Segundo Maçanero (2000), Von Bingen desenvolveu, ainda, uma pesquisa sobre plantas Medicinais que apresenta uma objetividade científica até então desconhecida, compilando os dados por ela coletados em tratados onde abordou, ainda, vários outros temas ligados à Medicina. Além disso, a abadessa alemã Hildegard Von Bingen apresentou métodos de tratamento para várias doenças.

Como se pode observar, no mundo medieval dominado pela insegurança, pelo clero e por senhores feudais, Von Bingen não se deixou intimidar. Naquela ocasião, com muita habilidade e trabalho, construiu e administrou dois conventos, escreveu livros de teologia, Medicina e ciências naturais e compôs música sacra. Sua maior batalha, no entanto, foi não se deixar calar.

No século XVII, na França, surgiram as primeiras parteiras que, por prestarem serviços a monarcas, alcançaram fama e prestígio na corte. Foi o caso, por exemplo, de Madame Louisie de Borgeois, e de Madame Depois, parteiras famosas na época, como assinala Rosa (2003).

O saber dessas parteiras estava longe de ser limitado. Segundo estudos sobre este tema, parece que várias dessas parteiras sabiam reconhecer e realizar diferentes manobras nos fetos por via externa, ou seja, sabiam classificar as diversas posições da criança, bem como dominavam a técnica de intervir quando o parto demorava (MILLAN, 2005; MOTT, 2005b; DALL'AVA-SANTUCCI, 2005).

Em meados do século XVIII, a Alemanha resolveu treinar mulheres no exercício da Medicina, graduando em 1812 sua primeira médica, Dorotéa Cristina Erxleben, que recebeu o primeiro título oficial de mulher médica da Faculdade de Medicina de Halle. Também nos Estados Unidos, a Dra. Elizabeth Blakwell, na verdade uma inglesa nascida em Bristol em 1821, foi a primeira médica formada em Nova York. Em 1857, ela fundou a primeira Escola de Medicina para Mulheres na Filadélfia, como assinala Rosa (2003).

De acordo com Franco e Santos (2010) e Millan (2005), na Inglaterra, as mulheres que queriam estudar Medicina encontraram mais obstáculos do que na Grécia. Até o início do século XIX, os médicos ingleses ainda não dependiam de licenças dadas por cursos oficiais para exercer a Medicina e, mesmo assim, eram inflexíveis em termos de compartilhar com as mulheres o exercício da profissão. Contudo, há várias referências a mulheres cirurgiãs que trabalhavam no anonimato ou protegidas atrás de familiares masculinos. Todavia, em algumas épocas e lugares eram, ainda, ameaçadas de morte se fossem descobertas. Parece, inclusive, que o interesse das mulheres pela cirurgia sempre existiu. O caso mais conhecido e curioso é o de Miranda Barry (1797-1865), uma mulher que, sob o nome de James Barry, surpreendeu a todos dando um verdadeiro exemplo de vocação médica. Ou seja, passou-se por homem para ser admitida como cirurgiã no exército britânico e foi o principal Oficial médico e Cirurgião da Armada Britânica, onde serviu durante 40 anos mostrando domínio com armas, comportamento agressivo e grande destreza cirúrgica. Franco (2001) assinala que, com sua caracterização masculina, a médica só teve a verdadeira identidade revelada após sua morte, depois de ter vivido uma carreira de sucesso. Acredita-se, inclusive, que ela, possivelmente, teria tido pelo menos uma gravidez. A descoberta de seu sexo causou um estado de perplexa indignação e constrangimento na sociedade médica, mas o escândalo foi abafado e Miranda Barry foi sepultada como homem. Pode-se concluir, assim, que a vocação médica transcende o gênero.

Há 2.400 anos, Hipócrates, o Pai da Medicina já mencionara as características necessárias para aqueles que pretendiam abraçar a profissão médica na época. Muitos desses atributos, surpreendentemente, são considerados válidos até hoje, principalmente aqueles que dizem respeito ao tratamento das enfermidades, como ser útil e não causar danos. Além disso, para ele, a arte médica englobaria três aspectos: a enfermidade, o enfermo e o médico, em que o médico é um servidor da arte médica e o enfermo deve lutar contra a enfermidade junto ao médico (MILLAN, 2005).

Segundo Laqueur (2001), os poderes de que os homens se apropriaram na profissão médica transformaram a Medicina num campo “masculino tanto em suas concepções como na hierarquia existente em seu interior” (p.243). Rago (2008) aponta que as representações do imaginário social do século XIX consideravam a objetividade e a imparcialidade atributos específicos dos homens e acreditavam ser características femininas a sensibilidade, a fragilidade, a docilidade e o sentimentalismo. Nessa perspectiva, as mulheres foram consideradas incapazes para o exercício da profissão médica e foram limitadas aos “papéis sociais femininos, intitulados, de esposa, mãe, filha e irmã, além dos valores e comportamentos que correspondiam a cada um desses papéis” (p. 2).

A partir dessa concepção e situando a problemática da diferença sexual em termos de diferença de gênero, Franco (2001) e Rago (2008) observam que a inserção das mulheres na Medicina foi um processo lento e difícil, com fases de abertura e outras de retração, falta de apoio familiar e do estado, além de inúmeros preconceitos. Desse modo, as autoras ressaltam que muitos obstáculos tiveram de ser removidos até que as primeiras médicas, em qualquer parte do mundo, fossem reconhecidas tanto pela sociedade em geral como pelos próprios médicos.

Nesta perspectiva, quando o ensino formal foi instituído, apesar de todo o esforço, as dificuldades das mulheres aumentaram e elas tiveram que lutar muito até que seu ingresso nas universidades, em qualquer curso, inclusive no de Medicina, lhes fosse autorizado, nas décadas de 1850, nos Estados Unidos, 1870, na Inglaterra e na França e somente em 1883 no Brasil, como assinalam Franco (2001) e Maia (2009). A entrada das pioneiras no ensino superior significou um marco fundamental na história da participação das mulheres no campo da Medicina. Segundo Rago (2008), “trata-se do momento em que começam a serem forjadas, na prática, as condições de ruptura de um mundo tradicionalmente masculino” (p. 2).

Importante se faz ressaltar que a primeira mulher brasileira formada em Medicina foi a Dra. Maria Augusta Generoso Estrela (1860-1946). A carioca, muito jovem, ganhou uma bolsa de estudos do Imperador D. Pedro II e foi estudar Medicina em Nova York. Com isso, Maria Augusta ingressou na Academia de Medicina em 1876 aos 16 anos e terminou o curso em 1879. Ela só pôde receber o diploma de médica, no entanto, em 29 de março de 1881 quando completou a maioridade. No ano seguinte, Maria Augusta voltou ao Brasil, revalidou seu diploma e teve intensa atividade médica até sua morte em 1946. Ela foi a primeira brasileira e a primeira sul-americana a formar-se em Medicina. Situação semelhante ocorreu com Josefa Águeda Felisbela Mercedes de Oliveira, de Recife, que precisou sair do país para se formar em Medicina nos Estados Unidos em 1882 (FRANCO; SANTOS, 2010; FRANCO, 2001; PICCININI, 2002).

No final do século XIX, começaram a surgir faculdades de Medicina exclusivas para mulheres em todo o mundo. No Brasil, o Imperador D. Pedro II abriu as portas das faculdades brasileiras às mulheres através do Decreto 7247 de 19 de abril de 1879 - a Reforma Leôncio Carvalho – que passou, então, a conferir “a liberdade e o direito da mulher de freqüentar os cursos das faculdades e obter título acadêmico” em Medicina (MAIA, 2009, p. 67).

Finalmente, a primeira médica a se formar no Brasil foi a Dra. Rita Lobato Velho Lopes, gaúcha nascida em 07 de junho de 1866 e falecida na cidade de Rio Pardo-RS em 06 de janeiro de 1954. Ela iniciou seus estudos médicos no Rio de Janeiro e terminou-os na Faculdade de Medicina da Bahia em 1887. Um ano depois, em 1888, formou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro a Dra. Hermelinda Lopes de Vasconcellos, uma gaúcha de Porto Alegre, nascida em 1866 que, apesar de interessar-se pela literatura médica, foi energicamente proibida de cursar Medicina por seu pai. Ela contou, no entanto, com a ajuda de um grande aliado, o líder republicano Lopes Trovão, que convenceu seu pai a permitir que ela cumprisse sua vocação. A terceira médica a formar-se no Brasil foi a Dra. Antonieta Cesar Dias, outra gaúcha, formada na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1889. Na sequência, a quarta médica, formada na Bahia em 1890, foi a cearense Dra. Amélia Pedroso Benabien. A Doutora Ephigênia Veiga foi a primeira baiana a formar-se em Medicina, em 1890, pela Faculdade de Medicina da Bahia. Também formada na Bahia, em 1892, a Dra. Maria Amélia Florentino Cavalcante, foi a primeira pernambucana de Serinhaem médica. A Dra. Francisca Prager Fróes,

outra baiana disposta a assumir outras responsabilidades sociais para além do lar e da família, formou-se em Medicina em 1893, pela Faculdade de Medicina da Bahia, sendo a quinta diplomada naquela Província. A Doutora Judith Adelaide Maurity Santos, fluminense de Cantagalo, formou-se em 1900. A Dra. Maria Falce de Macedo foi a primeira médica do Paraná a se formar, em 1919.

Em se tratando da participação feminina na construção do conhecimento científico e nas atividades médicas do Rio de Janeiro, não se pode deixar de mencionar a francesa Madame Maria Josefina Matilde Durocher, conhecida por sua competência na clínica obstétrica, tendo trazido a luz mais de cinco mil crianças.

Após concluir o Curso de Partos na Faculdade de Medicina, Madame Durocher se destacou por ter sido parteira das Imperatrizes Leopoldina e Tereza Cristina e foi, inclusive, como assinalam Maia (2009), Mott (2005b) e Rosa (2003), homenageada com uma honraria pela Academia Imperial de Medicina.

A partir de então, a francesa se tornou uma figura popular e singular na cidade, não só pela enorme clientela, como pelo aspecto viril. A parteira se vestia quase que como um homem, tendo adotado trajés, acessórios e modos masculinos. Usava casaca, colarinho, gravata, cartola e bengala. Fumava charutos e tomava rapé, como assinalam Maia (2009) e Mott (2005b).

Contudo, o que se pode observar é que até meados do século XX, foi pequena a participação feminina nos cursos da Faculdade de Medicina da antiga Universidade do Brasil, hoje Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

De qualquer forma, Franco e Santos (2010) apontam, em relação à inserção das mulheres na Medicina, que, entre 1900 e 1938, 76 mulheres colaram grau na faculdade de Medicina da atual UFRJ, uma média de duas mulheres por ano. De maneira geral, os indicadores revelam que, no período entre 1949 e 1968, elas eram, em média, 10% de cada turma. É interessante observar, no entanto, que em 1969, o número de registros cresceu para 16,48%, em 1971 esse percentual aumentou para 38,53%, conseguindo estabilizar-se, entre 1972 e 1981, em torno dos 40%. Finalmente, cabe aqui assinalar que, entre 1982 e 1983, a porcentagem de mulheres que se formaram em Medicina na mesma universidade cresceu e chegou aos 50%, aproximando-se dos 60% a partir de 1994 e alcançando 63,51% em 1999, ultrapassando, assim, o número de formandos do sexo masculino na última década do século XX.

O *Gráfico 1*, a seguir, resume o aumento do percentual de estudantes do sexo feminino em relação ao do sexo masculino que frequentaram a Faculdade de Medicina da UFRJ, no período de 1949 a 1999.

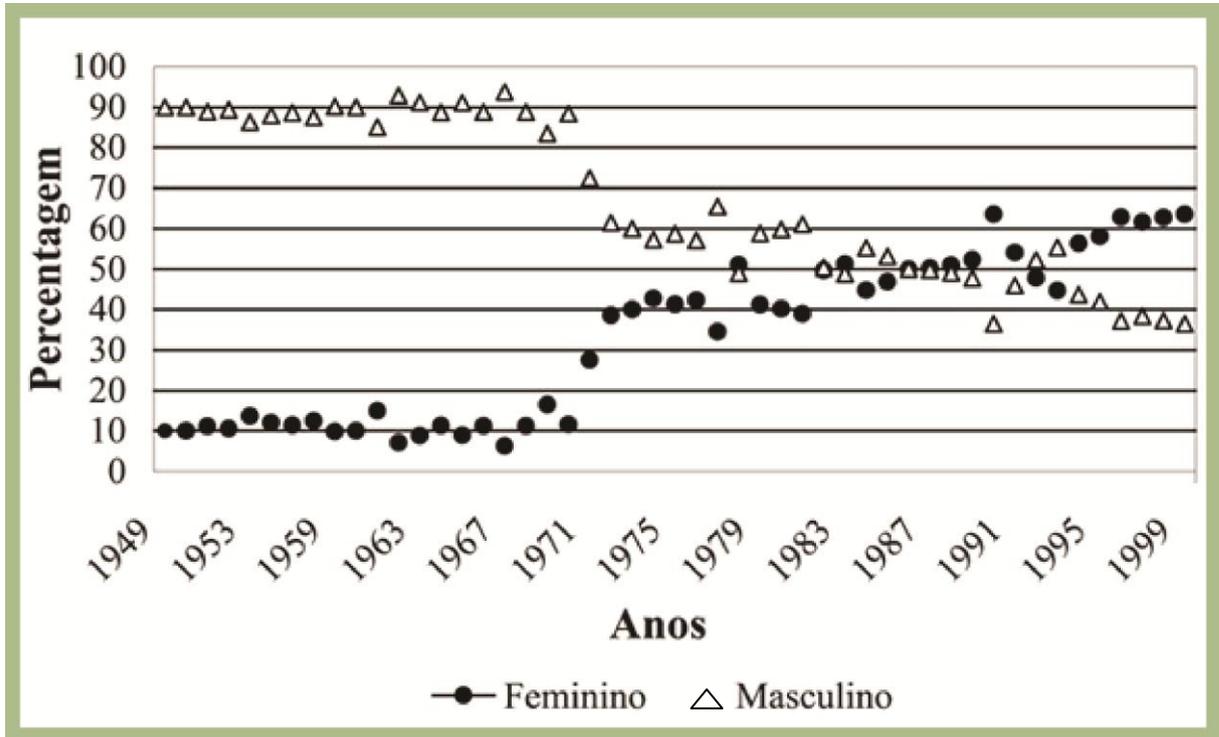


Gráfico 1- Relação percentual alunos/alunas
Fonte: Extraído de Franco; Santos (2010, p. 3)

Como observam Franco e Santos (2010), em 2007, com o percentual de 51%, constatou-se um discreto predomínio de mulheres na profissão médica.

Ainda a respeito da inserção das mulheres na Medicina, cabe assinalar que no ano de 1913, em São Paulo, foi fundada a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e a sua primeira turma de formandos, em 1919, já contava com duas mulheres, as Dras. Adélia Ferraz e Odette Nora de Azevedo.

Em Porto Alegre, a primeira mulher a se formar na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) foi a Dra. Alice Maffer, em 1904. Uma médica notável foi a Dra Maria Renotte (1852-1942). Belga de nascimento, paulista e brasileira de coração, em 1878, mudou-se para o Brasil, onde se formou em 1892 e trabalhou como professora e médica. Voltada para as práticas sociais, lutou pelos direitos das mulheres a uma melhor educação, ao acesso a diferentes tipos de trabalho e à cidadania política. Fundou uma filial da Cruz

Vermelha na capital paulista, deixando sua marca nos serviços prestados à população (MOTT, 2005a). Outra médica brasileira notável foi Carlota Pereira de Queirós (1892-1982), nascida em São Paulo, onde se formou em 1926. Foi a primeira mulher eleita deputada Federal. Foi também uma das fundadoras da Associação Brasileira de Mulheres Médicas. Posteriormente, seguiu para a Europa e foi médica em hospitais suíços, franceses e alemães.

Na virada do século XIX para o século XX, no ano de 1893, se formou nos Estados Unidos, a Dra Alice Hamilton (1869-1970), que alcançou destaque internacional ao participar da reforma social dos Estados Unidos, bem como por ter sido a primeira docente da *Harvard Medical School*. Posteriormente, ela criou a especialidade Medicina Ocupacional.

Conforme observa Dall’Ava-Santucci (2005), “mesmo que essa lista de médicas possa parecer sucinta, ela prova que, a partir daí, no que diz respeito à presença das mulheres na Medicina, todas as esperanças são permitidas” (p. 195).

Felizmente, no século XX, as mulheres começaram a se interessar cada vez mais pela Medicina e essa talvez tenha sido uma das razões que fez com que elas se unissem, a fim de definir melhor o seu papel.

A esse quadro que estamos traçando, cabe adicionar Rita Levi Montalcini, que nasceu em Turim, no dia 22 de abril de 1909. Matriculou-se em Medicina na Universidade de Turim, em 1930, onde se graduou em 1936. Em 9 de dezembro de 1986 a médica Rita Levi Montalcini, aclamada como uma diva, recebeu o Prêmio Nobel de fisiologia e Medicina por sua descoberta do fator de crescimento dos nervos, que permite compreender melhor o desenvolvimento do sistema nervoso da criança, o envelhecimento do cérebro, certas doenças nervosas e certos fenômenos de cicatrização. Estudantes, jovens médicos, jornalistas, personalidades do mundo médico e político, todos ofereceram uma acolhida triunfal àquela ‘celebridade’ de aparência frágil, baixinha, viva e graciosa, como assinala Dall’Ava-Santucci (2005).

Não se pode esquecer também Zilda Arns Neumann, que nasceu em Santa Catarina, em 1934. A médica, em 1959, concluiu o curso de Medicina na Universidade Federal do Paraná e especializou-se em Pediatria Social. Em 1983, fundou e coordenou a Pastoral da Criança, órgão pertencente à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), que trabalha contra a mortalidade infantil. Além disso, o órgão oferece apoio para as gestantes, supervisão nutricional, informações sobre aleitamento, entre outras. Cedo demais, em 2010, Zilda Arns, de

75 anos de idade, em plena ação missionária, morreu no terremoto que atingiu o Haiti (SEQUEIRA 2010).

Contudo, o que se pode observar é que algumas mulheres, embora não fossem médicas, também colaboraram para o desenvolvimento da Medicina. Foi o caso das enfermeiras Florence Nightingale (Guerra da Criméia, 1855), na Inglaterra, e da baiana Ana Nery, no Brasil (Guerra do Paraguai, 1865-1870), bem como da física Marie Sklodowska Curie e da química Irene Joliot Curie, entre outras.

É preciso ter em mente, entretanto, que esses destinos com gloriosa história, plena de méritos e contribuições de extrema importância científica, não minimizam de forma nenhuma os esforços diários de outras médicas (DALL'AVA-SANTUCCI, 2005; ROSA, 2003).

Apesar de tudo, o preconceito em relação às mulheres médicas costumava ser tanto que, para terem chance de concorrer a prêmios científicos, elas costumavam enviar trabalhos com pseudônimos masculinos porque as sociedades médicas não as aceitavam. Além disso, as cátedras das universidades eram ocupadas exclusivamente por homens, as médicas não eram admitidas nos bons hospitais e tampouco em especialidades como cirurgia, ortopedia e urologia, entre outras. Apesar de sempre terem apresentado desempenho acadêmico tão bom quanto o dos homens, ainda hoje, segundo Dall'Ava-Santucci (2005), continuam a ser alvo de preconceitos. Assim, as primeiras médicas brasileiras merecem toda a nossa admiração pela garra e competência demonstrada, uma vez que não era fácil vencer as barreiras masculinas a elas impostas na época.

2.3 MULHERES MÉDICAS NO BRASIL: A BUSCA PELO RECONHECIMENTO

Apesar das mulheres serem maioria da população, o cenário se inverte quando o assunto é o mercado de trabalho e, na Medicina, isto não é diferente. Apesar dos avanços e do aumento do número de mulheres nessa área, os homens continuam ainda na liderança em termos numéricos, especialmente em algumas especialidades médicas.

2.3.1 Mulheres médicas: características e dinâmica da inserção na Medicina

De acordo com estatística oficial do último censo demográfico de 2011, as mulheres estão no topo do ranking brasileiro, reunindo 97.348.809 milhões de pessoas e representando 51,03% do total da sociedade. Ainda de acordo com o censo brasileiro, os homens compõem 93.406.990 milhões, constituindo 48,97% desse universo. Pode-se, assim, ponderar que, na verdade, o Brasil tinha, em 2011, um excedente de 3.941.819 milhões de mulheres em relação ao número total de homens (IBGE, 2011).

Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), a Medicina é uma profissão instituída, com status bem definido, pois se fundamenta em diploma inscrito em conselho profissional. Trata-se de uma ocupação regulamentada pelo governo, da graduação ao registro para o exercício profissional. Apesar disso, a categoria é heterogênea, pois o médico é um trabalhador especializado, com jornada de trabalho, em média, superior a 50 horas semanais, dividindo sua atuação em consultórios e em serviços públicos e privados, onde se relaciona com os diversos meios e formas de produção de serviços de saúde (2011).

Antes acolhida e praticada como um sacerdócio, a profissão médica, pelas especificidades que nenhuma outra profissão apresenta, atualmente encontra-se em um cenário bem menos confortável do que há algumas décadas atrás. Como Neto (2011) assinala, “a saúde tornou-se, nos últimos anos, uma das principais preocupações do homem, adquirindo um valor inédito na história da humanidade” (p. 12).

De Masi (2011) observa que a saúde é parte integrante da qualidade de vida, ou seja, “uma condição necessária, mas não suficiente” (p. 25). O autor complementa que, ao lado da saúde do corpo, é necessária a saúde da mente e, ainda, a capacidade de satisfazer as necessidades pontuais da natureza humana: as necessidades de introspecção, de amizade, de amor, de brincadeira, de beleza e de convívio.

Com a ciência e tecnologia evoluindo mais rápido que nunca, o mundo respira informação. Portanto, o conhecimento que sempre foi um bem privado passa a ser público, principalmente dentro da Medicina, onde o desafio da inovação é, ainda, mais intenso. Contudo, para ultrapassar as fronteiras do conhecimento, a Medicina depende muito da experiência de cada um, e convida os médicos e médicas a pensar sobre o futuro das doenças (ALMEIDA, 2009b).

Sem deixar de garantir um bom atendimento médico, os novos medicamentos e aparelhos surgem em grande variedade com o objetivo de curar novas e antigas doenças. A esse respeito, Floresti (2011) aponta que as etapas de formação do médico, como a residência, o estágio no exterior, a participação em eventos científicos locais e internacionais, ainda são os melhores meios dele captar informação e se manter atualizado. Na opinião de Vieira (2009), em tempos de turbulência, a cautela e a resiliência são características importantes para delinear o perfil comportamental de homens e mulheres que atuam na prática médica. Ao mesmo tempo, o autor esclarece que é necessário um pouco mais de ousadia para conviver com o novo ator na área da saúde: o paciente *expert*.¹ Ele acredita que toda crise oferece uma oportunidade de mudança e crescimento e, desse modo, os colegas de profissão podem aproveitar e ficar por dentro de todas as últimas novidades de suas áreas, desfrutar do tempo de exercício profissional e da vida pessoal e, ainda, estar em constante adaptação e atualização em relação aos valores básicos da ética médica. Como aponta Neto (2011), “o aumento do conhecimento do paciente sobre seu estado de saúde ou doença não implica diretamente a perda de autoridade do médico” (p. 14).

¹O paciente *expert* busca informações sobre diagnóstico, doenças, sintomas, medicamentos e se interessa, ainda, pelos custos de internação e tratamento. Os acessos às múltiplas informações disponíveis na internet fazem com que este paciente esteja potencialmente mais resistente a acatar de maneira passiva as determinações médicas. Com tudo isso, este paciente fica estimulado à automedicação (NETO, 2011, p. 13).

Nos últimos tempos, o CFM e o CREMESP (2011), Bruschini (2007), Bruschini; Lombardi (2000, 2003), Vieira (2007a) e Silva (1993), de maneira hábil, vêm traçando um panorama das tendências da inserção das mulheres médicas no mercado de trabalho brasileiro.

Conforme mencionam, por várias razões, o poder feminino vai se fazendo perceber em profissões de nível superior de prestígio, como a Medicina, até recentemente reservada a profissionais do sexo masculino.

Resgatando a história, observa-se que o ingresso das mulheres no ensino superior no Brasil teria sido resultado de um complexo de fatores. De um lado, a reforma universitária dos anos de 1970, que favoreceu uma intensa transformação cultural, e, de outro, a expansão das universidades públicas e, principalmente, a abertura de instituições privadas de ensino muito contribuíram para isso. Também, os movimentos políticos e sociais dessa época abriram um mundo novo para todas aquelas mulheres que queriam investir em uma carreira e buscar uma conciliação, de forma original, entre esta e a rotina pesada da casa, os cuidados com a família e os prazeres de sua vida pessoal.

Em relação à feminização da Medicina, o levantamento da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico mostra que a proporção de mulheres médicas em 30 países pesquisados aumentou 30% entre 1990 e 2005. Essa tendência começa a ser percebida em alguns espaços de discussão da categoria médica no Brasil.

De acordo com Vieira (2007a), observa-se que a cada dia vem aumentando o número de mulheres que procuram vagas na graduação dos cursos de Medicina. No Brasil, em 2010, estima-se que elas já representam 55,1% do total de matrículas e 58,8% dos concluintes dos cursos de Medicina, conforme dados do Censo da Educação Superior.

Fica evidente, como aponta Vieira (2007b), que essa tendência tem sido observada com clareza pelos chefes de disciplina dos cursos de Medicina, especialmente nas salas de aula. Os tutores atribuem a expansão feminina na graduação médica, ao pulso firme da mulher para lidar com várias situações ao mesmo tempo, como investir em boa formação e produzir um conhecimento sistemático, cuidar de si mesma moldando-se de acordo com a vida e, ainda, se esforçar mais para atingir seus objetivos vocacionais.

Com o término do curso universitário, pensar no futuro profissional é uma tarefa que as graduandas de Medicina enfrentam sem medo ao se lançar na carreira. Por isso, vislumbram novos horizontes ao participar, desta vez, de um concurso bastante concorrido, como é o da Residência Médica (RM). Silva e Carvalho (2010) definem a RM como uma “modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização caracterizada por treinamento em serviço” (p.357).

Nos dias atuais, de acordo com Santos (2009) e Goldwasser (2006), o processo de seleção do médico residente no Brasil segue determinações e regulamentações da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Na opinião de Camargo (2010), as vagas para a RM nos bons hospitais universitários do país são poucas, para todos os egressos dos cursos de Medicina número este que aumenta a cada ano. Na pesquisa conduzida pelo CFM e pelo CREMESP (2011), as estatísticas apontam para o fato de que a distribuição de vagas da RM é semelhante à distribuição dos especialistas titulados por grandes regiões. Assim, na região Sudeste, estão 63,5% das vagas e 54,97% dos especialistas; na região Sul, 15,9% das vagas e 17,93% dos especialistas; na região Nordeste, 11,6% das vagas e 15,11% dos especialistas; na região Centro-Oeste, 7,1% das vagas e 8,52% dos especialistas; e a região Norte concentra 1,9% das vagas e 3,47% dos titulados no Brasil.

No país, o acesso aos programas de RM é feito através de concurso público que consta de duas ou três etapas, a critério da instituição: prova objetiva (obrigatória), prova prática (opcional) e análise de currículo ou entrevista. Nas palavras de Santos (2009), os programas de residência têm aspectos comuns, entre eles o início em fevereiro e a carga horária anual mínima de 2280 horas, distribuídas em plantões, folgas, férias e licença maternidade. As avaliações para aferição do conhecimento ocorrem anualmente, através de prova escrita/oral e trimestralmente, através de avaliação por uma escala de atitudes. A esse respeito, Almeida (2009a) reforça que as atividades ocorrem em tempo integral, sob a supervisão de professores, que devem preparar o médico recém-formado para atuar dentro de uma área especializada, bem como ajudá-los a compreender e cumprir a ética médica na vida prática e no mercado de trabalho, no sentido mais amplo. Segundo a autora, deve-se levar em conta que, na maior parte das vezes, esses estágios não são remunerados, o que exige do candidato certa disponibilidade financeira. Na visão de

Camargo (2010), a RM é considerada uma eficiente forma de capacitação profissional em Medicina. Contudo, a natureza estressante das atividades exercidas durante o curso pode ser comparada a um “teste de resistência”, devido ao sofrimento e desgaste psicofísico aos quais os jovens médicos estão expostos. A RM caracteriza-se pela cobrança de desempenho, pelo sentimento de preconceito com relação às jovens médicas, principalmente por parte de pacientes idosos, por uma carga horária de trabalho excessiva, por plantões noturnos com perda de sono, pelo desgaste ligado ao trabalho com pessoas doentes e com a morte, com os pacientes difíceis e os dilemas éticos. Vencida esta etapa, com a finalização da RM, os médicos recebem o Certificado de Especialista na área cursada e passam a conviver com os problemas históricos da saúde pública no Brasil. Acerca da presença feminina na Medicina, o CFM e o CREMESP (2011) assinalam que o perfil populacional dos médicos está passando por uma transformação histórica. Como se pode observar, pela primeira vez, no grupo de médicos com 29 anos ou menos, em 2011, as mulheres são maioria (*Ver Tabela 1*). Dos 48.569 médicos nessa faixa etária, 53,31% são mulheres e 46,69% são homens.

Tabela 1 - Médicos brasileiros em atividade, segundo idade e sexo – Brasil, 2011

Idade	Feminino	%	Masculino	%	Total
≤ 29 anos	25.890	53,31	22.679	46,69	48.569
30-34 anos	25.442	46,09	29.758	53,91	55.200
35-39 anos	19.396	45,02	23.685	54,98	43.081
40-44 anos	16.805	46,18	19.585	53,82	36.390
45-49 anos	16.396	44,22	20.682	55,78	37.078
50-54 anos	15.070	41,41	21.318	58,59	36.388
55-59 anos	13.498	35,36	24.673	64,64	38.171
60-64 anos	8.336	25,62	24.197	74,38	32.533
65-69 anos	2.355	17,35	11.215	82,65	13.570
≥70 anos	1.952	18,08	8.847	81,92	10.799
Total	145.140	41,26	206.639	58,74	351.779

Fonte: Dados obtidos do CFM e CREMESP (2011, p. 19)

Entre os médicos mais idosos, dos 10.799 profissionais com 70 anos ou mais,

os homens predominam com 81,92% e as mulheres com apenas 18,08%. É importante assinalar que daí em diante, nas faixas etárias mais jovens, o número de médicas é sempre crescente. Entre os profissionais com 50 e 54 anos, elas já são 41,41% e atingem 46,09% na faixa etária entre 30 e 34 anos, passando os homens no grupo de idade abaixo de 29 anos.

Nesses estudos comparativos, o CFM e o CREMESP (2011) mencionam que a consolidação da presença de mulheres médicas se observa ao longo das últimas décadas, e que se acentuou nos últimos anos, como se pode observar na *Tabela 2*.

Tabela 2 - Evolução do registro de novos médicos, segundo sexo - Brasil, 2011

Década/Ano	Feminino	%	Masculino	%
1910	1	5,00	19	95,00
1920	30	17,05	146	82,95
1930	3	0,97	305	99,03
1940	20	3,64	530	96,36
1950	54	7,54	662	92,46
1960	163	11,47	1.258	88,53
1970	743	17,86	3.416	82,14
1980	3.653	35,22	6.719	64,78
1990	4.444	43,63	5.741	56,37
2000	5.714	39,13	8.889	60,87
2001	5.184	42,02	7.152	57,98
2002	5.784	41,87	8.029	58,13
2003	6.270	43,84	8.032	56,16
2004	6.464	44,92	7.925	55,08
2005	6.937	46,61	7.946	53,39
2006	7.152	47,14	8.020	52,86
2007	7.171	48,20	7.708	51,80
2008	7.069	49,33	7.262	50,67
2009	7.301	50,23	7.235	49,77
2010	7.634	52,46	6.917	47,54

Fonte: Dados obtidos do CFM e CREMESP (2011, p. 19)

Conforme apontam o CFM e o CREMESP (2011), esse crescimento fica mais visível quando se observa o contingente de mulheres formadas anualmente e que

estão entrando no mercado. Entre os novos registros, em 2010, 7.634 eram de mulheres e 6.917 de homens.

No geral, pode-se dizer que há uma tendência histórica de crescimento da população de mulheres médicas (*Ver Gráfico 2*). Como se pode observar, a partir dos anos de 1970, a expansão das universidades públicas e, principalmente, das privadas, nesta mesma época, foi ao encontro dos anseios masculino e feminino (CFM; CREMESP, 2011; BRUSCHINI, 2007; BRUSCHINI; LOMBARDI, 2000,2003).

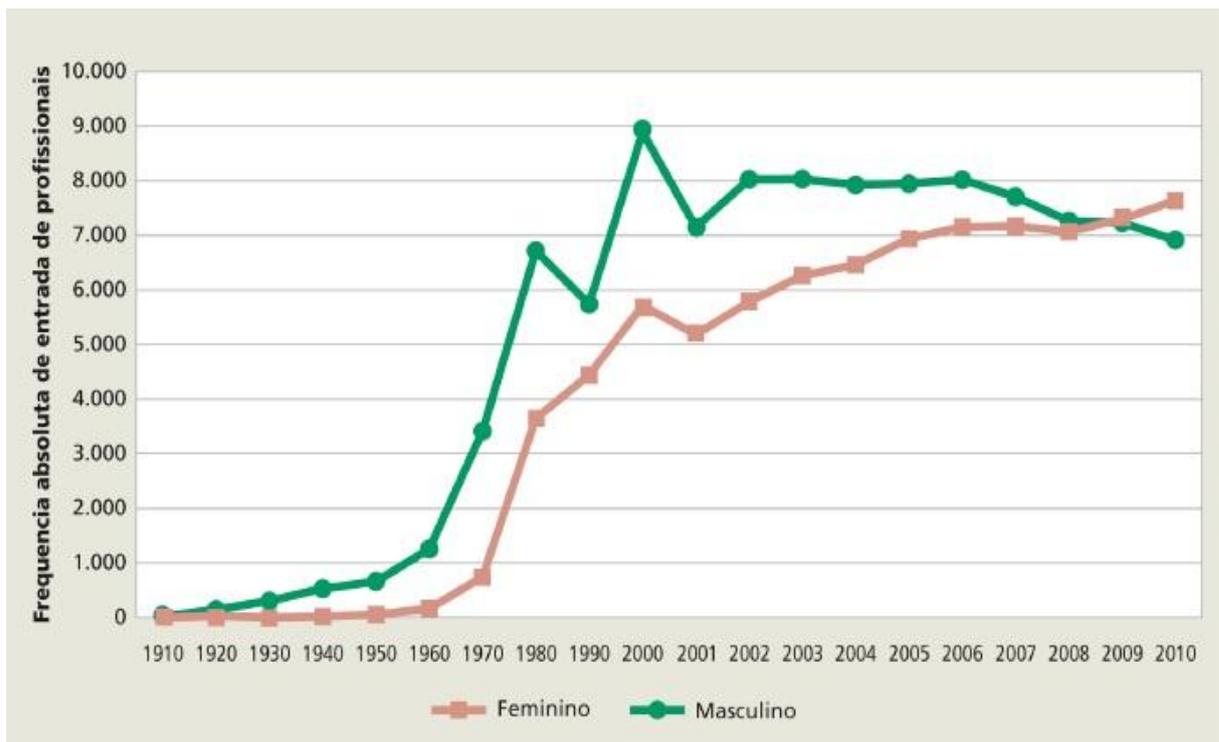


Gráfico 2 - Evolução da entrada de médicos, 1910 a 2010, segundo sexo.
Fonte: Extraído de CFM e CREMESP (2011, p. 20)

A partir do ano de 2000, percebe-se um aumento na velocidade de crescimento das mulheres, que em 2009 ultrapassa o dos homens. Conforme apontam o CFM e o CREMESP (2011), a tendência é que a diferença se amplie ainda mais em favor das mulheres. De um lado, isto se daria devido à predominância feminina na população brasileira, que representa 51,03% do seu total, contra 48,97% de homens, ou seja, um excedente de 3.941.819 milhões de mulheres em relação ao número total de homens (IBGE, 2011). De outro, pode-se afirmar que a feminização da Medicina segue uma tendência mundial.

No que tange à evolução do número de médicos, segundo o sexo, os dados sinalizam que o mercado ainda deve permanecer com maioria masculina por duas décadas ou mais, já que até os anos de 1970 a profissão era predominantemente masculina. Ao observarmos a evolução histórica da população de médicos no mercado de trabalho, considerando-se ambos os sexos (*Ver Tabela 3*), nota-se que as mulheres aparecem com 22% e 21% nos anos de 1910 e de 1920 (o país possuía 7 escolas médicas no ano de 1912). Analisando com mais cuidado, percebe-se que, do ano de 1930 ao ano de 1960, a diminuição do número de mulheres médicas no mercado de trabalho foi fruto de um intenso processo de discriminação observado no Brasil.

Tabela 3 - Evolução da população de médicos, 1910 a 2010, segundo sexo – Brasil, 2011

Ano	Feminino	%	Masculino	%
1910	2.956	22,28	10.314	77,72
1920	3.015	21,49	11.016	78,51
1930	3.037	19,10	12.862	80,90
1940	3.131	15,09	17.614	84,91
1950	3.450	13,21	22.670	86,79
1960	4.519	12,99	30.373	87,01
1970	9.341	15,83	49.653	84,17
1980	32.239	23,47	105.108	76,53
1990	67.483	30,80	151.601	69,20
2000	104.554	35,82	187.372	64,18
2010	145.568	39,91	219.189	60,09

Fonte: Extraído de CFM e CREMESP (2011, p. 21)

Nota-se, assim, que para as mulheres o caminho foi lento, com idas e vindas, fases de abertura e outras de retração, falta de apoio familiar e estatal, bem como preconceitos os mais variados, que fizeram com que elas registrassem uma queda, recuando para 12,99%, quando tiveram a menor representação: eram apenas 4.519 médicas frente a 30.373 profissionais do sexo masculino. A população médica em atividade no ano de 1960 teve a maior proporção masculina da história da Medicina no país, com 87 homens para cada grupo de cem médicos (CFM; CREMESP, 2011; BRUSCHINI, 2007; BRUSCHINI; LOMBARDI, 2000, 2003).

Nesse estudo, o CFM e o CREMESP (2011) apontam que, a partir de 1970, os dados sinalizam uma constante melhora na inserção feminina no mercado de trabalho, devido à transformação cultural, à expansão das vagas de ensino superior e à especialização da profissão médica, subindo para 23,47% o número de mulheres médicas em 1980, para 30,80% em 1990, para 35,82% em 2000, até atingir 39,91% em 2010.

A partir do ano de 1980, se inicia o que se pode chamar de feminização da profissão, com as mulheres ganhando participação cada vez maior. No entanto, vale ressaltar que, embora representem apenas 23,47% (Ver Tabela 3) do mercado de trabalho, elas já constituem 35,22% dos formandos daquele ano (Tabela 2).

No tocante ao trabalho propriamente dito, homens e mulheres se igualam em termos da jornada de trabalho semanal e mantêm vínculos de trabalho em proporções semelhantes, tanto no que diz respeito aos setores público quanto privado. No entanto, por serem mulheres, elas permanecem submetidas a uma desigualdade no que se refere aos rendimentos: ganham menos do que seus colegas de profissão do sexo masculino (BRUSCHINI; LOMBARDI, 2003, 2007,).

Recentemente, pesquisa realizada pelo CFM e pelo CREMESP (2011) ressaltou que o Brasil contava com 204.563 médicos especialistas² e 167.225 médicos generalistas² em 2011. São 53 as especialidades médicas oficialmente reconhecidas no país, conforme censo obtido com o cruzamento de dados registrados pelos Conselhos Regionais de Medicina (CRM) que compõem a base do CFM, pela CNRM e pelas sociedades brasileiras de especialidades médicas, reunidas na Associação Médica Brasileira (AMB).

A Tabela 4 mostra a posição geral das especialidades. Duas das especialidades, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia, concentram 24,46% do universo de profissionais titulados, ou seja, quase um quarto de todos os especialistas.

Considerando-se as dez primeiras especialidades, o total de médicos titulados sobe para 64,97%. Além da Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia, estão nesta categoria a Anestesiologia, a Cirurgia Geral, a Clínica Médica, a Ortopedia e

²Médico especialista é aquele que possui título oficial em uma das 53 especialidades médicas reconhecidas no Brasil. E médico generalista é todo aquele que não possui título formal de especialista. Por opção metodológica, o levantamento considerou apenas a primeira especialidade titulada pelo médico (CFM; CREMESP, 2011, p. 55-59).

Tabela 4 – Número de médicos especialistas, segundo especialidade – Brasil, 2011

Especialidade	N	%	Especialidade	N	%
1 Pediatria	27.232	13,31	28 Homeopatia	1.766	0,86
2 Ginecologia e Obstetrícia	22.815	11,15	29 Patologia	1.725	0,84
3 Anestesiologia	14.826	7,25	30 Cancerologia	1.457	0,71
4 Cirurgia Geral	13.609	6,65	31 Hematologia e Hemoterapia	1.420	0,69
5 Clínica Médica	10.640	5,20	32 Reumatologia	1.243	0,61
6 Ortopedia e Traumatologia	9.515	4,65	33 Patologia Clínica/ Medicina Laboratorial	1.148	0,56
7 Oftalmologia	9.280	4,54	34 Cirurgia Cardiovascular	1.102	0,54
8 Medicina do Trabalho	9.065	4,43	35 Cirurgia do Aparelho Digestivo	1.056	0,52
9 Cardiologia	8.708	4,26	36 Endoscopia	1.056	0,52
10 Radiologia e Diagnóstico por Imagem	7.212	3,53	37 Medicina Preventiva e Social	942	0,46
11 Psiquiatria	7.032	3,44	38 Cirurgia Pediátrica	905	0,44
12 Dermatologia	5.132	2,51	39 Coloproctologia	874	0,43
13 Otorrinolaringologia	4.640	2,27	40 Alergia e Imunologia	768	0,38
14 Cirurgia Plástica	4.016	1,96	41 Geriatria	716	0,35
15 Urologia	3.253	1,59	42 Nutrologia	689	0,34
16 Medicina de Família e Comunidade	2.632	1,29	43 Mastologia	669	0,33
17 Neurologia	2.629	1,29	44 Medicina Física e Reabilitação	570	0,28
18 Endocrinologia Metabologia	2.553	1,25	45 Medicina Nuclear	499	0,24
19 Medicina Intensiva	2.464	1,20	46 Cirurgia Torácica	491	0,24
20 Nefrologia	2.228	1,09	47 Radioterapia	444	0,22
21 Gastroenterologia	2.133	1,04	48 Medicina Esportiva	413	0,20
22 Neurocirurgia	2.071	1,01	49 Cirurgia de Cabeça e Pescoço	384	0,19
23 Infectologia	2.056	1,01	50 Medicina Legal e Perícia Médica	314	0,15
24 Pneumologia	1.997	0,98	51 Angiologia	282	0,14
25 Cirurgia Vascular	1.877	0,92	52 Cirurgia de Mão	202	0,10
26 Medicina de Tráfego	1.847	0,90	53 Genética Médica	156	0,08
27 Acupuntura	1.810	0,88	Total	204.563	100,00

Fonte: Extraído de CFM e CREMESP (2011, p.64)

Traumatologia, a Oftalmologia, a Medicina do Trabalho, a Cardiologia, e a Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CFM; CREMESP, 2011). Na outra ponta, entre as especialidades com menor número de profissionais com título, estão a

Genética Médica, com 156 médicos, a Cirurgia de Mão, com 202, a Angiologia, com 282, a Medicina Legal e Perícia Médica, com 314, a Cirurgia de Cabeça e Pescoço, com 384 profissionais, a Medicina Esportiva, com 413, a Radioterapia, com 444, a Cirurgia Torácica, com 491, a Medicina Nuclear, com 499, e a Medicina Física e Reabilitação, com 570 profissionais.

Portanto, as dez menores reúnem, juntas, 3.755 profissionais, ou 1,84% de todos os especialistas registrados.

Entre os profissionais titulados em atividade no Brasil, 59,39% são homens e 40,61% são mulheres. Entre as 53 especialidades, as mulheres são maioria em 13 delas, o equivalente a 24,5%, enquanto os homens predominam nas outras 40 especialidades, ou seja, em 75,6% delas (*Tabela 5*).

No entanto, o CFM e o CREMESP (2011) mencionam que as mulheres são maioria em cinco das seis áreas consideradas básicas. Dominam em Pediatria, com 70%, em Ginecologia e Obstetrícia, com 51,5%, em Clínica Médica e Medicina de Família e Comunidade, com 54,2% e em Medicina Preventiva e Social, com 50,3%, perdendo apenas em uma especialidade básica, a Cirurgia Geral, onde são apenas 16,2%. Como foi visto na *Tabela 1*, as mulheres médicas constituem 53, 31% dos profissionais em atividade na faixa etária de até 29 anos. Com indicação acentuada de crescimento, as mulheres médicas passaram a ser maioria nas turmas formadas em 2009 e 2010 (*Tabela 2*).

Tabela 5 - Médicos especialistas, segundo especialidade e sexo – Brasil, 2011

Especialidade	Feminino	%	Masculino	%	Total
Acupuntura	881	48,7	928	51,3	1.809
Alergia e Imunologia	467	60,8	301	39,2	768
Anestesiologia	5.250	35,4	9.571	64,6	14.821
Angiologia	62	22,0	220	78,0	282
Cancerologia	508	34,9	947	65,1	1.455
Cardiologia	2.254	25,9	6.452	74,1	8.706
Cirurgia Cardiovascular	110	10,0	992	90,0	1.102
Cirurgia de Mão	27	13,4	175	86,6	202
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	53	13,8	331	86,2	384
Cirurgia do Aparelho Digestivo	91	8,6	964	91,4	1.055
Cirurgia Geral	2.206	16,2	11.400	83,8	13.606

Tabela 5 - Médicos especialistas, segundo especialidade e sexo – Brasil, 2011*continuação*

Especialidade	Feminino	%	Masculino	%	Total
Cirurgia Pediátrica	294	32,5	611	67,5	905
Cirurgia Plástica	799	19,9	3.213	80,1	4.012
Cirurgia Torácica	32	6,5	459	93,5	491
Cirurgia Vascular	331	17,7	1.543	82,3	1.874
Clínica Médica	5.770	54,2	4.868	45,8	10.638
Coloproctologia	203	23,3	670	76,7	873
Dermatologia	3.731	72,7	1.400	27,3	5.131
Endocrinologia e Metabologia	1.631	63,9	921	36,1	2.552
Endoscopia	266	25,2	789	74,8	1.055
Gastroenterologia	811	38,1	1.320	61,9	2.131
Genética Médica	100	64,1	56	35,9	156
Geriatria	348	48,6	368	51,4	716
Ginecologia e Obstetrícia	11.735	51,5	11.069	48,5	22.804
Hematologia e Hemoterapia	810	57,0	610	43,0	1.420
Homeopatia	964	54,6	802	45,4	1.766
Infectologia	1.143	55,6	912	44,4	2.055
Mastologia	275	41,1	394	58,9	669
Medicina de Família e Comunidade	1.426	54,2	1.206	45,8	2.632
Medicina do Trabalho	2.898	32,0	6.165	68,0	9.063
Medicina do Tráfego	454	24,6	1.392	75,4	1.846
Medicina Esportiva	63	15,3	350	84,7	413
Medicina Física e Reabilitação	259	45,4	311	54,6	570
Medicina Intensiva	744	30,2	1.720	69,8	2.464
Medicina Legal e Perícia Médica	62	19,7	252	80,3	314
Medicina Nuclear	186	37,3	312	62,7	498
Medicina Preventiva e Social	474	50,3	468	49,7	942
Nefrologia	971	43,6	1.255	56,4	2.226
Neurocirurgia	169	8,2	1.902	91,8	2.071
Neurologia	952	36,2	1.677	63,8	2.629
Nutrologia	305	44,3	384	55,7	689
Oftalmologia	3.450	37,2	5.828	62,8	9.278
Ortopedia e Traumatologia	471	5,0	9.044	95,0	9.515
Otorrinolaringologia	1.491	32,1	3.148	67,9	4.639
Patologia	943	54,7	782	45,3	1.725



Tabela 5 - Médicos especialistas, segundo especialidade e sexo – Brasil, 2011*continuação*

Especialidade	Feminino	%	Masculino	%	Total
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	524	45,6	624	54,4	1.148
Pediatria	19.052	70,0	8.170	30,0	27.222
Pneumologia	854	42,8	1.143	57,2	1.997
Psiquiatria	2.890	41,1	4.140	58,9	7.030
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	2.481	34,4	4.730	65,6	7.211
Radioterapia	133	30,0	311	70,0	444
Reumatologia	614	49,4	629	50,6	1.243
Urologia	38	1,2	3.215	98,8	3.253
Total	83.073	40,61	121.490	59,39	204.563

Fonte: Extraído de CFM e CREMESP (2011, p.67)

Deve-se levar em conta também o número crescente de mulheres médicas que assumem posições de ponta no interior da Medicina. Pode-se perceber que essa dimensão reflete as tendências de feminização e de juvenização da área, tendo em vista que este grupo profissional era tradicionalmente composto por homens.

Além das especialidades básicas, o estudo realizado pelo CFM e pelo CREMESP (2011) apontou que as mulheres também são maioria (entre 54,6% e 72,7%) nas áreas de Alergia e Imunologia, Dermatologia, Endocrinologia e Metabologia, Genética Médica, Hematologia e Hemoterapia, Homeopatia, Infectologia e Patologia. Por outro lado, este estudo confirmou que as médicas são minoria em Urologia, com 1,2% e Ortopedia e Traumatologia, com 5,0%.

As médicas também são minoria em todas as dez áreas da cirurgia quando comparadas aos homens. As dez áreas menos femininas são Cirurgia Cardiovascular, com 10,0%, Cirurgia de Mão, com 13,4 %, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, com 13,8%, Cirurgia do Aparelho Digestivo, com 8,6%, Cirurgia Geral, com 16,2%, Cirurgia Pediátrica, com 32,5%, Cirurgia Plástica, com 19,9%, Cirurgia Torácica, com 6,5%, Cirurgia Vascular, com 17,7% e Neurocirurgia, com 8,2%.

O estudo demonstra que é compreensível que os homens hoje sejam mais de 80% em 13 das 53 especialidades, incluindo-se nesse grupo nove das dez áreas de cirurgia (exceto a Cirurgia Pediátrica), onde dominam com 67,55%. As seis áreas, onde os homens são 90% ou mais são as de Cirurgia Cardiovascular, com 90,0%, do Aparelho Digestivo, com 91,4%, Torácica, com 93,5% e Neurocirurgia, com

91,8%. Em Ortopedia e Traumatologia os homens são 95,0% e em Urologia 98,8% do total de médicos (CFM; CREMESP, 2011).

Na visão de Millan (2005), quando exercem determinadas especialidades não é raro que as mulheres sejam vistas com maior desconfiança pelos pacientes, como é o caso da cirurgia. Nessa especialidade, observa-se uma hierarquia muito grande entre homens e mulheres e as dificuldades manifestam-se com mais nitidez. Como destaca o autor, as médicas cirurgiãs, sobrecarregadas com a dupla jornada de trabalho, engravidam tardiamente e, geralmente, têm um menor número de filhos do que o restante da população. O autor assinala a ausência de cirurgiãs em postos mais elevados e a defasagem na titulação acadêmica, limitando a sua inserção. Portanto, nessa especialidade, a hegemonia masculina é 'gritante'.

2.3.2 Mulheres médicas: características da população médica no Estado do Rio de Janeiro

Tendo em vista que as participantes do estudo foram dez mulheres médicas brasileiras, residentes na cidade do Rio de Janeiro, nossos dados espelham, em parte, o perfil demográfico dos médicos especialistas nesta unidade da Federação. Por essa razão, acredita-se que os dados podem ser úteis para alimentar um debate sobre a questão, contribuindo, assim, para uma maior discussão sobre o tema.

Conforme orientação do CFM (2012) deve-se levar em conta, no entanto, alguns pontos em relação à pesquisa disponibilizada:

a) Nem todos os médicos registrados nos Conselhos Regionais de Medicina têm sua especialidade cadastrada. Os médicos não são obrigados a registrar sua(s) especialidade(s) nos CRM's. Só é obrigatório o registro da especialidade nos Conselhos Regionais a partir do momento que o médico começa a divulgar sua prática, através, por exemplo, da propaganda.

b) Para contar o total de médicos ativos no Estado do Rio de Janeiro, utilizou-se somente a inscrição primária, ou seja, a primeira especialidade registrada nesse Estado.

O censo da população médica em atividade no Estado do Rio de Janeiro apresenta uma distribuição dos 16.719 especialistas titulados pelas 53

especialidades reconhecidas no país (*Tabela 6*). Entre os especialistas, 55,27% são homens e 44,73% são mulheres.

Tabela 6 – Número de médicos especialistas, segundo especialidade - Rio de Janeiro, 2012

Especialidade	N	%	Especialidade	N	%
1 Medicina do Trabalho	2.665	15,9	28 Cancerologia	103	0,6
2 Pediatria	1.558	9,3	29 Angiologia	101	0,6
3 Ginecologia e Obstetrícia	1.367	8,1	30 Medicina de Família e Comunidade	95	0,5
4 Clínica Médica	1.176	7,0	31 Patologia Clínica/ Medicina Laboratorial	95	0,5
5 Cirurgia Geral	1.056	6,3	32 Reumatologia	95	0,5
6 Dermatologia	650	3,8	33 Coloproctologia	90	0,5
7 Cardiologia	602	3,6	34 Infectologia	81	0,4
8 Oftalmologia	577	3,4	35 Patologia	74	0,4
9 Homeopatia	577	3,4	36 Acupuntura	72	0,4
10 Psiquiatria	550	3,2	37 Cirurgia Pediátrica	71	0,4
11 Cirurgia Plástica	517	3,0	38 Geriatria	69	0,4
12 Ortopedia e Traumatologia	513	3,0	39 Endoscopia	69	0,4
13 Anestesiologia	403	2,4	40 Medicina Esportiva	59	0,3
14 Radiologia e Diagnóstico por Imagem	361	2,1	41 Mastologia	52	0,3
15 Gastroenterologia	342	2,0	42 Nutrologia	49	0,2
16 Endocrinologia e Metabolologia	329	1,9	43 Cirurgia Torácica	45	0,2
17 Neurologia	293	1,7	44 Medicina Preventiva e Social	44	0,2
18 Otorrinolaringologia	281	1,6	45 Cirurgia Cardiovascular	34	0,2
19 Urologia	220	1,3	46 Medicina Nuclear	30	0,1
20 Nefrologia	187	1,1	47 Radioterapia	23	0,1
21 Pneumologia	175	1,0	48 Medicina Legal e Perícia Médica	17	0,1
22 Medicina Intensiva	166	0,9	49 Medicina do Tráfego	17	0,1
23 Neurocirurgia	158	0,9	50 Cirurgia da Mão	16	0,0
24 Cirurgia Vascular	155	0,9	51 Cirurgia de Cabeça e Pescoço	15	0,0
25 Hematologia e Hemoterapia	148	0,8	52 Genética Médica	6	0,0
26 Medicina Física e Reabilitação	141	0,8	53 Cirurgia do Aparelho Digestivo	6	0,0
27 Alergia Imunologia	124	0,7	Total	16.719	100,00

Fonte: a autora, a partir de dados obtidos do CFM (2012, p. 4-7)

O *ranking* geral mostra que duas das especialidades, Medicina do Trabalho e Pediatria, reúnem 25,2% do universo de titulados e são as especialidades com maior número de registros. As dez primeiras especialidades concentram mais da metade dos profissionais, ou seja, 64,0% do contingente de médicos do Rio de Janeiro (*Tabela 6*). À Medicina do Trabalho e à Pediatria, seguem-se a Ginecologia e Obstetrícia, a Clínica Médica, a Cirurgia Geral, a Dermatologia, a Cardiologia, a Oftalmologia, a Homeopatia e a Psiquiatria (CFM, 2012).

Na outra ponta, entre as especialidades com menor número de profissionais com título, estão a Cirurgia do Aparelho Digestivo (6 profissionais), a Genética Médica (6), a Cirurgia de Cabeça e Pescoço (15), a Cirurgia da Mão (16 médicos), a Medicina de Tráfego (17), a Medicina Legal e Perícia Médica (17), a Radioterapia (23), a Medicina Nuclear (30 médicos), a Cirurgia Cardiovascular (34), e a Medicina Preventiva e Social (44). Há 29 especialidades com menos de 150 profissionais em cada uma, e as dez últimas especialidades reúnem juntas 208 profissionais, ou seja, 0,8 % de todos os títulos de especialidade registrados (CFM, 2012).

Entre as 53 especialidades, 15 delas têm uma maioria de mulheres, o equivalente a 28,3%. Nas outras 38, ou 71,7% delas, os homens predominam (*Tabela 7*). As mulheres são maioria em três das seis áreas consideradas básicas. Elas dominam em Pediatria, com 71,5%, em Medicina de Família, com 71,5% e ficam um pouco acima da metade em Ginecologia e Obstetrícia, com 54,1%. Nas especialidades básicas, perdem na Clínica Médica, com 46,5%, na Medicina Preventiva, com 40,9% e na Cirurgia Geral, onde são apenas 18,4%. No entanto, as mulheres dominam com vantagem nas áreas de Endocrinologia e Metabologia (75,0%), Dermatologia (74,9%), Patologia (64,8%), Alergia e Imunologia (64,5%), Hematologia e Hemoterapia (59,4%), Homeopatia (58,4%), Acupuntura (56,9%), Reumatologia (56,8%), Nutrologia (55,1%), Medicina Nuclear (53,3%), Infectologia (53,0%) e Geriatria (50,7%).

Tabela 7 - Médicos especialistas, segundo especialidade e sexo – Rio de Janeiro, 2012

Especialidade	Feminino	%	Masculino	%	Total
Acupuntura	41	56,9	31	43,1	72
Alergia e Imunologia	80	64,5	44	35,5	124
Anestesiologia	164	40,6	239	59,4	403

Tabela 7 - Médicos especialistas, segundo especialidade e sexo – Rio de Janeiro, 2012

Especialidade	Feminino	%	Masculino	%	Total
Angiologia	31	30,6	70	69,4	101
Cancerologia	43	42,5	60	57,5	103
Cardiologia	182	30,2	420	69,8	602
Cirurgia Cardiovascular	1	2,9	33	97,1	34
Cirurgia de Mão	2	12,5	14	87,5	16
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	1	6,6	14	93,4	15
Cirurgia do Aparelho Digestivo	2	33,3	4	66,7	6
Cirurgia Geral	195	18,4	861	81,6	1.056
Cirurgia Pediátrica	28	39,4	43	60,6	71
Cirurgia Plástica	124	23,9	393	76,1	517
Cirurgia Torácica	4	8,8	41	91,2	45
Cirurgia Vascular	37	23,8	118	76,2	155
Clínica Médica	548	46,5	628	53,5	1.176
Coloproctologia	26	28,8	64	71,2	90
Dermatologia	487	74,9	163	25,1	650
Endocrinologia e Metabologia	247	75,0	82	25,0	329
Endoscopia	28	40,5	41	59,5	69
Gastroenterologia	160	46,7	182	53,3	342
Genética Médica	4	6,6	2	93,4	6
Geriatria	35	50,7	34	49,3	69
Ginecologia e Obstetrícia	740	54,1	627	45,9	1.367
Hematologia e Hemoterapia	88	59,4	60	40,5	148
Homeopatia	337	58,4	240	41,6	577
Infectologia	43	53,0	38	47,0	81
Mastologia	25	48,0	27	52,0	52
Medicina de Família e Comunidade	68	71,5	27	28,5	95
Medicina do trabalho	1.168	43,8	1.497	56,2	2.665
Medicina do Tráfego	3	17,6	14	82,4	17
Medicina Esportiva	8	13,5	51	86,5	59
Medicina Física e Reabilitação	50	35,4	91	64,6	141
Medicina Intensiva	46	27,7	120	72,3	166
Medicina Legal e Perícia Médica	4	23,5	13	76,5	17
Medicina Nuclear	16	53,3	14	46,7	30



Tabela 7 - Médicos especialistas, segundo especialidade e sexo – Rio de Janeiro, 2012 *continuação*

Especialidade	Feminino	%	Masculino	%	Total
Medicina Preventiva e Social	18	40,9	26	59,1	44
Nefrologia	92	49,1	95	50,1	187
Neurocirurgia	19	12,0	139	88,0	158
Neurologia	124	42,3	169	57,7	293
Nutrologia	27	55,1	22	44,9	49
Oftalmologia	264	45,7	313	54,3	577
Ortopedia e Traumatologia	50	9,7	463	90,3	513
Otorrinolaringologia	108	38,4	173	61,6	281
Patologia	48	64,8	26	35,2	74
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	37	38,9	58	61,1	95
Pediatria	1.115	71,5	443	28,5	1.558
Pneumologia	79	45,1	96	54,9	175
Psiquiatria	220	40,0	330	60,0	550
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	150	41,5	211	58,5	361
Radioterapia	6	26,0	17	74,0	23
Reumatologia	54	56,8	41	43,2	95
Urologia	3	1,3	217	98,7	220
Total	7.480	44,7	9.239	55,3	16.719

Fonte: a autora, a partir de dados do CFM (2012, p. 4-7)

Nos últimos anos, a cada dia aumenta o número de mulheres que optam por especialidades anteriormente fechadas a elas, ou seja, de domínio masculino, com exigência de alta qualificação. Assim, as médicas têm se interessado por especialidades que necessitam de mais ação, como as intervenções cirúrgicas. O levantamento mostra que as mulheres começam a sobressair no mercado da Cirurgia Pediátrica, com 39,4%, da Cirurgia do Aparelho Digestivo, com 33,3%, da Cirurgia Plástica, com 23,9 %, da Cirurgia Vasculard, com 23,8%, da Cirurgia Geral, com 18,4%, da Cirurgia de Mão, com 12,5%, da Cirurgia Torácica, com 8,8% (CFM, 2012).

É compreensível que os homens hoje sejam maioria em números absolutos na grande parte das especialidades, pois eles representam 71,7% dos profissionais no mercado de trabalho. Eles, por sua vez, predominam na Cardiologia (69,8%), são

absoluta maioria nas áreas cirúrgicas, onde constituem 90% ou mais dos profissionais, assim distribuídos: na Cirurgia Cardiovascular são 97,1%, na Cirurgia de Cabeça e Pescoço são 93,4%, na Cirurgia Torácica são 91,2% e na Cirurgia Pediátrica dominam, embora em menor porcentagem, com 60,6%. Em Ortopedia e Traumatologia os homens são 90,3% e em Urologia, 98,7%.

2.3.3 Médicas do século XXI: ultrapassando fronteiras

Em meio a tantas mudanças, no início do século XXI, a Medicina, uma das mais antigas profissões da história da humanidade, vem passando por transformações constantes que afetam a qualidade de vida do médico e sua saúde emocional e tem, assim, forte interferência no seu desempenho profissional (AZMAN, 2008). Meleiro (2001) assinala que ser médico na virada do milênio tornou-se um grande desafio, pois, se de um lado houve um aumento das exigências de desenvolvimento de novos recursos diagnósticos, de outro, houve um aumento das exigências sociais.

No exercício de sua profissão, observa-se que hoje o médico procura valorizar os aspectos humanísticos da relação médico-paciente, transformando-os numa prioridade, de modo a proporcionar ao seu paciente uma relação de respeito e empatia, despertando nele um clima de confiança, o que pode tornar as condutas terapêuticas mais eficazes.

Além disso, o profissional da saúde tem também a preocupação de não errar. Acresce-se a isso o fato de que ele é exposto a situações de estresse, como aquelas provocadas pela morte de pacientes com doenças incuráveis, algo que pode levá-lo à angústia, à perda de autoestima, e que pode interferir diretamente no seu relacionamento com a sociedade e com os pacientes. Como aponta Azman (2008), “um profissional desmotivado geralmente apresenta sintomas de irritabilidade, ansiedade, negativismo e desinteresse, típicos de uma vida profissional tensa e atribulada” (p.12). O autor assinala que os médicos, de ambos os sexos, muitas vezes, se deparam com a necessidade de buscar apoio psicológico e psiquiátrico para enfrentar as pressões psicológicas da profissão, medida esta que tem surtido resultados satisfatórios na melhoria de suas condições de trabalho, da

motivação profissional, do relacionamento familiar e na sua condição de ser humano.

Com todas essas situações estressantes e as mudanças ocorridas nos últimos anos, como explicar que a Medicina seja considerada a profissão mais desejada e disputada entre os jovens, constituindo o vestibular mais concorrido das Instituições públicas e privadas do Brasil?

Para se obter uma possível resposta, é necessário refletir a respeito da formação médica, observando o que diz a literatura a esse respeito. A escolha da profissão se relaciona com elementos subjetivos, íntimos e é um processo que leva um certo período de tempo, talvez anos de introspecção, para que a pessoa compreenda sua motivação. Contudo, para algumas pessoas, a escolha da profissão não é algo simples, mas um processo que leva tempo e a tomada de decisão implica em coletar informações, identificar opções, para, então, colocar em prática a escolha desejada. Com isso, pretende-se dizer que, sem dúvida, o momento da escolha profissional é apontado como importante para todas as pessoas, por enfrentarem as pressões e as intercorrências provenientes do seu ciclo vital. Por essa razão, entende-se que a identidade ocupacional desenvolve-se conectada à identidade pessoal, ou seja, se relaciona com assuntos subjetivos, íntimos, valiosos do Eu (MELEIRO, 2001).

Na verdade, na visão dessa autora, alguns indivíduos são atraídos para a profissão médica pela busca de satisfazer desejos de segurança, necessidade de ser úteis, por terem sido bons alunos em ciências na escola, por terem passado por doenças sérias na família ou, ainda, pelo desejo de obter aprovação dos familiares ou do médico da família.

Em função do exposto, Rochael-Nasciutti (1997) e Rodrigues (1981) assinalam que o processo de identificação na escolha profissional, na maioria das vezes, conduz a pessoa a assumir os valores e as normas dos pais ou outro alguém, investido do papel de ocupar um lugar na hierarquia social. Sendo assim, percebe-se que os pais traçam para os filhos metas de vida, como alcançá-las e os meios para isso. Pode-se dizer que essa projeção se refere à expressão de seus sonhos, de desejos conscientes e inconscientes que eles, pais, puderam ou não realizar sobre os filhos.

Apesar de tudo, é muito importante mencionar aqui que o preparo para ser um bom profissional é árduo, pois a formação médica mostra-se desgastante.

Assim, pode-se dizer que, na identidade médica, uma das questões mais desafiadoras diz respeito aos valores e normas do mundo da Medicina e o indivíduo precisa estar inclinado a comportar-se segundo essas normas para passar pelas classificações e hierarquias da sociedade médica. Afinal, o jovem acadêmico vai lidar com o bem mais grandioso do ser humano, 'a vida', o que acaba por fazer com que o médico se ache cada vez mais onipotente.

Como aponta Bourdieu (1996), o campo médico foi entendido como um espaço de poder onde as pessoas que nele interagem atuam em várias posições, de acordo com a distribuição diferenciada de bens materiais e simbólicos. Certamente, cada agente social atua dentro de uma faixa de possibilidades diferentes no que diz respeito à visão de mundo e às representações profissionais. Nas palavras de Dejours (1992), o campo médico é considerado uma 'arena', onde os protagonistas que nele atuam assumem diferentes papéis, todos eles permeados pelas experiências vividas e pelos sofrimentos vivenciados em sua história pessoal.

Krumm (2005) e Rodrigues (1978) observam que características de personalidade e experiências vividas na infância, bem como o nível de complexidade dessas experiências, podem determinar a organização do campo psicológico das pessoas. Conseqüentemente, as práticas e as representações vivenciadas, especialmente nas profissões que envolvem situações de extrema emergência, típicas das tarefas ligadas à saúde, o estresse psicológico e emocional que se acumula no cotidiano pode também tornar os médicos propensos ao adoecimento em decorrência das pressões sofridas no campo profissional.

Apesar de tudo, a Medicina, por se estabelecer como uma profissão tradicionalmente masculina age com sutileza, isto é, mesmo com a liberdade de acesso das mulheres à profissão médica desde o século XIX, uma hierarquia, ainda que velada, delimita a atuação dessas profissionais em determinadas áreas. Isto pode se refletir na definição de especialidades e, sobretudo, na permanência da dicotomia masculino/feminino. Desse modo, as mulheres que escolheram a Medicina, como carreira confrontam-se com uma multiplicidade de dificuldades em sua busca por empregos melhores e mais gratificantes. Estas barreiras parecem reforçar a ideia de que elas devem desprezar a gravidez que, por vezes, torna-se até inviável para que se possa garantir o crescimento e a realização profissional. (FRANCO; SANTOS, 2010; MENEZES; HEILBORN, 2007).

De acordo com Franco e Santos (2010), o que detém as mulheres na escolha de uma especialidade é a procura de uma área que lhes permita conciliar uma atividade profissional gratificante com sua vida pessoal, incluídos aí o casamento e a maternidade. A esse respeito, Silva (1993) destaca que as especialidades mais reconhecidas nos últimos tempos são aquelas que requerem o uso de “equipamentos de alta tecnologia, sofisticados e complexos, resultados do avanço científico” (p. 6) e, por isso, pode-se observar que as mulheres começam a entrar nos campos mais prestigiados de determinadas profissões, “que estabelecem uma relação mais direta com a cientificidade” (p. 6).

Ao mesmo tempo, a autora aponta alguns aspectos que se contrapõem: é preciso saber como as mulheres vão manter seu acesso a lugares associados à tecnologia se, para a maioria delas, este não é o seu ponto forte, e continuam a se agrupar em especialidades consideradas femininas, associadas ao cuidar materno – infantil, como a Pediatria e a Ginecologia e Obstetrícia, entre outras. Por outro lado, a autora chama a atenção para o movimento, de alcance nacional, de mudança curricular nos cursos universitários. Para isso, têm sido promovidos fóruns de debates em várias regiões do Brasil. Nesse contexto, Silva (1993) ressalta que, no universo da Medicina, coloca-se como preocupação a necessidade de “um olhar específico sobre as formas de inserção da mulher nesses espaços profissionais e a dissociação entre a compreensão da natureza humanista e científica das carreiras” (p. 6).

Essas questões desafiadoras abriram novas possibilidades para que as mulheres médicas pudessem tentar conseguir entender e gerenciar toda essa teia de inter-relações, que é o exercício da Medicina (NETO, 2011; SILVA, 1993).

Além dos problemas comuns a todas as mulheres trabalhadoras e a todas aquelas que querem fazer carreira, lutando por manter o equilíbrio entre a vida familiar e as atividades profissionais, as médicas encontram obstáculos, tanto provenientes da própria hierarquia médica quanto também dos próprios doentes, em grande parte, decorrentes das representações que eles fazem delas.

A esse respeito, Dall’Ava-Santucci (2005) enfatiza que, entre os diversos fatores que influenciam a manutenção dos clientes, a relação médico-paciente destaca-se como a principal. A autora sugere que, na própria consulta, a médica deve conquistar progressivamente seu lugar, já que os clientes, nem sempre, a escolhem espontaneamente. Desse modo, os pacientes que têm a possibilidade de

ser atendidos por uma médica saem mais satisfeitos, pois o sexo feminino facilita muito mais a relação médico-paciente. Seguindo o mesmo raciocínio, Gregório (2009) assinala que, para o paciente, não bastam instruções e orientações técnicas, pois antes que ele as incorpore ao seu dia a dia é preciso acreditar no médico, confiar nele e ter a certeza de que seguir suas recomendações lhe trará resultados positivos. Diante desses fatos, as mulheres, mais que os homens, precisam demonstrar condições potenciais para serem reconhecidas como *experts* na relação médico-paciente e, na maioria das vezes, isso representa uma sobrecarga na busca de informações sobre diversas patologias, em especial doenças crônicas ou raras (NETO, 2011). Pode-se concluir deste modo, que a Medicina é uma ciência que não é só técnica, mas também humana e relacional.

É inegável que o perfil da médica contemporânea contempla novos atributos para que elas sejam reconhecidas como profissionais competentes, cultas, inteligentes e visionárias, sem deixar de cuidar da saúde, da aparência e do lazer (BRUSCHINI, 2007; ROCHA-COUTINHO, 2004; MELEIRO, 2001).

Na visão de Bruschini (1994), a disponibilidade do sexo feminino para o exercício da profissão é determinada por características pessoais, como a idade, a escolaridade, bem como por outras questões relacionadas à importância que atribuem à família e à maternidade. Provavelmente, se a mulher for casada e tiver filhos pequenos, se não puder remunerar um apoio doméstico, pode ser que faça uso da rede de parentesco para que possa conciliar, ao mesmo tempo, uma carreira e uma vida de mulher “normal”.

Segundo Rocha-Coutinho e Losada (2007), para as mulheres, de modo geral, “assumir uma profissão configura-se, para elas, não apenas como fonte de sustento, mas principalmente, como fonte de satisfação, algo que deveria ser assumido não só pelo retorno material, mas principalmente pelo prazer que proporciona” (p. 5)

Contudo, dependendo do que for privilegiado, ou seja, a manutenção das diferenças ou o avanço de transformações para o futuro, é fato que, no percurso da inserção das mulheres no mercado de trabalho brasileiro, as médicas atuais estão marcando presença em um espaço tradicionalmente masculino, tentando redefinir antigos paradigmas com relação à família, à maternidade, o trabalho, enfim, à identidade feminina (FRANCO; SANTOS, 2010; ROCHA-COUTINHO, 2004; SILVA, 1993).

2.3.4 Conciliar vida familiar e trabalho: desafio para a mulher médica

Nas últimas décadas, nas sociedades ocidentais modernas, o mundo do trabalho vem sendo caracterizado pela participação de ambos os sexos nas mais distintas áreas profissionais. Desde a metade dos anos de 1990, a forte presença de mulheres médicas no mercado de trabalho brasileiro modificou o exercício de uma profissão considerada privilégio dos homens. Pode-se perceber que hoje, em certas especialidades médicas (como pediatria, ginecologia, cirurgia e urologia), pacientes homens e mulheres preferem dialogar com um profissional de seu próprio sexo (FLORESTI, 2011; BAUDELLOT, 2003).

Em meio a tantas mudanças sociais, o ambiente médico também se alterou em quase todos os seus aspectos. De um lado, a Medicina de hoje, cada vez mais dinâmica, vem requerer atualizações profissionais quase que constantes, esperando que os médicos atuem como técnicos e, assim, possam melhorar a qualidade do diagnóstico e do tratamento junto aos pacientes. Por outro lado, os avanços tecnológicos e a concorrência acirrada acabaram por enfraquecer a aliança informal e sólida que, no passado, se estabelecia entre o médico, a Medicina e a população. Este 'corre-corre' acaba por reduzir a qualidade percebida no atendimento e ainda afasta os pacientes dos profissionais da saúde, fortalecendo problemas gerados pela falta de confiabilidade e credibilidade (NETO, 2011; ZAGURY, 2011).

No que diz respeito ao aspecto mercadológico, segundo Neto (2011), mudou não apenas a diferença na remuneração de homens e mulheres pelos serviços prestados, como também a própria forma como a sua profissão é vista pela sociedade, de modo geral. O autor aponta que os salários são desestimulantes e, assim, para sobreviver, a clínica particular da maioria dos médicos, especialmente no início de carreira, torna-se viável praticamente apenas através de convênios com seguradores de saúde que “dominam o mercado e determinam quanto vale a hora trabalhada pelo médico” (p. 16-17). Como a concorrência profissional é grande, eles são obrigados a manter um número elevado de consultas, o que reduz o tempo disponível e a qualidade do atendimento. Segundo o CFM e o CREMESP (2011), o número de médicos que têm até três vínculos empregatícios, ultrapassa a casa dos 80%. Esta forma de exercer a Medicina contribui para reduzir a qualidade percebida

pelo paciente no atendimento médico, afastando os pacientes ainda mais dos médicos.

Diante deste problema e devido ao alto grau de competição no mercado de saúde, tornou-se, segundo Resende (2011), cada vez mais importante conquistar e manter fiel o paciente numa tentativa de diminuir as perdas. Para o autor, é fundamental, assim, uma investigação, por meio de pesquisa, com o objetivo de identificar os pontos positivos e negativos que afetam o índice de satisfação do paciente, bem como os prováveis caminhos para transformar essa satisfação em fidelização ao médico. Segundo Resende (2011), se os desequilíbrios não forem corrigidos, a médio prazo, o relacionamento médico-paciente pode se deteriorar.

Canteiro (2011) e Fonseca (2010) apontam que, com a pressão sofrida na correria do dia-a-dia, quanto mais o tempo passa, mais aqueles que trabalham muito ficam escravos de suas demandas diárias, sem conseguir se planejar para ter uma vida mais equilibrada, tornando-se difícil, assim, encontrar um tempo dedicado ao lazer. Por outro lado, quase todos aqueles que são disciplinados têm mais liberdade e mais tempo para fazerem o que gostam.

O acesso das mulheres ao exercício da Medicina abre para elas um leque de perspectivas novas que lhes permite maior autonomia em suas opções de vida, uma melhor qualificação, um convívio, sempre que possível harmonioso com a equipe de trabalho. Apesar disso, parece existir ainda, por parte delas, uma tendência a se sentir e a permanecer a principal responsável pela administração doméstica e, principalmente, pelos cuidados dos filhos. Araújo e Scalon (2007a), assim como Giddens, Beck e Lash (1997), apontam para o fato de que trabalhar fora de casa faz parte hoje da rotina da grande maioria das mulheres modernas que, assim, a cada dia que passa, podem usufruir, além do prazer resultante do exercício desta atividade cotidianamente, da facilidade de oferecer a si e a seus familiares melhores condições materiais de vida.

No que diz respeito aos impasses experimentados pelas famílias em função das demandas contemporâneas, é importante ressaltar que a família é o grupo necessário para garantir a sobrevivência do indivíduo em sociedade e, por isto, tende-se a enfatizar sua dimensão sócioafetiva, independente de sua configuração. Dentro desta lógica, a família atua sobre o indivíduo, através da convivência entre os membros de diferentes gerações, transmitindo valores ideológicos peculiares ao homem, à mulher e ao papel de cada um deles na família e na sociedade.

Nos últimos anos, nas sociedades ocidentais, as configurações familiares têm passado por intensas mudanças, tanto na sua estrutura e organização como no seu funcionamento (DESSEN, 2010; ZAMBRANO, 2010; LANE, 2006).

Também Araújo e Scalon (2007b) chamam a atenção para as intensas mudanças que atingem a família na pós-modernidade. As autoras assinalam que a travessia histórica da família é longa, não linear, feita de rupturas que alteraram sua arquitetura composta de agrupamentos humanos que constituem um universo de relações diferenciadas. É possível dizer que, a partir dessa estrutura básica social, se expressa uma diversidade de formas de conjugalidade a partir das alterações no seu funcionamento, nas formas de organização interna, nas dinâmicas cotidianas e nas hierarquias. Estas últimas se tornaram menos rígidas, produzindo novos tipos de relação entre homens e mulheres e entre as distintas gerações. Assim, o destino feminino entrou na era da imprevisibilidade e novas questões se apresentam às mulheres agora: como conciliar vida profissional e maternidade? ter ou não filhos?

A estrutura familiar nas últimas décadas também sofreu uma redução significativa no número de filhos, passando para menos de dois filhos, em média, por mulher no Brasil, segundo dados do IBGE de 2011. Dentre os fatores que influenciaram essa mudança podemos mencionar a entrada da mulher no mercado de trabalho, a difusão da pílula anticoncepcional, a mulher ter assumido o posto de chefia da família, o aumento do nível de escolaridade feminina e sua entrada cada vez maior no ensino superior, a crise econômica dos anos de 1980, bem como o aumento do número de divórcios e separações (BRUSCHINI, 2007).

Cabe aqui assinalar que, hoje em dia, a questão da separação conjugal traz consequências para os membros do casal e da família e pode sacrificar significativamente a vida profissional de algumas mulheres, que se esforçam para 'desincorporar' as funções por elas exercidas na família tradicional, onde os papéis, as regras, os limites e os valores eram muito mais rígidos. Assim, para manterem a saúde emocional da família, as mulheres vêm se esforçando - muitas com sucesso - para construir novas formas de relações familiares, sociais e profissionais. Para que isso aconteça, no entanto, é preciso trocar ideias, experiências, opiniões, propor soluções e, principalmente, incorporar novos conceitos. Em especial, é preciso superar o modelo mental que vem regendo suas vidas há séculos e que atribuía a elas o papel de responsáveis pelos cuidados da casa e, principalmente, dos filhos (DESSEN, 2010; FERES-CARNEIRO, 1998, 2003).

As médicas que assumem os cargos mais elevados nos hospitais e nas universidades parecem ser as menos atingidas pelos problemas conjugais, uma vez que, para isso, têm que se distanciar dos problemas domésticos para se dedicar a suas atividades profissionais com o empenho que delas se espera tendo, assim, pouco tempo para se dedicar ao marido e aos filhos (DALL'AVA-SANTUCCI, 2005).

A família, no entanto, parece ainda ocupar, para a maioria das mulheres, posição de destaque, pois vem se transformando e expandindo suas possibilidades de relações internas e de mediação com o contexto social (PASSOS, 2003). A dedicação à família e o seu bom funcionamento não parecem depender do fato de as mulheres serem casadas, separadas ou recasadas, mas da qualidade das relações estabelecidas entre seus membros. Neste contexto, a quantidade de tempo dedicado aos filhos e familiares foi reduzido, embora não necessariamente a sua qualidade. As funções de cuidado e socialização dos filhos passaram a ser compartilhadas pelas mulheres com uma carreira profissional, com a escola, parentes e empregadas domésticas, de acordo com suas possibilidades econômicas (DESSEN, 2010; FERES-CARNEIRO, 2003).

Felizmente, o desenvolvimento tecnológico favoreceu aos homens e mulheres de hoje suprir sua ausência na esfera familiar através do uso do celular e da *internet*, que permitem não apenas monitorar os filhos, inclusive com relação aos deveres de casa, como também manter com eles um contato permanente, mesmo quando estão viajando. Apesar disso, ainda encontramos mulheres que apresentam um perfil de mães super atuantes e que realmente arregaçam as mangas, pois entendem que educar, transmitir hábitos e valores aos filhos é uma função que não se divide (LANCASTER; STILLMAN, 2011; FERES-CARNEIRO, 1998, 1999).

Cabe, também, assinalar aqui que estas mudanças levaram a novas expectativas em relação aos homens, em termos do exercício da paternidade e de um maior envolvimento nas atividades do lar. Contudo, a emancipação feminina e, seu crescimento no mercado de trabalho não necessariamente levou homens e mulheres a desempenhar papéis mais igualitários dentro de casa. Os homens de hoje contribuem pouco, ou quase nada, no que diz respeito à divisão das tarefas domésticas e ainda se envolvem pouco nas questões afetivas. Eles continuam a ser vistos como os principais provedores e pouco conseguiram mudar em termos dos antigos padrões comportamentais estabelecidos para eles cultural e historicamente (JABLONSKI, 1999).

Dall'Ava-Santucci (2005), contudo, assinala que há outros obstáculos que a mulher tem que enfrentar além de um marido que coopera pouco. A gravidez para as médicas é quase sempre vista como uma dificuldade a mais e não como uma função social de continuidade da família, fruto do casamento. Para as médicas, as dificuldades vivenciadas para administrar o tempo dedicado à Medicina dificultam a programação de um filho. A autora recomenda, assim, que mais do que o papel tradicional da mulher, é o do cônjuge que vai precisar ser revisto. Parece que é isso que querem atualmente as estudantes de Medicina, desejosas de investir na vida profissional sem que o peso da família recaia apenas sobre uma das partes, a mulher.

Podemos dizer, no entanto, que a harmonia entre carreira e vida familiar não é uma preocupação exclusiva das mulheres. A família não é um grupo de iguais e as gerações de hoje reagem muito bem aos novos arranjos familiares. Contudo, a família precisa ser hierarquizada, pois os filhos necessitam da autoridade parental para que se desenvolvam de forma saudável (FERES-CARNEIRO, 2003). Como ressalta Perrot (2005), nesse novo contexto, o grande desafio no terceiro milênio é identificar possíveis caminhos a ser trilhados que permitam o investimento e crescimento profissional das mulheres, conservando, no entanto, na família seus aspectos mais positivos: a solidariedade, a fraternidade, a ajuda mútua, os laços de afeto e o amor.

O que se apresenta hoje, no campo da Medicina, é que as mulheres médicas têm que conquistar aos poucos seu lugar em um universo tradicionalmente masculino. Os preconceitos persistem no hospital e no consultório particular, através da desconfiança dos colegas e dos pacientes. Até o momento, não se pode dizer que as desigualdades entre homens e mulheres tenham desaparecido. Mas as mulheres médicas reivindicam, cada vez mais, seu direito a uma maior igualdade dentro de casa e no trabalho. Ainda hoje, pode-se afirmar que as mulheres que se aventuraram a investir numa carreira profissional de sucesso, em muitos casos, são condenadas pela família e criticadas pelo seu grupo social e profissional. É que, também nesse caso, os estereótipos revelam-se resistentes. Pode-se dizer que a discriminação contra a mulher existe em toda parte, isto é, independe do país, da língua falada e da cultura em que se está inserido, embora possa ser maior ou menor, mais aberta ou mais sutil em alguns lugares do que em outros (ROCHA-COUTINHO, 2007; BRUSCHINI, 2007; SOARES, 2000).

Permanece, contudo, a esperança de que os atores sociais acabem por encontrar novas respostas e soluções para esses antigos problemas (ARROIO; RÉGNIER, 2001).

Para concluir este capítulo, gostaríamos de salientar que não apenas o mundo, mas também a Medicina mudou. Como aponta Zagury (2011), hoje para ser um bom médico “não basta ser competente, ‘é preciso ser equilibrado’ nas decisões que, além de tecnicamente corretas, devem ser moralmente boas. A beleza da Medicina reside em promover a aliança entre a competência e a paixão” (p. 10).

3 NOSSO ESTUDO

3 NOSSO ESTUDO

Tendo essas questões em mente, desenvolvemos um estudo exploratório, em que buscamos melhor entender a influência do sexo no exercício da profissão médica, bem como investigar se e, em caso positivo, como a discriminação com relação às mulheres médicas aparece no discurso das entrevistadas e que implicações isso pode trazer para suas relações profissionais, tanto no ambiente de trabalho quanto no estabelecimento de seu vínculo com os pacientes, sejam eles do sexo masculino ou feminino. Dentro desse contexto, procuramos verificar também os fatores psicológicos e sociais envolvidos na escolha da especialidade médica por elas seguida e em sua trajetória profissional, de modo geral. Tentamos, além disso, melhor compreender, no caso das entrevistadas casadas, especialmente aquelas com filhos, quais as dificuldades e soluções por elas encontradas para conciliar sua carreira profissional com as responsabilidades domésticas familiares.

3.1 METODOLOGIA

Realizamos um estudo qualitativo, com enfoque psicossocial, com mulheres médicas. Para a obtenção dos dados, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, isto é, que, apesar de se assemelharem a uma conversa informal, seguiam um roteiro previamente elaborado com base nas questões a serem investigadas (em *anexo 2*). Todos os tópicos do roteiro foram abordados pelas entrevistadas, mesmo que para isso tivéssemos que intervir quando necessário, ou seja, sempre que a entrevistada deixasse de responder alguma das questões da pesquisa, formulávamos perguntas a ela relacionadas a fim de esclarecer dúvidas e preencher lacunas (ROCHA-COUTINHO, 1998, 2006).

As médicas foram entrevistadas em separado, em data, local e horário de sua conveniência. Todas as entrevistas foram gravadas, com o consentimento das entrevistadas, e transcritas na íntegra, preservando-se, de forma o mais fiel possível, o que foi dito (como, por exemplo, erros gramaticais, expressões coloquiais, gírias e palavrões, pausas e hesitações, entre outros). Além disso, foram inseridos comentários, sempre que importantes para os objetivos do estudo (como risos, tosse, pausas, gesticulação exagerada, nervosismo na fala, entre outros).

Para proceder à análise dos dados, os textos resultantes das transcrições foram submetidos a uma análise do discurso segundo categorias por nós estabelecidas a partir da fala das próprias entrevistadas e do material teórico que norteou essa pesquisa (ROCHA-COUTINHO, 1998, 2004, 2006).

As categorias de análise estabelecidas foram as seguintes: Escolha Profissional; Significado e Valorização da Prática Médica; Conciliação Vida Familiar, Exercício Profissional e Maternidade; e Satisfação e Desafios de Ser Médica: Transformando Limites em Possibilidades.

Como já foi dito, a perspectiva básica utilizada para a análise dos dados foi a análise do discurso, que acredita que costumes, modos de ser e de fazer são construídos socialmente, constituindo identidades e subjetividades que vão estar presentes na fala das entrevistadas. Visto desse modo, a linguagem está intimamente relacionada a questões e processos sociais e psicológicos amplos e complexos. Para isso, foram selecionados trechos, ao longo de toda entrevista, em que as médicas faziam referência, direta ou indireta, a cada uma das categorias de análise, buscando-se observar o que diziam a esse respeito. E aqui cabe observar que, para a análise de discurso, não importa se as afirmações feitas pelas entrevistadas são verdadeiras ou não, uma vez que o que se busca é a ideologia que elas querem passar, a maneira como gostariam de ser vistas e que está de acordo com o que é socialmente esperado delas. Isto se dá porque, para a análise de discurso, a linguagem reflete e reforça ideologias e é um importante instrumento de poder e de manutenção do *status quo*. E são essas ideologias, presentes no discurso social e, assim, no discurso das entrevistadas, que estamos buscando (FAIRCLOUGH, 2001; PINTO, 1999; ROCHA COUTINHO, 1998, 2006).

Como apontam Berger e Berger (1994), “a linguagem é a instituição fundamental da sociedade, além de ser a primeira instituição inserida na biografia do indivíduo”, concluindo que, “é por meio da linguagem que a criança começa a tomar conhecimento de um vasto mundo situado lá fora, um mundo que lhe é transmitido pelos adultos que a cercam, mas vai muito além deles” (p. 163-164).

Nas palavras de Rocha-Coutinho (1998), “a linguagem é constitutiva da própria realidade, ela reflete, reforça e constitui diferentes tipos de discursos e modos de organizar e interpretar a realidade. Os falantes inscrevem em suas falas, suas ideologias e interesses” (p. 324).

Com isso, a autora ressalta que os analistas do discurso devem estar sempre alertas de que estão trabalhando com representações sociais e que os significados são construídos em um processo interacional. Assim, deve-se sempre levar em conta que “as histórias resultantes da coleta de dados são sempre contadas por alguém, para outro alguém” (ROCHA-COUTINHO, 1998, p. 330).

Como também aponta Pinto (1999), “definir os discursos como práticas sociais implica que a linguagem verbal e as outras semióticas com que se constroem os textos são parte integrantes do contexto sócio histórico” (p. 34).

Assim, o presente estudo tem como finalidade problematizar aquilo que parece natural e familiar, na tentativa de revelar formas de ser e agir, relações de poder, formas de dominação e resistência, entre outras questões, que vão estar, de algum modo, presentes nos discursos das entrevistadas (FAIRCLOUGH, 2001; PINTO, 1999; ROCHA COUTINHO, 1998).

Esperamos, com este estudo, estar contribuindo para a discussão das manifestações do feminino na sociedade atual, de forma mais ampla, e para uma melhor compreensão de como as mulheres atuais, no caso as médicas, estão vivenciando e se adaptando à cultura na qual estão inseridas, em que têm que conciliar família, trabalho e carreira em uma profissão ainda dominada por homens.

3.2 GRUPO ESTUDADO

As participantes do estudo foram dez mulheres médicas brasileiras, entre 30 e 50 anos, residentes na cidade do Rio de Janeiro, pertencentes à classe média, bem-sucedidas profissionalmente, que atuam em hospitais, consultórios, faculdades, unidades médicas conveniadas - públicas ou privadas - e exercem a profissão há mais de dez anos. Elas eram casadas, divorciadas, solteiras ou mantinham união estável e a maioria delas tinha filhos. Para identificar os profissionais bem sucedidos na profissão que iriam compor o grupo, ‘informantes chaves’ foram consultados (PATTON, 1990).

Optou-se por entrevistar médicas que atuam em diferentes especialidades, agrupadas em: as primeiras cinco especialidades que reúnem o maior número de profissionais registradas no CFM (2012) (Medicina do Trabalho, com 1.168 médicas; Pediatria, com 1.115; Ginecologia e Obstetrícia, com 740; Clínica Médica, com 548

profissionais e Dermatologia, com 487 médicas) e, na outra ponta, as cinco especialidades que reúnem o menor número de profissionais registradas no CFM (2012), mas que contém, pelo menos, 160 profissionais, ou seja, 1% da população médica em atividade no Estado do Rio de Janeiro, (Gastroenterologia, com 160 médicas; Anestesiologia, com 164; Cardiologia, com 182 profissionais; Cirurgia Geral, com 195; e Psiquiatria, com 220 profissionais).

Inicialmente, a proposta de trabalho era entrevistar somente médicas casadas e com filhos. Porém, devido à dificuldade de encontrar mulheres que se encaixassem no perfil, o estado civil das participantes não foi considerado em nossa escolha, o que permitiu a possibilidade da análise de questões relacionadas à opção de não ter filhos.

O contato com as participantes se deu através da indicação de amigos e colegas de profissão. Os nomes das participantes foram alterados para preservar a identidade das entrevistadas, assim como outros dados que pudessem facilitar sua identificação. As entrevistas duraram um tempo médio de 30 minutos e seguiram todos os procedimentos éticos exigidos de um estudo em Psicologia.

A seguir algumas particularidades das entrevistadas:

L: 48 anos, casada, um filho, médica do trabalho, atua no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) e na Petrobrás e é professora da faculdade de Medicina da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO);

M: 47 anos, casada, um filho, médica pediatra do HUGG, professora da faculdade de Medicina da UNIRIO e trabalha em consultório;

S: 38 anos, divorciada, dois filhos, médica em clínica médica do HUGG, professora da faculdade de Medicina da UNIRIO e trabalha em consultório;

T: 39 anos, casada, um filho (1º casamento), médica dermatologista e trabalha em consultório;

A: 41 anos, casada, dois filhos, médica ginecologista e obstetra do HUGG, professora da faculdade de Medicina da UNIRIO e trabalha em consultório;

C: 33 anos, separada, um filho, médica anestesista do HUGG e do Hospital da Ordem Terceira da Penitência;

Y: 37 anos, casada, dois filhos, médica gastroenterologista do HUGG;

P: 39 anos, casada, dois filhos, médica cardiologista do HUGG e professora da faculdade de Medicina da UNIRIO;

CL: 46 anos, solteira, sem filhos, médica cirurgiã geral do Hospital Central da Polícia Militar, médica cirurgiã e médica do trabalho do HUGG;

J: 37 anos, casada, sem filhos, médica psiquiatra, trabalha em consultório, e é gerente médica de uma multinacional dinamarquesa.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

3.3.1 Escolha profissional

Nesta categoria foram analisadas questões referentes às principais razões que levaram as mulheres entrevistadas a estudar Medicina, se sofreram influência de familiares, amigos e/ou outras pessoas, e como reagiram a essas influências. Além disso, procurou-se entender os motivos que levaram as mulheres a escolher sua especialidade, quais as consequências dessa opção, e se a escolha é vista como positiva ou negativa. Procurou-se, também, entender se durante a formação acadêmica foram estimuladas ou desestimuladas, por serem mulheres, a escolher alguma especialidade em especial, e se acreditam que suas vidas seriam diferentes se tivessem optado por outra área. Analisou-se, ainda, se acreditam que médicos e médicas sofrem influências de ordem cultural, social e/ou psíquica na escolha da especialidade e, em caso positivo, que especialidades consideram masculinas e femininas. Por essa razão, esta categoria foi dividida em quatro subcategorias: Escolha Profissional e Influências Familiares; Escolha da Especialidade: Dúvidas, Conflitos e Influências Sociais; Satisfações e Insatisfações com a Especialidade Escolhida; e Gênero e Especialidade Médica.

A. Escolha profissional e influências familiares

Quando perguntadas sobre o que as levou a estudar Medicina e se sofreram influência de pessoas do núcleo familiar - ou seja, pais e irmãos-, de membros da família extensa – como primos, tios e sobrinhos – e/ou de pessoas do seu convívio social na escolha da profissão, quatro entrevistadas apontaram o pai ou a mãe como as pessoas que mais influenciaram sua escolha profissional. Nas falas de **M** (47

anos, casada, com filho) e **T** (39 anos, casada, com filho) pode-se perceber que, no convívio com seus genitores médicos, a vocação precoce pela Medicina foi despertada desde cedo pelos sentimentos de admiração, dedicação e sucesso profissional destes no exercício profissional, como se pode observar nas falas a seguir:

Influência de família, meu pai é médico pediatra e eu cresci vendo essa realidade, algo que eu já encantei desde cedo (...) nem a pediatra eu ia, eu era consultada dentro de casa não tive contato com outro médico a não ser meu pai, mesmo (**M**).

Olha, minha mãe era médica e eu acho que ela foi o maior exemplo de profissional assim, bem sucedida que eu tive na vida e, fui fazer Medicina minha, minha motivação inicial foi, eu acho, que foi ela. Então como eu já falei a influência foi dela (...) mas o mais importante não que ela quisesse que eu fizesse Medicina, mas ela era assim, um exemplo. Eu admirava o jeito que ela era (...) uma excelente obstetra numa cidade do interior. Então, dedicadíssima então eu acho que foi assim, o modelo e eu muito novinha na hora de escolher escolhi dessa maneira e sou feliz com a minha escolha (**T**).

A entrevistada **J** (37 anos, casada, sem filho), ao falar sobre os motivos que a levaram a escolher a Medicina como profissão, apontou que esse interesse pode estar relacionado a um desejo de realizar as expectativas de sua mãe, apesar de assinalar que tinha também outras áreas de interesse além da Medicina, como se pode observar na fala a seguir:

Minha área predileta foi biologia e aí, (...) pensei na opção Medicina, depois do segundo grau. Tinha duas ideias em mente: uma que era cirurgia né, assim, pela habilidade manual e o interesse pela biologia e a outra era (...) de trabalhar com Medicina sanitária. Eu achava que eu poderia ensinar as pessoas assim, a ter hábitos, de higiene, a ter uma horta no fundo de casa com fitoterápicos, de alguma forma pudesse tratar, enfim, a evitar doenças e tudo mais (risos). Eu tinha essa inclinação a fazer Medicina que também, era um desejo da minha mãe (...) ela queria que eu trabalhasse como cientista (...) ela tinha uma visão de médico para trabalhar com pesquisa (...) era essa a visão que tinha. O meu pai é engenheiro, minha mãe é psicóloga e eu sou filha única. Eu já tinha decidido fazer Medicina, já estava tudo certo e tal e aí a minha escola (...) fez uma visita ao Instituto Nacional de Pesquisas Aeroespaciais e aí, eu conheci um cara que era (...) oceanógrafo uma das pessoas que fez a apresentação (...) linda de um trabalho que ele fez na Antártica, um mapeamento de solo. (...) eu adorava fotografia sempre gostei e gosto até hoje. Ele mostrou umas fotos lindas de um lugar que ele ficou isolado, umas geleiras lindas, uns pinguins. Ao chegar em casa eu falei: vou

ser oceanógrafa (...). Cheguei e falei: olha acho que essa história de Medicina não é minha eu vou ser oceanógrafa e aí foi que aconteceu uma coisa muito engraçada, porque os meus pais que sempre me deram toda liberdade de escolha e me mostraram opções (...) reagiram. A minha mãe, teve uma reação assim exacerbada, deu um tapa na mesa e falou: não! Em hipótese alguma você vai ser oceanógrafa. (...) eu fiquei meio assustada com aquilo. (...) enfim, depois meu pai veio e conversou comigo e disse: sua mãe ficou assim, porque ela tem expectativas dela e tal. Se for isso que você quer fazer, vai fazer, mas vamos ver como é que é. Aí eu fui ver e vi que tinha muita matemática envolvida, muita física né, e que não são áreas que eu tenha interesse. Então, eu me ative e continuei atenta ao meu desejo de fazer Medicina como uma opção (J).

Para L (48 anos, casada, com filho), as razões que a levaram a escolher a Medicina como profissão estão relacionadas a uma necessidade de ajudar as pessoas e, em parte, querer compensar sua mãe pelas dificuldades financeiras que a haviam impedido de fazer um curso universitário, como se pode observar no trecho da fala a seguir:

Querer ajudar as pessoas. Basicamente isso. Um pouco, a minha mãe ela sempre quis ter um curso universitário e não tinha na ocasião recursos financeiros para isso. Ela incentivou todas as quatro filhas a estudarem muito (L).

Três entrevistadas, no entanto, tinham clareza acerca dos motivos que as levaram a escolher a Medicina como profissão. Para elas, essa decisão não se deve à influência de familiares, mas à convivência com chefes médicos, como é o caso de Y (37 anos, casada, com filho), que tinha contato frequente com o professor de biologia, atuante na Medicina, como é o caso de C (33 anos, separada, com filho), pela admiração por sua vizinha e médica, bem como ao interesse pela biologia e por desenvolver ações no campo social, como é o caso de S (38 anos, divorciada, com filho):

Na verdade foi, quando eu fiz um 2º grau técnico com uma área de atuação em biotecnologia, na Escola Técnica Federal de Química. Quando eu fui fazer o estágio técnico, eu fui trabalhar com dois médicos, dois chefes de laboratório (...). Eu trabalhava com laboratório de pesquisa na área de imunologia. Eu pensei em fazer farmácia, mas por influência dos meus dois chefes, fui tendendo a fazer Medicina e eles, fizeram questão. Pra isso, a minha chefe de laboratório pagou minha inscrição no vestibular. E eu acabei fazendo opção por, por, por Medicina mesmo. Não tenho médicos na família e

meu pai muito pelo contrário, meu pai e minha mãe insistiram que eu fizesse uma escola técnica. Na época meu pai não tinha muita condição financeira então ele achava que eu tinha que ter um segundo grau, uma formação profissional para que eu pudesse já entrar no mercado de trabalho e depois fazer a faculdade (**Y**).

Bom é, eu escolhi minha profissão muito cedo eu tinha uns 15, 15 anos (...). Quando fiz vestibular é, o que me levou a fazer Medicina foi basicamente o desafio do vestibular e um professor de biologia que era médico e, ele falava algumas coisas interessantes e me interessei pelo assunto porque, eu não tinha nenhum contato com área médica. Não tenho nenhum médico na família. (...) minha mãe achava até, que eu não devia fazer Medicina, pois achava que médicos são pessoas muito frias (sorriu) de lidar com doenças, sangue e outras coisas mais. E eu pensava: posso não lidar com sangue, mas posso trabalhar na área de pesquisa. (...) na verdade foi uma aposta que deu certo, e já falei do professor Ernesto, (sorriu) (**C**).

(tosse) Quando eu decidi a fazer Medicina, eu tive um dilema assim, porque ao mesmo tempo em que eu gostava muito das matérias, o que mais me interessava era relacionado à biologia e eu gostava muito dessa parte. Cheguei até pensar em fazer biologia mais, eu tinha uma coisa muito forte assim, de trabalhar com gente então, eu já pensei em outras especialidades relacionadas ao trato humano mesmo. Eu tinha uma coisa meio altruísta assim de ajudar, uma coisa que já pensei em alguns momentos em fazer, alguma coisa na área do social (...) essa era uma motivação que eu tinha, acho que por aí, que me levou a fazer a Medicina. Eu tenho outro lado, que gosto de pintar, desenhar então, na época isso que me deu certa dificuldade na hora da escolha, que tinha esse lado criativo, esse lado digamos artístico então, tinha muita vontade de fazer também. Cheguei cursar, a fazer faculdade de programação visual, comunicação visual, belas artes (...) mas a Medicina foi uma coisa que me pegou assim, muito forte e fiz essa escolha (tosse). (...) na minha família tem alguns médicos, mas não são médicos tão próximos assim: meu tio avó. Eu sinto que ninguém fez pressão para que eu seguisse a carreira médica. (...) teve pessoas que me influenciaram positivamente então, por exemplo, tem uma (...) pessoa que eu gosto muito que é Marilena Rosane, ela é, coordenadora da Medicina lá da UERJ, ela era minha vizinha de prédio e também minha médica quando adolescente. Então, talvez ela tenha me influenciado na escolha da especialidade, pois é uma pessoa que eu tinha admiração muito grande. A Medicina mesmo foi uma coisa que veio de mim e até hoje eu me pergunto por que fiz essa escolha (risos, tosse) (**S**).

As entrevistadas que mostraram satisfação e segurança em sua decisão pela Medicina como a profissão por elas desejada, enfatizaram em seus discursos não ter sofrido influência por parte de nenhum parente ou profissional da área, como é o caso de **A** (41 anos, casada, com filho) e **CL** (46 anos, solteira, sem filho), que afirmaram ter estudado Medicina por vocação, ou de **P** (39 anos, casada, com filho),

que optou pela Medicina em função da amplitude de conhecimentos que ela oferece e sua necessidade de conhecer bem o ser humano:

Na verdade, eu, quando eu resolvi fazer Medicina, eu não tinha uma escolha específica porque, aconteceu a Medicina na minha vida. A gente escolhe por vocação, a gente né, um dia você acorda e fala: eu vou ser médico. Eu não tenho médico na família, não tive nenhuma relação familiar com ninguém próximo que tivesse me encaminhado para esse rumo. Acho que era uma vocação minha, mas acho que as afinidades das matérias que eu gostava me direcionavam para isso, gostava de biologia, e aí, cada vez mais eu fui me entretendo com o assunto e aí, resolvi fazer Medicina. Isso foi uma consequência. Da minha família não, porque não tenho médico na família, quer dizer sou a primeira médica da minha família. É que trabalho em áreas completamente oposta, então não tinha ninguém da área de saúde que tivesse me influenciado. Assim tão pouco, eu não tenho (...) outra pessoa próxima que fosse médica e me direcionasse para isso. Foi uma escolha pessoal mesmo **(A)**.

Eu sempre quis. Desde criança eu sempre falei que queria ser médica. Não tem por que (sorri). Sempre quis. Não tive influência, não tem ninguém médico na família, quer dizer, é tem uma prima que é dermatologista e formada dois anos antes de mim e tem outra prima que formou há pouco tempo. Não tive influência não **(CL)**.

É, acredito que seja porque é uma das áreas que envolve, maior quantidade de conhecimento. Acho que tive a necessidade de conhecer bem o ser humano como nos sistemas **(P)**.

B. Escolha da especialidade: dúvidas, conflitos e influências sociais

Quando perguntadas como se deu a escolha de sua especialidade, se ficaram em dúvida com relação a outras especialidades e como tomaram a essa decisão, duas entrevistadas afirmaram ter tido dúvidas e conflitos psicológicos para escolher entre duas áreas de atuação profissional. **C** (33 anos, separada, com filho) apontou ter aberto mão de um ideal profissional em favor de aspectos socioeconômicos, melhores condições de trabalho e qualidade de vida proporcionados pela especialidade escolhida. **L** (48 anos, casada, com filho) afirmou que seu interesse por uma carreira pública a levou a optar por uma especialidade que tivesse mais facilidade de aprovação em concursos, ainda que esta especialidade não estivesse entre suas primeiras escolhas, como se pode observar nas falas a seguir:

A escolha da minha especialidade foi muito próxima de fazer a prova de residência. Na verdade eu mudei de especialidade, eu ia fazer pneumologia, área clínica, porque os clínicos são mais estudiosos. Eu era uma aluna, estudiosa na faculdade, e as minhas amigas todas iam fazer áreas clínicas. Eu ia fazer mais eu sempre gostei muito de procedimentos como punção de veia, entubar e muito perto de fazer a prova, os meus colegas de enfermagem, que estavam comigo, que iam fazer anestesia começaram a falar que a vida do anestesista é melhor, que o ganho era maior do que fazer uma cesárea. Ganhava não sei quanto (...), que sendo anestesista de três cesáreas de tarde, dava pra ir para praia de manhã. (...) eu percebi que tinha habilidade pra aquilo, gostava daquilo e que eu era boba em fazer clínica, pois ia me arrepiar, viver mal (sorriu), dar plantão. Ai eu decidi fazer anestesia mesmo, em cima da hora (**C**).

Eu primeiro, fiz pós-graduação em Dermatologia e não estava conseguindo assim, mercado de trabalho nem concurso público é, na área. Então, gostava na época da faculdade também, desta especialidade que é Medicina do Trabalho e gostava também de Medicina Social. Só que optei na ocasião, por Dermatologia e como eu não estava conseguindo um trabalho é, na área pública fazia concursos, vários concursos e não conseguia uma boa colocação porque o número de vagas é extremamente pequeno na parte de dermatologia. Ai eu decide fazer a especialidade que eu também gostava que era a Medicina do Trabalho (**L**).

Na fala de **P** (39 anos, casada, com filho) percebe-se, inicialmente, que a escolha de sua especialidade está intimamente articulada a uma questão de poder e prestígio do ofício. Entretanto, ao constatar o equívoco, mostrou-se decepcionada e dividida entre duas outras especialidades e, mesmo assim, decidiu pela primeira opção, conforme se pode observar no trecho da fala a seguir:

Já que eu queria saber, é, se o sistema responsável por todo o corpo era o coração. Naquela época, acreditava que a cardiologia fosse o centro do universo. Hoje, infelizmente acho que não é. E fiquei em dúvida entre endocrinologia, oncologia e acabei resolvendo pela cardiologia mesmo (**P**).

Duas outras entrevistadas, **CL** (46 anos, solteira, sem filho) e **A** (41 anos, casada, com filho), apontaram não ter tido dúvidas na escolha de suas especialidades, ou seja, se dedicaram à suas áreas de atuação antes mesmo de iniciar a faculdade e de frequentar a disciplina do curso, como se pode observar nas falas a seguir:

Na verdade eu, eu resolvi assim fazer Medicina porque eu queria ser cirurgiã, e não ao contrário. Quando eu entrei para faculdade eu já sabia, entrei determinada em ser cirurgiã. Aos quinze anos eu fiz um curso de instrumentação cirúrgica, e fiquei por três anos fazendo plantão no hospital Souza Aguiar, até entrar na faculdade. E foi ai que me apaixonei por cirurgia, eu fiz porque eu já tinha intenção de fazer Medicina e queria saber como era ser cirurgiã e ai me apaixonei. Quando eu entrei para faculdade eu entrei para fazer cirurgia e não para fazer Medicina. Já tinha isso na cabeça. (...) Mais ai depois, eu comecei a perceber que o cirurgião geral é um médico muito completo, ne?! Você tem que saber bastante um pouquinho de cada coisa você tem que saber um pouquinho de clinica, você tem que saber um pouquinho de anestesia, você resolve as coisas, há que são apresentadas eu gosto muito de emergência do raciocínio rápido de conseguir salvar a vida de uma pessoa, isso sempre me fascinou. Então eu, eu fui muito por ai, sabe assim de conseguir resolver, acho que as outras especialidades num, num, num dá um retorno tão imediato quanto você operar alguém conseguir fazer algum bem pras pessoas (**CL**).

A especialidade na Medicina, assim eu acho que hoje é até um pouco mais complicada, porque a gente tem hoje a subespecialidade e cada vez a Medicina subespecializa. É, mais pra mim, especificamente, quando a gente sai do curso básico, que é uma faculdade normal, e você vai pro hospital, que é na metade do curso, (...) passa a ter contato com paciente, com *anamnese*, com exame clinico e ai, agente vê o que é a Medicina na verdade sente a vocação que você esta se envolvendo e percebe o que isso vai modificar na sua vida. Foi justamente ao entrar aqui no hospital e por alguma razão eu, eu acabei vindo aqui na maternidade e me apaixonei com o ambiente da maternidade com berçário, com tudo isto e resolvi que eu iria ser obstetra na metade do curso de Medicina. E comecei a estudar a obstetrícia antes de fazer obstetrícia na faculdade. E foi uma escolha então assim. Nunca! Nunca fiquei em duvida, sempre quis fazer esta área (**A**).

Também **Y** (37 anos, casada, com filho), no início do curso, se sentiu atraída por sua especialidade e referiu-se à sua área de atuação com carinho, como se pode observar na fala abaixo:

Como todo mundo né eu fiquei bastante em dúvida, mas na verdade a área de Gastroenterologia, deste o primeiro ano da faculdade, me atraia. Eu sempre gostei muito das doenças do fígado e eu tive dois casos na família de doenças hepáticas. Então, na verdade a Gastroenterologia foi sempre por amor (...), por falta de oportunidade por incrível que pareça hoje, eu não estou trabalhando com doença do fígado, mas ainda (...) sou apaixonada (**Y**).

Já **T** (39 anos, casada, com filho) apontou que a área cirúrgica foi sua especialidade desejada. No entanto, após a morte de sua mãe, na tentativa de livrar-

se do sofrimento, a entrevistada abandonou sua vocação e optou por outra especialidade que considera mais “leve”, conforme se pode observar no trecho de fala a seguir:

Minha história profissional tem muito haver com a minha mãe. Por que eu na verdade, eu gostava muito de CTI e queria ser cirurgiã geral. Eu adorava cirurgia, mas quando eu estava no quarto ano da faculdade, justamente fazendo plantão no CTI, minha mãe morreu depois de quatro anos de câncer. Ela ficou muito doente e aí, depois que ela morreu já foi difícil voltar pro CTI e depois eu acabei optando por uma especialidade que fosse ser mais leve que não fosse lidar com tantas dores e sofrimentos. Aí, fiz escolha pela dermatologia (**T**).

A entrevistada **M** (47 anos, casada, com filho) demonstrou em seu discurso ter plena certeza da especialidade escolhida. Entretanto, deixa transparecer um certo desconforto pela possibilidade de ter sido influenciada nesta escolha da área de atuação por seu pai e seu esposo, conforme se pode observar no trecho de fala a seguir:

A escolha da minha especialidade foi, primeiramente, por não querer cuidar de adulto. (...) eu queria não ter escolhido por influência tinha muito medo de esta escolhendo a Pediatria por influência do meu pai e estar (...) fazendo uma escolha errada. E quando comecei a estagiar eu não me adaptava com atendimento de adulto, eu não gostava de sala de mulheres, sala de homens, dos atendimentos de emergências. E quando comecei a namorar o meu esposo, ele na verdade escolheu ser pediatra, ele foi assim, a pessoa fundamental para eu ter certeza que não estava escolhendo a pediatria por influência do meu pai. Então, eu consegui ter esta clareza (...) e foi mais ou menos dois anos antes de eu me formar. (...) depois que encontrei atendimento de criança ficou muito claro não podia ser outra coisa que não fosse pediatria (**M**).

Para **J** (37 anos, casada, sem filho), a escolha da especialidade foi um processo que levou certo período de tempo, e a decisão implicou na conscientização da necessidade de coletar informações, identificar opções e então entrar em ação para fazer a escolha desejada, como se pode observar no trecho de fala a seguir:

A faculdade de Medicina é um tranco, (...) um processo difícil, à exceção das pessoas, que (...) têm uma influência familiar (...) tem um pai e uma mãe que trabalham com Medicina e (...) a pessoa entra na faculdade para (...) manter o negócio da família. Eu acho que (...) a maioria das pessoas entram em contato com muitas especialidades e passam por altos e baixos né, é um

tempo longo, são seis anos é um tempo de formação da sua estrutura psíquica né. Você está saindo de uma idade muito pueril e tá começando na vida adulta e você entra pra faculdade de Medicina muito cru sem nenhuma noção do que é a Medicina. De fato, (...) você tem dois anos de cadeiras básicas só no terceiro ano você entra em contato com o paciente né tão desejado, então assim, eu acho que passamos por muitas fases na faculdade de Medicina. Eu entrei na faculdade de Medicina querendo trabalhar como sanitaria e desencantei porque descobri que sanitaria era política. Aí voltei pro meu segundo foco que era cirurgia em função da habilidade manual. As duas especialidades cirúrgicas que eu pensei inicialmente foram: cirurgia pediátrica e cirurgia plástica. Comecei durante a faculdade fazer alguns (...) plantões e acompanhar algumas pessoas (...) e aí fui vendo que a realidade do cirurgião, o dia a dia do cirurgião era uma coisa muito chata pro meu referencial. Pra muitas pessoas é interessantíssimo né, assim de entrar no centro cirúrgico escuro, ainda muito cedo, e sair de lá muitas vezes já escuro. Não se vê a luz do dia, aquele relacionamento com as pessoas todas vestidas iguais, num ambiente onde você tem pouca interação social, onde muitas coisas são proibidas, (...) o contato com o paciente, na maior parte do tempo, anestesiado e não acordado. Enfim, aí eu percebi que eu era diferente das pessoas que estavam ali apesar de eu ter habilidade (...) fui sendo bem sucedida em minhas tentativas, nos meus pequenos estágios, pois ia sendo sempre convidada por algum outro professor. Entre uma cirurgia e outra, ficava lendo um livro e eu era meio que ridicularizada por (...) ler filosofia e as pessoas achavam aquilo tudo muito caricato. As conversas de centro cirúrgico são muito óbvias e básicas né, as pessoas falam sobre cuidado com o filho, quem transa com quem, quem pula o muro com quem. Enfim, são conversas que não eram o que eu queria (...). Aí, eu comecei a ver que apesar de gostar do ato cirúrgico em si aquela vida de cirurgião não era o que eu queria (J).

Pode-se observar no discurso de J (37 anos, casada, sem filho), que ela tentou explorar as diversas áreas de atuação antes de fazer sua opção. A escolha pela psiquiatria parece ser resultado de uma intensa busca pessoal da entrevistada. A especialidade escolhida é vista por ela como algo interessante por trabalhar com o cérebro humano, órgão, segundo ela, acima de todos os demais. Apesar disso, esta é considerada, segundo ela, “uma especialidade de excluídos,... algo assim de pessoas não médicas”, como se pode observar na fala abaixo:

E aí eu entrei numa fase complicada porque eu pensei: bem e agora né, eu tô chegando perto do final da faculdade de Medicina e num sei o que eu quero fazer (tosse). (...) no início da faculdade de Medicina eu fui monitora de anatomia, fui monitora de psicofarmacologia (...), pois gostava muito da questão de medicamentos (...) aí eu fui ao livreiro da faculdade, que ficava no andar térreo, e comecei a olhar os livros recém-publicados e tinha uns livros de psiquiatria e uns livros de psicofarmacologia né, que é uma das grandes áreas da psiquiatria e da Medicina. Então, eu escolhi fazer psiquiatria e pra

you ter uma ideia, na minha turma eu fui à única que fiz psiquiatria. Era uma especialidade que usualmente quem fazia, não queria nada com a faculdade de Medicina. Era meio uma especialidade de excluídos, era algo assim de pessoas não médicas. Até hoje, eu escuto muito isso, aqui no consultório. (...) as pessoas chegam e dizem que você não tem cara de psiquiatra. Eu perguntei pro paciente: como que é a cara do psiquiatra? Veio o estereótipo: se for um homem estará com barba por fazer, um rabo de cavalo. Se for uma mulher será uma pessoa mais alternativa. Enfim (...) eu acho que essa foi a realidade da psiquiatria até um determinado ponto, mas a psiquiatria mudou muito né, ela é hoje em dia uma especialidade médica com muito substrato orgânico assim, muita área de conhecimento interessantíssima e se há algum órgão nobre acima dos demais do nosso organismo, sem dúvida alguma é o cérebro. Assim, Hipócrates está certíssimo (...) é dele que vem tudo. Meu marido ele é psiquiatra também, ele fala que o resto existe a trabalho do cérebro (J).

S (38 anos, divorciada, com filho), já desde o início, demonstrou um grande interesse pela clínica médica, especificamente por Medicina de adolescentes, embora tenha demonstrado interesse por reumatologia e feito uma especialização na área. Uma gestação problemática, contudo, fez com que retornasse à clínica médica, apesar de continuar interessada em se aperfeiçoar em várias áreas, uma vez que a clínica médica é muito ampla. Atualmente, ela está fazendo um mestrado em neurologia, área pela qual também tem interesse e onde pretende desenvolver um trabalho de esclerose múltipla em adolescentes:

Eu fiz faculdade na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), eu fiquei envolvida com o serviço de Medicina de adolescente desde o início da faculdade. Então, no primeiro ano, eu tinha bolsa de extensão a gente fazia um atendimento é, de atenção primária. A gente subia o morro dos macacos, entrevistava as famílias e tinha um ambulatório avançado dentro do morro, então era coisa muito legal. E eu fui seguindo todos os períodos da minha faculdade dava um jeito e estava ali ligada. (...) Na verdade eu fiz especialização e residência dentro da clínica médica, especificamente em Medicina de adolescentes, foi uma experiência muito boa, mas na prática, hoje em dia, trabalho muito mais com adultos do que com adolescentes. Agora eu (...) atualmente acabei trabalhando mais com a parte de clínica médica. (...) eu cheguei quase a fazer especialização em reumatologia que foi ao final da minha residência de adolescentes. Eu gostava muito dessa parte de reumatologia e eu queria fazer reumato mais ligada na parte de adolescentes. Eu cheguei a inscrever-me no curso preparatório. (...) Nessa fase, eu já era casada e um ano depois que eu acabei minha residência, eu engravidei do primeiro filho, e aí nessa, fase tive uma gravidez meio complicada, e tive que ficar três meses de repouso. Tive que parar o trabalho nesse período. Sai da residência e fui contratada, era contrato provisório, mais (...) aí eu tive que interromper isso por conta da gestação (...) e aí

naquele momento de vida eu pensei: puxa eu de novo começando uma nova residência, assim achei, achei que tinha passado esse momento pra mim, porque residência é momento que você está ali, um estudo em que você volta a ser estudante o dia inteiro. (...) Então você trabalha e tenta conciliar o estudo. Eu achei que estava num momento de vida que era pra eu dar outros passos e não recomeçar uma nova residência e foi por isso que deixei de mão, mas não virou uma frustração. Eu gosto do que faço mais eu tenho vontade de me aperfeiçoar em várias áreas porque clinica médica é uma coisa muito ampla né, então eu sinto falta de ter uma especialidade. Eu estou fazendo mestrado agora em, neurologia e devo fazer um trabalho de esclerose múltipla em adolescentes então, é enfim, estou fazendo esse mestrado na área que também me interessa é, na verdade eu gosto de todas as áreas então, talvez por isso tenha tido dificuldade de escolher minha especialidade, pois eu gosto do que eu faço (**S**).

Quando perguntadas se percebem alguma influência de caráter cultural, social e/ou psíquica na escolha da especialidade, por parte de médicos e médicas, **A** (41 anos, casada, com filho), **CL** (46 anos, solteira, sem filho), **J** (37 anos, casada, sem filho), **S** (38 anos, divorciada, com filho) e **T** (39 anos, casada, com filho) apontaram que são muitos os fatores que influenciam, com peso e composição diferentes na história individual de médicos de ambos os sexos. No entanto, para elas, esses fatores estão em permanente interação e é exatamente esta combinação entre eles que caracteriza o quadro geral da escolha da especialidade. Por isso, para as entrevistadas, as habilidades, aptidões, interesses e dons, ou seja, a vocação constitui o fator psíquico. Além disso, elas assinalaram que os aspectos culturais, como a história de vida, os hábitos, a origem geográfica e familiar, são fortes influenciadores no processo decisório de escolha da especialidade. Por fim, as entrevistadas ressaltaram que, nos últimos tempos, todos querem trabalhar em especialidades que tenham importância social e que sejam bem remuneradas. Aquelas que requerem uso de equipamentos de alta tecnologia, inclusive, tornam-se alvo da escolha do/a profissional, como se pode observar nas falas a seguir:

Acho que sim, assim, hoje em dia, é existe uma tendência é de uma escolha de especialidade por conta da facilidade de diagnóstico por imagens, por exame, então hoje as pessoas tende a escolher muito por conta disso. É, existe uma questão hoje da preocupação com a beleza, então né uma lado de médico acaba vinculando mais a parte estética e quando caminha para dermatologia vai fazer cosmiatria então deixa de fazer uma área eminentemente medica para cuidar da parte estética especifica. Ai nesse lado, o cultural e social influenciam para esta escolha. Mais existem pessoas, que vão fazer escolhas inerentes a essa influencia (...) sabe por que? Por

alguma característica pessoal, elas são voltadas para fazer aquele tipo de especialidade e aí, depende do meio né! (A).

Eu acho que tem sim. Hoje em dia, principalmente, eu acho que na Medicina as pessoas mais jovens é desviaram o foco do ser médico. Hoje em dia, você conversa com acadêmico, com internos de Medicina que estão muito preocupados é, em qual a especialidade vou me dar melhor? Qual especialidade que vou ganhar mais dinheiro? (...) eu acho que toda especialidade tem a ver com o social, cultural e psíquico, né! (...) as pessoas estão muito preocupadas com o status, antigamente o médico tinha status né, hoje em dia a gente tá muito mau visto aqui no Brasil, o médico perdeu totalmente o glamour, né. Agora, você tá no pronto socorro você pode até ser agredido por um paciente, porque não te respeita em nada. Médico virou meio vilão, então, eu sinto que a pessoa mais jovem num tá a fim de passar por isso então, meio que corre na especialidade do conforto sabe?! Do pronto socorro, pensa em fazer especialidade em estética, pois dá dinheiro entendeu? Acho que tem influência sim (CL).

Com certeza. Eu acho que nos três aspectos, né, culturais, sociais e psíquicos, né. Se a pessoa, por exemplo, não gosta de sangue, né, e aí vendo questões até individuais e específicas a gente sabe que ela não pode ser um cirurgião. Se a pessoa tem dificuldade de relacionamento interpessoal e é (...) de perfil mais tímido (...) ela não pode fazer uma especialidade que ela tenha que interagir com o paciente, não é que ela não possa, mas não se adaptará tão bem então, muitas vezes essa pessoa vai fazer uma radiologia ou trabalhar com uma pesquisa básica, né, assim lidar com cobaias. Enfim, se uma pessoa gosta muito de (...) holofotes (...) de meios sociais e culturais essa pessoa (...) pode vai fazer uma cirurgia plástica ou a dermatologia estética que é uma forma de estar nesse *metiê*, nesse ambiente. Eu acho que existe sim, uma influência em todos os aspectos é é é cultural e social também. Até em função do que essa pessoa traz de bagagem da própria família, né, você vê pessoa de famílias que tem ascendentes de outras nacionalidades mas que já tão no Brasil há algum tempo é é e a gente viu isso na faculdade da gente assim, né. (...) em determinadas culturas algumas especialidades médicas são mais bem vistas do que outras, né, (...) eu acho também que (...) pessoas de níveis socioeconômicos muito baixos, geralmente o sucesso independe da especialidade que essa pessoa quer (...) enfim, mas com qualidade técnica e cultural, né ele é o doutor. Já as pessoas de um nível socioeconômico não muito alto (...) mas com um nível cultural diferenciado, isso já cria uma expectativa com relação à especialidade médica, diferente da pessoa que tem um outro estofo cultural porque ela sabe a diferença de um médico que atende em um ambulatório em Santa Cruz ou é médico do trabalho (...) que trabalha com, enfim, com pesquisa, num super centro, numa atividade assim, bastante interessante e diferenciada mesmo, né (J).

É... deixa eu entender de novo a pergunta, influência de caráter cultural, social e/ou psíquico. É eu acho que sim, acho que sim tem médicos, (...) escolhe a Medicina por uma, por uma, por um motivo então, assim é... eu acho que são coisas bem diferentes da parte cultural deixa eu pensar, é,

talvez, assim influência do meio. Cultural eu nem sei como influenciaria nessa escolha, e... talvez a vivência né, (...) de nível socioeconômico não sei como isso interferiria. Social talvez assim é é deixo eu pensar (tosse) no meu caso eu não, eu não percebo muito, eu não tenho muito isso. Psíquico com certeza, (...) com certeza eu vejo, eu tenho essa percepção acho que há um perfil de personalidade que leva as pessoas em especialidades diferentes então, por exemplo, um indivíduo que escolhe fazer radiologia muitas vezes é uma pessoa que não tem um bom, um bom trato direto com paciente, CTI, por exemplo, os intensivistas às vezes, as pessoas que fazem terapia intensiva, eu já fiz terapia intensiva, mas fazia como uma complementação mas não era, realmente a minha, a minha, o meu forte, no sentido que eu mais gostava, porque eu gosto muito da interação com o paciente tem muita gente que que é que lida com, com terapia intensiva de forma passa muito pelo intelectual, então faz as contas, faz os cálculos, é quase uma mecânica ali, mas a interação com o paciente nem sempre se dava, tem paciente muitas vezes que são sedados então, eu acho que tem um perfil (...) específico pra esse tipo de especialidade. Pra mim, a especialidade de clínica médica tem que ter um perfil diferente, tem que ser uma pessoa que gosta de ouvir, uma pessoa que gosta de conversa, é... a influência assim social acho que tem mais a ver com, com, talvez até com ambições assim, né, por exemplo, é... cardiologia. Tem algumas especialidades como a cirurgia, que tem um lado às vezes, (...) é... idealista (...) e tem a ambição, ambição de ser uma pessoa é... financeiramente bem sucedida, socialmente bem sucedida. Não sei se respondi sua pergunta (**S**).

Eu acho, que todas as escolhas na vida da gente elas tem, né, alguma motivação cultural social ou psíquica, né! Por exemplo, no meu caso teve uma importância psíquica muito grande na escolha da minha especialidade pois eu queria fazer coisas bem mais agressivas (...) como a cirurgia e CTI, e acabei fazendo uma especialidade mais tranquila, né, por conta do que eu vivi e da minha experiência pessoal, um drama pessoal e tudo. Hoje sou feliz com que eu faço então, eu acredito que tem sim (**T**).

É interessante observar que **C** (33 anos, separada, com filho) e **M** (47 anos, casada, com filho) priorizaram os aspectos psíquicos e culturais na escolha da especialidade médica, conforme se pode observar nas falas a seguir:

A fala de **C** (33 anos, separada, com filho) deixa transparecer que é o cirurgião quem melhor incorpora o papel de salvador, pois corresponde à fantasia divinizada de tirar a doença e, assim, adota condutas altamente egocêntricas. Por outro lado, o anestesista é desprovido de vaidade e visto com distância pelos pacientes, conforme se pode observar na fala a seguir:

Com certeza, com certeza, é posso lhe dizer que as anestesistas (...) normalmente são mulheres agitadas e os homens mais calmos e introspectivos. Interessante isso, eu tenho algumas amigas, e a maioria delas

são mulheres agitadas que fazem, (...) múltiplas funções. Os homens são mais estudiosos mais quietos, mais retraídos. Anestesiastas são pessoas que gostam muito de viajar e falando da minha área, eu observo que gostam muito de liberdade talvez, porque ficamos muito tempo sozinhos e temos a flexibilidade aérea grande entendeu? São pessoas que gostam muito de viver, aproveitar a vida e não são bitoladas. Cirurgiões são pessoas mais autoritárias, pessoas com uma vaidade muito grande, um ego muito grande. Eu brinco que anestesiasta vaidoso tem que ser cirurgião. Entendeu que anestesia é uma especialidade de bastidores? A gente presta serviço e o sucesso do resultado é nosso também, claro que me sinto parte importantíssima, fundamental no sucesso, mas, o segredo do sucesso digamos assim, é do cirurgião. O paciente não reconhece isso de uma maneira geral, reconhece o cirurgião. Teve uma paciente, pra você ter uma ideia, que a gente fez um procedimento (...) pela traqueia e a paciente quase morreu na sala de cirurgia. O cirurgião ficou parado, sentado horrorizado não conseguia se mexer aí, eu resolvi todos os problemas. Passou uns 2 meses e a gente se encontrou com a doente no hospital e ela falou assim: muito obrigado Doutor! o Sr. salvou minha vida. Aí, ele disse: foi ela, e me apontou (gargalhadas). Chamou-me atenção, poxa, eu (...) sou realmente desprovida de vaidade. Anestesiasta vaidoso tem que fazer outra coisa. Não serve pra especialidade (C).

Como afirmou **M** (47 anos, casada, com filho), toda especialidade tem seu rol de pré-requisitos necessários, assinalando que, independente da especialidade escolhida, o profissional que desenvolve uma boa relação com seu público terá maiores chances de ter o seu trabalho aceito e reconhecido, como se pode observar na fala abaixo:

Olha eu não sei se eu entendi direito, mas eu vou responder e você me interpela se entendi direito. Por exemplo, eu acho que as pessoas, é..., mais sensíveis ou com mais dificuldades em trabalhar a afetividade e o sentimento, elas tem é mais afeição ou menor afeição pelo paciente e pelas especialidades que lidam diretamente com paciente. Ou então acabam optando por especialidade que lidam menos com paciente. Onde quero explicar que aquelas pessoas com muitas dificuldades no relacionamento ou que preferem estar longe do contato interpessoal eu vi, eu assisti isso na minha turma de faculdade é..., essas pessoas se destinaram para área onde você conversaria menos ou na área de exames complementares ou anestesiologia ou na patologia. Pessoas que praticamente não viam os pacientes. Aqueles que gostavam da relação interpessoal eram muito comunicativos, é lidavam muito bem com problemas alheios, ficaram muito voltados para a parte clínica, e aqueles muito motores foram direto pra área cirúrgica, mas isso foi uma coisa que observei na minha turma de escola, é na faculdade (**M**).

Não obstante, **L** (48 anos, casada, com filho) e **P** (39 anos, casada, com filho) veem o aspecto cultural como o principal fator de influência na escolha da especialidade. A fala de **L** ressaltou a importância da família, uma vez que é dela que vêm as principais pressões e os elementos para que o indivíduo se referencie quando escolhe sua especialidade, conforme se pode observar no trecho de sua fala a seguir:

Acredito que algumas colegas, é, médicas escolham determinadas especialidades, é, é devido à facilidade de poder ter uma família, ficar mais em contato com a família, é, dar mais atenção aos filhos, ao marido. E ter um tempo livre maior. (...) de repente, por exemplo, (...) um ginecologista, obstetra ou um pediatra, (...) dificilmente aconteceria essa dedicação (**L**).

No discurso de **P** pode-se perceber que o conhecimento é, sem dúvida, um dos fatores mais valorizados e ainda é considerado um requisito básico para todas as especialidades, independente do sexo. Para a entrevistada, as mulheres podem exercer qualquer especialidade, desde que tenham as competências necessárias para seu exercício.

No momento não, hoje eu vejo alunas escolhendo especialidades que antes eram estritamente masculinas, (...) hoje isso está se diluindo bastante. Antigamente isso poderia ter acontecido, mais até como cardiologista, é, venho observando que o número de mulheres na cardiologia aumentou maciçamente e era considerada uma especialidade masculina. Eu acho que pela própria presença da mulher no mercado de trabalho mostrando assim tão competente quanto os homens que antes estavam, é, dominando aquela especialidade (**P**).

Y (37 anos, casada, com filho) considera os aspectos culturais e sociais essenciais para a escolha da especialidade médica. No entanto, a entrevistada apontou que, agora, para sobreviver no mercado, a classe médica precisa vender sua força de trabalho, isto é, para se fazer doutor é preciso se esforçar, estudar sempre, trabalhar e lutar, pois, no capitalismo, tudo depende dele, e, assim, o aspecto econômico pesa bastante, como se pode observar na fala abaixo:

Talvez, cultural, social ou econômica. Eu acho, que o econômico que é o que pesa mais, hoje eu vejo que alunos da faculdade de Medicina tem uma forte influência é, é do mercado. Eu acho que seria hoje, eu não vi isso na minha

época, assim há 10 anos que estou formada, me formei em 1999, tem mais de 10 anos, né!. E as pessoas faziam as coisas por sonhos, ideais, eu percebi isso na minha turma, um ou outro fazia porque o pai tinha um consultório queria continuar a clínica do pai. Mas hoje, eu vejo que é a opção econômica que influencia se aquela área dá menos trabalho, se tem maior rentabilidade, que você pode se livrar dos convênios. As pessoas tão sim usando e levando isso em consideração, mas não foi o meu caso (Y).

C. Satisfações e insatisfações com a especialidade escolhida

Quando perguntadas se sua vida teria sido diferente se tivessem escolhido outra especialidade, as entrevistadas **P** (39 anos, casada, com filho), **L** (48 anos, casada, com filho), **CL** (46 anos, solteira, sem filho) e **S** (38 anos, divorciada, com filho) destacaram alguns fatores estressantes associados ao exercício profissional e que, possivelmente, podem precipitar a troca ou, até mesmo, o acúmulo de especialidades. Elas ressaltaram, ainda, que esses agentes podem interferir na qualidade de vida das médicas, trazendo sobrecarga horária, privação de sono, baixa remuneração, avanço tecnológico, acúmulo de especialidades, contato frequente com a dor e o sofrimento, lidar com a intimidade corporal e emocional, contato com a morte, lidar com pacientes difíceis e com as incertezas e limitações do conhecimento médico, como se pode observar nas falas a seguir:

Já pensei, mais recentemente, apenas por querer estudar outra especialidade. Sim, seria diferente, seria talvez mais tranquila. A cardiologia é uma especialidade que demanda, exige muito da presença do médico. Então, você fica conectado vinte e quatro horas por dia. Talvez se eu escolhesse uma especialidade mais entre aspa tranquila, e isso não aconteceria (**P**).

Não pensei em mudar, mas pensei em acrescentar outras: geriatria, homeopatia, básica em acupuntura. Acredito que não teria outras oportunidades assim, em campo de trabalho. Talvez em relação a horário de trabalho. Mas acredito que teria também que trabalhar em outro emprego. Porque aqui infelizmente, no nosso país, a saúde é mal remunerada (**L**).

Ah já! Já sim. Inclusive fiz um curso de pós-graduação em endoscopia digestiva e exerci durante uns dois a três anos, (...) embora eu gostasse muito e amo o centro cirúrgico, amo a cirurgia. A vida é muito, muito complicada a de cirurgiã. E eu achava que tendo uma 2ª opção em endoscopia, que eu poderia fazer endoscopia invasiva e também mexeria com alguma coisa da

parte cirúrgica e tal. Eu fiz o curso, exerci mais eu não consegui levar adiante, e acabei abandonando (**CL**).

É, eu já pensei em mudar (...) minha especialidade. Hoje, eu já pensei em fazer outras, pois sinto falta hoje em dia, como (...) tenho que estudar muito, (...) de especializar-me em alguma coisa. (...) não que eu tenha uma opinião diferente da minha área, mas eu tenho vontade e não saberia te dizer qual especialidade. Eu já pensei em reumatologia é, infectologia, mas todas as áreas que eu penso, na verdade, elas são áreas da geriatria. Já pensei em fazer um curso, uma especialização, mas como uma complementação (...), da minha atuação como clinica geral. De abandonar tudo e ficar em uma especialidade, isso não, penso não. Provavelmente (risos), a clínica médica o que eu sinto assim é, uma especialidade um pouco, complicada no sentido é, financeiro. Eu tenho aqui, meu salário, (...) que não é uma especialidade que eu vá é, decolar financeiramente (...) a menos que eu me proponha a ser uma médica que fique vendo muito pacientes internados. Faço acompanhamento dos internatos que hoje em dia, é uma boa. (...) Eu até tenho alguns pacientes, que eu visito em casa, mas aquela rotina mesmo de ficar vendo um paciente em cada hospital, várias vezes ao dia, eu não faço. Eu trabalhei oito anos no Quinta DOR, que é um hospital privado. Trabalhei mais cinco no Barra Dor então, fiquei muitos anos trabalhando na rede privada. Era rotina da clinica médica então, fazia parte de uma equipe que acompanhava os pacientes internados. Eu fazia isso, mas com horário puxado, trabalhava no final de semana, trabalhava no feriado. Então, de um ano pra cá, (...) eu comecei a ver que aquilo ali já não era uma qualidade de vida e que eu não queria manter por muito tempo. Então eu resolvi sair e agora eu só estou no serviço público e privado, só. Meu consultório, o que ainda não é uma coisa que eu tenho um movimento muito grande. Eu demorei muito a começar então, eu acho que se eu tivesse outra especialidade (...) estaria ganhando um salário melhor, ou talvez eu tivesse também, por outro lado, uma qualidade de vida pior. No momento, eu não posso reclamar da minha qualidade de vida, faço um plantão à noite que é um pouco cansativo, atualmente não trabalho final de semana, coisa de menos de um ano (...) e em alguns feriados não trabalho. Então, pra mim é um luxo (risos) que eu não tinha, há muitos anos (**S**).

Por outro lado, as entrevistadas **A** (41 anos, casada, com filho), **C** (33anos, separada, com filho), **T** (39 anos, casada, com filho), **M** (47 anos, casada, com filho), **Y** (37 anos, casada, com filho) e **J** (37 anos, casada, sem filho) não pensam em mudar de especialidade, e demonstraram um sentimento de orgulho, prazer e realização no exercício das áreas escolhidas, como se pode observar nas falas a seguir:

Talvez eu não fosse realizada, por exemplo, se eu tivesse que escolher uma profissão, uma especialidade dentro da Medicina que não tivesse contato com o paciente, né?! Se eu trabalhasse em laboratório, ou com patologia, por

exemplo, né?! Se eu tivesse uma vida um pouco mais técnica e sem emergência também. Então, eu escolhi uma (...) área cirúrgica que me requer agilidade e onde eu posso ser solicitada a qualquer hora do dia e da noite. Então, eu fico ligada no celular 24h, mas eu gosto de trabalhar desta forma. Sabe, eu consigo dividir as minhas múltiplas funções ao longo do dia trabalhando desse jeito e, então, se eu trabalhasse numa outra área que solicitasse menos, talvez eu não fosse tão bem realizada como eu sou hoje com meu trabalho (A).

Nunca pensei. Quando eu acabei a minha residência tinha decidido que era a única residência que eu faria na vida, eu adoro o que eu faço e acho que foi uma sorte enorme que dei na vida. Talvez uma das maiores, (...) a escolha da minha carreira, com 15 anos, que deu certo e a minha especialidade que mudei aos - 45 minutos - do segundo tempo praticamente no dia da inscrição. Foi o maior acerto. Se eu tivesse feito uma área clínica, com certeza eu não estaria com 50% de satisfação que eu tenho hoje em dia no que eu faço entendeu?! Eu gosto muito da minha vida profissional entendeu? E do resultado disso (C).

Não, eu não penso em mudar eu penso em agregar outras coisas na minha, minha prática diária. Mas não mudar, porque a minha especialidade é muito boa, tem muita doença, tem que estudar muito, muito diagnóstico diferencial que é o que eu gosto (T).

Não saberia cuidar de outra pessoa que não fosse a criança. Talvez (...) teria que ser alguma especialidade que fosse menos assistencial, para ela ser diferente do que ela é hoje. Ela só seria diferente se eu tivesse escolhido de fato outra carreira que (...) não fosse a criança e sim escolhesse adultos. Eu acredito que continuaria sendo professora, eu continuaria fazendo consultório, eu continuaria atendendo numa emergência ou numa UTI, porque esse é o meu tino, a minha queda de gosto pela Medicina (...) e por esta área então, acho que seria difícil. Acho que a única diferença seria se eu tivesse escolhido outra carreira (M).

Eu acho, que todo mundo passa por isso na hora que você esta cansada. Mas eu acho, que você respira fundo e vai, volta pra trás, não faria outra coisa. Não faria outra especialidade (Y).

Se a minha vida seria diferente, sem dúvida alguma, né?! Acho que cada especialidade médica demanda uma rotina porque assim, o exercício da sua profissão vai influenciar em diversas escolhas. O que você estuda influencia na sua escolha, no teu tipo de conhecimento então, não tem dúvida (...). Todo psiquiatra em última instância então, assim vê a vida através da profissão, sem dúvida alguma. Eu adoro o que eu faço e assim não me vejo trabalhando com outra coisa. No âmbito do espaço profissional assim, eu converso sobre psiquiatria na minha hora vaga. E o que eu leio é como eu vejo a vida, né?! Como eu disse a você, o cérebro é o órgão que coordena tudo no nosso corpo, né?! E que nos dá possibilidades pra viver ou mudar o jeito que a gente vive. (J).

D. Gênero e especialidade médica

Quando perguntadas se durante a formação acadêmica elas foram desestimuladas ou estimuladas a escolher alguma especialidade em especial, de forma geral, pelo fato de serem mulheres, as entrevistadas **L** (48 anos, casada, com filho), **P** (39 anos, casada, com filho), **A** (41 anos, casada, com filho), **T** (39 anos, casada, com filho), **M** (47 anos, casada, com filho) e **S** (38 anos, divorciada, com filho) afirmaram não ter sofrido nenhum tipo de interferência, discriminação ou mesmo ter sido desestimuladas a seguir uma determinada especialidade médica. Entretanto, os discursos de algumas entrevistadas evidenciam que elas não escaparam do mito da dominação masculina na forma como pensam sobre a divisão sexual do trabalho, inclusive dentro da Medicina, o que talvez seja reflexo da maneira como as entrevistadas foram socializadas, conforme se pode observar nas falas abaixo:

Que eu me lembre, não. Eu também não gostava das outras especialidades tipo Cirurgia Geral ou CTI. Não é minha área assim, de atuação mais atrativa (**L**).

Não! Eu particularmente nunca tive nenhuma restrição, quanto ao fato de ser mulher. Isso felizmente não aconteceu (**P**).

Não, nunca. Ainda hoje na Medicina existem algumas áreas que naturalmente elas são mais voltadas ou para público feminino ou para público masculino. Hoje isso é um grande preconceito, então assim, por exemplo: durante muito tempo convencionou que a Dermatologia era uma área feminina, e por isso, as mulheres buscavam mais. Óbvio que não é essa a verdade. Por outro lado, também áreas que exigiam mais força, como a ortopedia, estão vinculadas aos homens. Pra ginecologia durante muito tempo a gente sempre via muito ginecologista e obstetra do sexo masculino éh, mais é uma especialidade eminentemente feminina. Então, nada melhor que uma mulher para poder entender o universo feminino. A minha escolha acabou que casualmente (...) envolvida nesse universo feminino. Então, não teve nenhum tipo de preconceito (**A**).

Não, nunca. Sempre me senti super a vontade para fazer tudo que eu queria fazer e fiz. (...) operei bastante enquanto eu gostava, fiz CTI, fiz emergência, mas a minha opção mesmo foi por ter uma especialidade mais ambulatorial sem plantão. Foi por causa dessa questão familiar que aconteceu comigo (**T**).

No meu caso não. A pediatria de um modo geral, ela é muito vinculada com a afetividade, própria das mulheres então, eu não sinto (...), eu não tive esse tipo de sofrimento, não tive essa influência na escolha por conta disto. A

pediatria já é dita como uma especialidade de mulheres eu já peguei essa fase mais eu assisti algumas questões do tipo, cirurgia não é coisa pra mulher, ortopedia não é coisa pra mulher, plantões demais não são coisas para mulheres. Mas eu ainda acredito que mesmo na pediatria, tenha uma nuancezinha de preconceito, mas é numa outra questão não nesse momento da escolha da carreira, da especialidade (**M**).

Não, eu não sinto isso. Assim, também, eu nunca me interessei por alguma especialidade que seja é, que tenha (...) exclusividade, essa coisa, esse em torno de preconceito contra mulher. Porque eu acho que tem algumas especialidades, que são mais masculinas assim, né!? Quero dizer a ortopedia. Mas hoje em dia, tem muitas ortopedistas mulheres, mas como não me interessei por essas áreas então, eu não senti isso (**S**).

A especialidade médica escolhida por **C** (33 anos, separada, com filho) tem como característica um menor período de relacionamento médico-paciente, possibilitando que se tenha uma conduta altamente técnica e pragmática e não envolve plantões noturnos, algo difícil para uma mulher conciliar com suas outras atividades. Mesmo assim, ela afirmou que não foi desestimulada pela família a fazer outras escolhas, conforme se pode observar na fala a seguir:

Não fui desestimulada. São muitas mulheres a fazer dermatologia ou Medicina do trabalho. São áreas que não dão plantão, né? Existe um pouco de dificuldade, na vida da mulher para conciliar os plantões noturnos. (...) aqui em casa faço plantões noturnos subsequentes. (...) eu não faria dermatologia porque não combina comigo. Sou mais agitada, gosto mais de movimento e gosto de coisas imediatas. (...) a anestesia tem isso, eu injeto a droga e vejo a resposta imediata daquela medicação que eu faço, o paciente dorme na hora, eu desligo e ele acorda, então eu começo e termino meu trabalho ali. A diferença que na clínica, você manda tomar um comprimido diariamente e fica dependendo da pessoa tomar e voltar. Às vezes, você tem uma resposta daqui a meses e isso, eu não tenho paciência. Eu não me senti desestimulada não e, até porque, na minha casa só tem mulher. Eu tenho três irmãs, um pai coitado, e minha mãe e então, tenho uma filha. E então, antes da minha filha as mulheres lá em casa dominavam o mundo e não há limites para as mulheres da minha família (sorriu) (**C**).

Diferentemente das outras entrevistadas, **CL** (46 anos, solteira, sem filho), por ser mulher, ter biofísico magro e estatura baixa foi desestimulada pelos amigos e docentes a exercer a especialidade escolhida, a cirurgia, com exceção do professor titular Cirurgião-Chefe do serviço, que foi seu grande incentivador, conforme se pode observar na fala a seguir:

Olha, fui muito desestimulada na especialidade sim. Fui desestimulada por pessoas que fui encontrando durante o curso assim, de especialistas e tal. Sempre que eu falava em fazer cirurgia me, me, assim é, me desestimularam. Como estagiária os professores, médicos com quem às vezes, eu fazia plantão diziam: nossa você vai fazer cirurgia? Tá maluca? Até porque fisicamente sou baixinha, sempre fui magrinha, então sempre fui chamada pelo diminutivo do meu nome por todo mundo, entendeu? Então, isso tudo fazia as pessoas falarem que eu era doida de tentar fazer cirurgia. Formei-me na UNIRIO e tive um grande incentivador (...) que foi o Prof. Agostinho. Até hoje, ele é professor titular na enfermagem e ele foi meu mentor assim né. Eu, no 3º ano pedi para ele se eu poderia acompanhá-lo no ambulatório de cirurgia geral. Ainda nem tinha passado pela cadeira, pela disciplina de cirurgia. E aí, ele me acolheu e foi ele que me ensinou a dar ponto, que me ensinou as coisas básicas e assim, acabei fazendo internato com o professor. Ele (...) me incentivou muito a despeito de qualquer coisa, porque ele dizia que eu era muito esforçada e eu tinha muita vontade de ser cirurgiã. Então, ele sempre foi um incentivador assim, a toda prova, até hoje. A gente é amigo até hoje, mais assim, deve ter sido o único que me incentivou (CL).

No caso de Y (37 anos, casada, com filho), embora não diretamente, ela foi desestimulada a escolher algumas especialidades com base no seu sexo. Isto é, a entrevistada percebeu que homens e mulheres desempenham papéis culturalmente construídos e associados a posições vinculadas ao seu sexo biológico, o que pode afastar as mulheres de determinadas especialidades, como proctologia e urologia. Neste sentido, ela afirma ter sido indiretamente “estimulada a escolher uma especialidade”:

Não diretamente, mas a gente assistindo aos nossos professores, vai vendo quem era mulher, quem era homem, quem estava em caráter de atuação na especialidade. A gente percebe durante a faculdade que não tem professores e sim professoras mulheres na área de cirurgia vascular. Que você tem poucas professoras mulheres atuando em proctologia, que você tem quase nenhuma professora em urologia. Então, você enxerga isso e de forma indireta fui estimulada a escolher uma especialidade. Entende isso? Não foi diretamente alguém dizendo para você, não faça isso, porque aqui não é área de mulher (Y).

É interessante observar que, para J (37 anos casada, sem filho), “existe um certo ‘estigma’ ” na Medicina, de que a mulher é boa pediatra – por sua ligação com a criança – e dermatologista – por sua associação com a questão estética, e de que ela não pode ser boa ortopedista por causa da força física exigida. Apesar de chamar a atenção para o surgimento de novas tecnologias, que propiciaram às

mulheres atuar em algumas áreas que, por demandarem certas características masculinas, como é o caso da ortopedia que exige força física, e apesar de afirmar não existir mais o preconceito cultural, continua a acreditar que existe um “dificultador técnico” que interfere na atuação das mulheres em determinadas áreas, como se pode observar na fala a seguir:

Na faculdade de Medicina existe certo estigma né, assim: a mulher é boa pediatra porque cuida de criança, e é uma coisa que a mulher faz bem. (...) eu detestei fazer puericultura enfim, detestaria ser pediatra e cirurgiã pediatra pelo desafio da coisa minuciosa, por ser tudo pequenininho no bebê. Mas, não por lidar com as crianças (...) não tenho nada contra elas, mas nada tão a favor assim. E tem também a coisa da dermatologia (...) obviamente pensando em questões estéticas, isso estimula as mulheres. Não pode ser ortopedista porque ortopedia demanda muita força bruta nas cirurgias, nos procedimentos de luxação e tal. Eu acho assim, que existe um pouco de verdade em algumas dessas especialidades, mas com o avanço da tecnologia eu acho que essas verdades né, mulher pediatra o homem ortopedista por esses argumentos que eu apresentei, foram verdade. (...) Mas hoje, você tem equipamentos, você tem uma equipe de suporte, tecnologia então, isso não se faz mais uma verdade. Ainda tem o preconceito cultural? Acho que não, mas o dificultador técnico existe sim. (..) por exemplo, no ambiente de centro cirúrgico apesar de muitos médicos serem cirurgiões e ser um ambiente que eu volto a dizer: hoje em dia não vejo nenhum problema de ter espaço para a mulher. O fato de ficar muitas horas em pé acho que pra nós mulheres, por uma questão hormonal mesmo, é cansativo e dá muito edema em membro inferior. Tem maior propensão a varizes e quero dizer que os homens também são afetados por isso, mas a estrutura hormonal dos dois é diferente, né!? A questão de você ficar restrita num ambiente eu acho que (...) a natureza feminina é mais comunicativa, mais falante e um ambiente onde as conversas são mais superficiais com pouca interação não são ambientes muito agradáveis pra mulher, né?! Então, mais nada que alguém me aconselha diretamente nesse sentido (J).

Quando perguntadas sobre que especialidades elas consideram masculinas e quais as que elas vêem como femininas, as entrevistadas **P** (39 anos, casada, com filho), **M** (47 anos, casada, com filho) e **T** (39 anos, casada, com filho) assinalaram que as especialidades tidas como mais masculinas são aquelas que necessitam, em geral, de mais ação, que envolvem maior tensão, decisão e intervenção de forma mais direta, como a cirurgia, a cardiologia e a anestesiologia, as que necessitam de força, como a ortopedia, e as que geram preconceitos, como a urologia e a proctologia. Quanto às femininas, são as especialidades associadas às crianças e às mulheres, as que exigem aptidões femininas para determinadas atividades- como

paciência e persistência na relação médico-paciente-, ou aquelas voltadas para a estética, como é o caso da pediatria, ginecologia, obstetrícia, dermatologia e psiquiatria, como se pode observar nas falas abaixo:

Eu considero masculina é, exclusivamente uma especialidade que requer bastante força. Na minha ignorância acredito que a ortopedia continue ainda sendo uma especialidade bem masculina. Feminina, talvez a dermatologia, por que tem maior envolvimento com os cosméticos e isso a faça mais feminina que as demais (**P**).

Eu acho a ortopedia masculina sim, preconceito ou não eu acho que o procedimento eu não consigo me ver com 1,60m 56 quilos e fazendo uma cirurgia ortopédica aonde tenho que ter firmeza e segurar é. Eu acho o procedimento muito forte, muito pesado realmente. Eu não consigo me ver e acho sim, que é bem uma coisa masculina. Não me lembro agora, de alguma outra que eu vincule com tanta clareza a questão do gênero. Acho sim, acho que a pediatria é feminina por que essa questão cultural que mulher é mãe é. E pediatra é mãe. A (...) vida inteira, tenho 26 anos de formada, mas esse tempo todo eu tentei dissociar de que o pediatra fosse alguém maternal. Acho a dermatologia também algo de feminino (**M**).

Olha, ortopedia é uma especialidade que eu considero bem masculina por ser em fim cirúrgica (...). Tem que serrar osso, tem que ter força. (...) Outra também que eu acho bem masculina é proctologia, né!? por causa da agressividade das cirurgias de câncer de colo. São cirurgias, muito agressivas (...) pra mim. A urologia porque, você tem também que lidar com pênis, né!? o tempo todo e aí, não que você não possa. Eu na minha especialidade vejo o pênis eventualmente, mas pênis toda hora, todo dia, o dia inteiro eu acho difícil pra uma mulher conseguir se adequar a essa prática. Olha, feminina eu acho que nenhuma, nem a minha própria que tem muito mais mulher do que homem. Não acho que é feminina porque eu (...) vejo dermatologia como clínica, né!? Não penso muito na cosmética então, eu acho que os homens são tão bons dermatologistas quanto as mulheres e até cosmética eu acho que o homem também faz (...) muito bem. Não tem nenhuma que eu acho feminina (**T**).

O fenômeno da feminilização da Medicina foi apontado por **A** (41 anos, casada, com filho), **CL** (46 anos, solteira, sem filho) e **L** (48 anos, casada, com filho) e está associado à inserção de mulheres no campo das especialidades cirúrgicas, na anestesia, na ortopedia e na urologia, nichos de hegemonia masculina, como se pode observar na falas a seguir:

Masculina! É difícil assim, acho que ortopedia é uma área muito masculina. Ortopedia a que mais me chama atenção. Qualquer outra área, até porque trabalho com cirurgia também, eu não consigo restringir só para o homem e não para mulher. Tem excelentes mulheres que são cirurgiãs, tanto em

cirurgia geral quanto em outros tipos de cirurgia mais especializadas. Anestesia é uma área dupla, para homem e mulher. (...) As outras cabem a ambos os sexos, sabe. Na ginecologia acho que é uma especialidade feminina porque a gente entra no universo feminino em ambos os aspectos, muito diagnóstico é, quando você tem que fazer uma patologia e diagnósticos terapêuticos. Na questão de aconselhamento então, quando você entra na parte da sexologia. É, eu acho que é uma área bastante feminina. A pediatria eu acho que é uma área feminina por naturalidade porque a mulher tem essa questão do vínculo com uma criança pequenininha, apesar do homem também, poder ser um excelente profissional mais eu acho que é uma área mais feminina. São as duas que me chamam mais atenção. Hoje um pouco a dermatologia pela questão estética também é feminina (**A**).

Cirurgia Geral a maioria dos meus amigos são, são homens embora, eu já percebesse nesses 20 anos que mudou, tem muita mulher fazendo cirurgia geral e na minha época não tinha tanto. Ortopedia, urologia, são essas três as masculinas. A cirurgia de tórax, da professora Maria. É, difícil você ver uma neurocirurgiã também e é mais difícil você ver mulheres fazendo, mas acho que o que encabeça a lista é cirurgia geral, ortopedia e urologia com certeza. Pediatria, muita coisa assim de mãezinha, na, pediatria eu acho que tem um campo bom, dermatologia, ginecologia obstetrícia, né?! Essas eu acho que são mais femininas. Tem várias outras que não está me vindo à cabeça (**CL**).

Atualmente eu não acho que tenha nenhuma especialidade médica que seja (...) masculina. Temos médicas em todas as especialidades. (...) Basicamente feminina, seria a pediatria e ginecologia. Porque é, cuidados com a criança e com a mãe, mas a mulher esta pronta para atuar em qualquer área (**L**).

As falas de **Y** (37 anos, casada, com filho) e **J** (37 anos, casada, sem filho) apontaram para o fato de que, apesar de mulheres e homens terem a mesma aptidão, existem preconceitos por parte dos médicos e dos próprios pacientes, apesar disso estar mudando atualmente. Os homens, por exemplo, na urologia preferem ser atendidos por médicos do sexo masculino. Mesmo assim, apesar dos obstáculos que se apresentam para as médicas, **Y** se mostra otimista em relação à condição de maior igualdade entre homens e mulheres em sua atuação profissional, em sua prática e na sua realização pessoal na especialidade escolhida. Na opinião de **J**, ainda hoje, a especialidade é vista a partir das dimensões culturais e sociais que determinam a forma como se estruturam as características específicas do universos feminino e masculino, bem como da dificuldade da mulher para conciliar carreira, trabalho e filhos, como se pode observar nas falas abaixo:

Eu não considero nenhuma especialidade masculina, em minha opinião. (...) mas os pacientes da urologia preferem, têm preferência por médicos do sexo

masculinos, pois eles têm uma dificuldade muito grande de se consultar com médicas mulheres. Assim como os pacientes do sexo masculino, as do sexo feminino precisam consultar com proctologista e elas têm preferência por médicas mulheres. Mas eu não vejo isso, por exemplo, na área da ginecologia já as mulheres, pra elas tanto faz o homem ou a mulher como médico. Mas para o homem essa escolha (...) é mais importante, e principalmente na área da urologia, ter um médico homem atendendo eles. Eu não considero nenhuma especialidade excepcionalmente tem que ser só de mulheres. Nenhuma. Não mesmo. Porque eu acho que não existe tanto preconceito assim, nem por parte dos pacientes e nem pelos médicos. Eu acho que está mais aberto hoje, entendeu? Minha opinião é que tanto a mulher quanto o homem são aptos a fazer no que se dedique e estude pra aquilo. Não vejo nenhuma área que tem de ser só a mulher ou só o homem (Y).

Eu sou uma pessoa (...) muito flexível sabe, eu acho que apesar da gente ter esses estigmas, é óbvio que eu tenho eles dentro de mim também, né?! Todos têm algum. Eu acho que hoje com advento da tecnologia, (...), isso mudou bastante e eu, ainda vejo um espaço mais voltado pra homem aí pelo próprio preconceito que os homens têm. A urologia, eu acho que é muito complicado. A gente até por conversar com pacientes, aqui no consultório, né?! vê a dificuldade de se submeterem a um exame urológico sob os cuidados de uma médica mulher. Os homens não veem isso com bons olhos, eles se sentem mais confortáveis, na maioria, de estarem na presença de um homem. (...) eu vejo a urologia uma especialidade masculina e a ortopedia pela questão da força. E aí pensando no Brasil porque se você trabalha no SUS, ou num hospital no subúrbio você não vai ter um estafe tecnológico então, o fato de você (...) ter que reduzir uma fratura na mão, você vai ter que fazer procedimentos, muitas vezes, muito brutos, né?! (...). Uma mulher que faça ortopedia (...), por exemplo, se especializar em cirurgia de mão que é algo super delicado, tudo ok. Mais assim, o grosso, digamos da ortopedia ainda é muita marcenaria, né?! Então a marcenaria é uma coisa bruta e a maioria das mulheres não têm força bruta porque (...) num centro cirúrgico de uma cirurgia ortopédica, se usa furadeira, pino e martelo. (...) a cirurgia cardíaca também. Mais hoje isso já mudou (...) com a tecnologia, né?! (...). Hoje em dia, você tem instrumentos e para uma coisinha uma maquininha, o procedimento é muito mais sutil, mas por outro lado, essas especialidades que demandam cirurgias de muitas horas como a cirurgia cardíaca, né?! Ou a própria cirurgia ortopédica de grande porte, pela questão de ter que ficar muitas horas trancado no centro cirúrgico em pé enfim, eu acho que é uma especialidade mais masculina do que feminina. A mulher tem que ligar pra casa, tem que saber o que fazer no almoço, tem que ver o filho e pra ficar em pé é mais complicado, por uma questão hormonal, né?! Então, eu acho que os homens, o que não quer dizer que seja especialidade masculina, (...) se adaptam melhores que as mulheres, entende? (...) acho que as mulheres têm uma melhor relação interpessoal, elas tem essa habilidade, né?! Isto é, essa foi uma necessidade biológica das mulheres (...) de interagir. Enquanto os homens (...) tinham que ficar em silêncio se não assustavam o animal, na hora da caça então, foi assim desde o princípio da humanidade, né?! Por isso, as mulheres têm essa questão de interação melhor, né?! Então, eu acho que a especialidade, volto a dizer, não é uma regra, né?! É (...) uma média que

não é vinculada somente ao gênero mas principalmente ao (...) perfil dos indivíduos. Por exemplo, a gente está com a questão da pediatria e da ginecologia e obstetrícia e acho que os homens não têm muita paciência, né?! Então, essas especialidades em que o paciente liga muitas vezes pra perguntar, como a psiquiatria infantil, por exemplo, que é uma espécie de pediatria dentro da psiquiatria, (...) você tem que falar com a mãe, com o pai, com a avó, com o avô. Se os pais são separados, aí você vai contar a mesma história pros (...) outros parentes. Assim, pouquíssimas pessoas têm paciência e tato pra administrar isso, né!? Então, eu acho que as mulheres são hábeis nesse sentido. (J).

A entrevistada **S** (38 anos, divorciada, com filho) deixou transparecer em seu discurso uma condenação à atribuição de determinadas especialidades médicas a homens ou mulheres. Para ela, apesar de homens e mulheres terem igual capacidade, ainda hoje os médicos, os pacientes e a sociedade, em geral, de forma preconceituosa, sentem mais segurança em ser atendidos pelas mãos de um profissional do sexo masculino. Segundo a entrevistada, as mulheres que atuam em especialidades tradicionalmente ocupadas por homens ainda sofrem discriminação, conforme se pode observar na fala a seguir:

(tosse) Uma delas a primeira que vem na minha cabeça é ortopedia, mas é puro preconceito meu. Hoje em dia, (...) assim as cirurgias ortopédicas quase são uma, uma, uma atividade de marcenaria, que os ortopedistas não me ouçam porque é uma especialidade que você tem que lidar um pouco com essa coisa da força bruta, força bruta mesmo, então você serra, fura é, tem um pouco disso muito ligada à parte mecânica. É, mais hoje em dia, tem mulheres que fazem isso, eu, por exemplo, eu mesmo furo parede em casa, serro se precisar então essa parte eu não tenho problema mais então, existe isso. (...) eu não acho que existam especialidades masculinas e femininas, eu acho que a mulher e o homem têm capacidade de exercer as mesmas especialidades. Então, uma especialidade que eu considero feminina a primeira que me veio à cabeça é dermatologia, porque embora eu conheça, conheça excelentes homens que fazem bem a dermatologia, (...) hoje em dia, se mistura muito com a parte estética. Eu acho que embora tenha muitos homens que tenham esse senso estético que tenho, hoje em dia cada vez mais vejo homens fazendo isso. Eu acho que a preocupação com a, (...) parte estética mesmo (...) eu acho que é do universo feminino. Outra especialidade mais feminina, talvez a ginecologia embora conheça vários homens que façam ginecologia. Acho que a ginecologia (...) por haver até uma identificação com a mulher existe uma compreensão melhor das queixas. Eu acho que pode facilitar um pouco a abordagem, a proximidade do universo feminino. Pediatria tem muito pouco homem fazendo, eu acho que deveria ter mais porque (...), acaba ficando uma coisa muito do universo feminino. Ai, você vê (...) muitas mulheres meio infantis eu vejo muito isso nas pediatras (...) assim, aquela coisa meio maternal demais. A maioria das pessoas tem

excesso de mãe, falta de pai, então uma vez eu vi um oriental falando que no Japão, não sei se é Japão ou China, dizendo que lá os professores até uma determinada idade do aluno (...) eram todos homens porque eles precisam de disciplina e, a mulher ela é mais assim, ela acaba passando mais a mão na cabeça. Então, (...) na área da pediatria eu acho muito interessante também é, essa presença do sexo masculino. O que eu percebo é uma resistência no meio então, por exemplo, a parte de Medicina invasiva cardiológica, por exemplo, a parte de hemodinâmica, cateterismo cardíaco, cirurgia cardíaca eu vejo que é um ramo muito, muito fechado assim, percebo isso, são poucas mulheres, e algumas que eu conheço tiveram dificuldades de entrar no meio e ainda existe um preconceito dos pacientes em relação às mulheres, então se sentem mais é, seguros com a figura masculina (...). Acho que é muito preconceito mesmo, acho que dependi muito mais dá, dá capacidade do médico ou da medica de transmitir essa segurança, essa firmeza, então isso eu percebo um pouco, eu vejo que tem alguns pacientes que dizem ter uma predileção por médicos masculinos. Eu tinha uma paciente, um exemplo, (tose) que até veio falecer, era uma paciente que eu cuidei até o final da vida dela. (...) Ela dizia pra mim assim: eu não gosto de médica mulher, mas da senhora eu gosto, eu vou abrir uma exceção pra senhora (risos) e a gente se dava super bem, ela era muito querida (**S**).

A fala de **C** (33 anos, separada, com filho), apontou para o fato de que o acesso das mulheres à carreira médica ainda se dá através do enfrentamento de múltiplos desafios. Dentre estes, destacam-se a dificuldade para realizar tarefas mais pesadas, sua relação com os filhos, entre outras. Daí, por exemplo, o número reduzido de mulheres anestesistas que sejam modelos a ser seguidos e, ainda, a habilidade para estabelecer uma aliança informal e sólida com os cirurgiões, como se pode observar na fala a seguir:

Olha, ortopedia eu considero masculina, pela força que precisa e somente para mulher a cirurgia de mão. (...) sinceramente a anestesia em determinado momento eu considero masculina. Às vezes eu faço umas coisas que eu penso: isso não é para mulher como usar o capote de jumbo pesado, exposição à radiação que eu passo. (...) Hoje em dia, quando estou com tempo (...) eu consigo me dar o luxo de evitar determinadas situações então, quando é muito tarde da noite eu uso isso por ser mulher eu não vo mando um menino mais novo (sorri) e eles compreendem e se eu fosse homem, eles não compreenderiam. Eu queria era ficar em casa com minha filha entendeu? Eles já estão se adaptando a isso. Algumas especialidades como a cirurgia é uma especialidade por demais masculina porque não tem hora pra voltar, é um trabalho fisicamente pesado, por isso eu considero esta especialidade mais masculina, não pela questão intelectual, principalmente tem mulheres que vão até mais longe que homens. De uma maneira em geral, as mulheres são as melhores alunas no colégio do que os homens. Olha, na verdade feminina me deixa ver, tenho que pensar eu não vejo uma especialidade que

seja assim pra mulher (...). Eu acho que homens ou mulheres podem fazer qualquer coisa. A limitação que eu vejo é física, ter uma força grande (...) pra outras habilidades manuais, (...) Dermatologia talvez tenha mais mulheres, mais não é um dado estatístico, meu dermatologista é homem. Ginecologista eu prefiro mulher mais ai é pessoal, a minha é mulher entendeu?! Mais tem muito homem oportunista né?! Eu acho mais difícil mulher ser urologista meio chato, mais também conheço algumas, né?! Não vejo nenhuma especialidade feminina. (...) inclusive eu acho que na anestesia tem poucas mulheres como destaque. Mais as mulheres da anestesia se dão bem por isso, porque os cirurgiões são muito vaidosos e eles cedem muito mais para mulher do que para os homens, entendeu? Então, quando a mulher vira anestesista se você for observar, são mulheres muito bem sucedidas porque a relação com o cirurgião é muito boa. A gente quebra o cirurgião, a vaidade do cara, tudo por ser mulher. Eu uso isso, só trabalho com homens no meu trabalho (C).

CONSIDERAÇÕES SOBRE A CATEGORIA

A Medicina foi escolhida como objeto de investigação porque vem chamando nossa atenção a intensidade e a constância do aumento da participação feminina nesta área profissional de prestígio, inclusive em especialidades tradicionalmente consideradas um reduto masculino (SILVA, 1993).

Como podemos observar na análise das falas de nossas entrevistadas, seu ingresso na Medicina ocorreu no início dos anos de 1980 e, sobretudo, na década de 1990, época marcada por importantes eventos de natureza cultural, econômica, política e social, que impulsionou as mulheres, de modo geral, e nossas entrevistadas, em particular, a adiar a maternidade em favor do estudo e da carreira profissional, em busca de um projeto de vida profissional e não apenas doméstico.

Entretanto, apesar de todas essas mudanças, até os primeiros anos do novo milênio (2011), muita coisa parece se manter, como pudemos observar na análise dessa categoria: as mulheres médicas do nosso estudo enfrentam maior segregação, devido ao sexo, no campo profissional do que os homens; elas permanecem como as principais responsáveis pelas atividades domésticas e pelos cuidados com os filhos e demais familiares; as mulheres, mais do que os homens, precisam demonstrar preparo, competência e atualização para serem reconhecidas como boas profissionais pelos pacientes e, na maioria das vezes, isso representa para elas uma sobrecarga na busca de informações sobre as diversas patologias, em especial as doenças crônicas ou raras, como aponta Neto (2011).

É interessante perceber, no discurso de nossas entrevistadas, que o perfil da médica contemporânea contempla novas atitudes e comportamentos além da competência, como ser culta, inteligente, visionária, sem deixar de cuidar da saúde, da aparência e do lazer (BRUSCHINI, 2007; ROCHA-COUTINHO, 2004; MELEIRO, 2001).

Sentimos também, em muitas situações, que nossas entrevistadas escolheram a carreira profissional a partir das condições sociais em que vivem e em função de suas habilidades, aptidões, interesses e dons (vocação). Contudo, por vezes, para algumas médicas, a escolha da profissão não é algo simples, mas um processo que leva tempo e a tomada de decisão implica em coletar informações, identificar opções para, por fim, colocar em prática a escolha desejada. Sentimos também que quanto mais as participantes compreendem e conhecem esses fatores, maior o seu controle sobre sua escolha. Com isso, estamos querendo dizer que, sem dúvida, o momento da escolha profissional foi apontado como importante para todas as entrevistadas, por enfrentarem as pressões e as intercorrências provenientes do seu meio. Por essa razão, entende-se que a identidade ocupacional desenvolve-se conectada à identidade pessoal, ou seja, está relacionada a questões subjetivas, íntimas e valiosas para o seu Eu (MELEIRO, 2001).

Contudo, para a maioria das participantes, o que, em grande parte, contribui para a escolha de uma especialidade é a procura de uma área que lhes permita conciliar uma atividade profissional gratificante com sua vida pessoal, incluídos aí o casamento e a maternidade. Cabe, também, assinalar que cada uma das mulheres médicas que participou de nosso estudo, admite que esse momento não é algo simples, pois envolve um processo interno de expectativas em relação a si próprio. E, nesse contexto, elas procuram considerar a convergência de fatores culturais, sociais e psíquicos, com peso e composição diferentes na história individual das participantes. Entram, assim, em sua escolha: seus desejos, seus gostos, as habilidades que já desenvolveram até o momento, seus limites e possibilidades, a profissão das pessoas que lhes são significativas, as imagens que têm das diferentes profissões, sua origem geográfica e familiar, suas experiências clínicas, os atrativos sociais e financeiros de certas especialidades, a autoestima e a ansiedade diante do estresse, enfim, todo o seu mundo interno é mobilizado para a escolha da especialidade, inclusive fatores inconscientes (FRANCO; SANTOS, 2010; FIORE; YAZIGI, 2005; BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2000).

Podemos observar nas falas das entrevistadas que a Medicina, por ser tradicionalmente considerada uma profissão masculina, age com sutileza, isto é, apesar da liberdade do acesso das mulheres à profissão médica, desde o século XIX, acesso esse que se intensificou muito no final do século XX e início do século XXI, uma hierarquia delimita a atuação dessas profissionais em alguns grupos de especialidades. Assim, se mantem, apesar dos inúmeros progressos e conquistas alcançadas pelas mulheres em diversas áreas profissionais, a dicotomia masculino/feminino. Contudo, independente do que for privilegiado, seja a manutenção das diferenças ou o avanço das transformações para o futuro, é fato que, no percurso da inserção das mulheres no mercado de trabalho brasileiro, as médicas atuais estão marcando presença neste espaço tradicionalmente masculino, ao redefinirem antigos paradigmas com relação à família, à maternidade e à identidade feminina (FRANCO; SANTOS, 2010; ROCHA-COUTINHO, 2004; SILVA, 1993).

Podemos observar que, para as nossas entrevistadas, o ingresso em boas ocupações do campo médico consolida o progresso da participação feminina, tanto com relação aos homens, em particular, como na sociedade, de modo geral (BOURDIEU, 1996).

Para concluir, gostaríamos de chamar, mais uma vez, a atenção para o fato de que a Medicina e o mundo mudaram. Atualmente, como aponta Zagury (2011), “não basta ser competente, precisamos ser equilibrados nas decisões que, além de tecnicamente corretas, devem ser moralmente boas. A beleza da Medicina reside em promover a aliança entre a competência e a paixão” (p. 10).

3.3.2 Significado e valorização da prática médica

Nesta categoria foram analisadas as falas das mulheres referentes ao seu engajamento no mercado de trabalho na área médica escolhida. Além disso, procurou-se entender se, na visão das entrevistadas, elas progrediram no exercício profissional, se realizam atividades profissionais para as quais estão habilitadas ou se acham que podem se aprimorar mais. Além disso, procurou-se entender a visão das participantes sobre o que é trabalho, se as entrevistadas, em particular, e a

sociedade, de modo geral, valorizam o campo profissional, se trabalham em tempo integral ou parcial. Procurou-se, ainda, entender se as entrevistadas tiveram dificuldade no acesso e no exercício da especialidade escolhida e se, de alguma forma, foram estimuladas ou desestimuladas no exercício profissional pelas pessoas de seu grupo de convívio social. Assim, esta categoria foi dividida em duas subcategorias: Evolução da Mulher Médica no Mercado de Trabalho e Mulheres Médicas e Carreira Profissional.

A. Evolução da mulher médica no mercado de trabalho

Quando perguntadas sobre como percebem a inserção feminina no exercício da Medicina e se acreditam que houve progresso neste sentido, a maioria acha que sim, mas que poderia melhorar ainda mais. As entrevistadas **L** (48 anos, casada, com filho), **P** (39 anos, casada, com filho) e **A** (41 anos, casada, com filho) ressaltaram ter ocorrido alterações significativas neste sentido, como o fato das mulheres estarem assumindo atualmente posições de ponta em diversas áreas da Medicina, além das mudanças e da maior igualdade entre os sexos no exercício profissional, tendo em vista que esta era uma área tradicionalmente considerada masculina. Além disso, elas destacaram a presença crescente das mulheres no curso de Medicina e nas diversas equipes de saúde e apontaram não haver mais resistência ou segregação com relação à atuação das mulheres nas diversas especialidades médicas, como se pode observar nas falas a seguir:

Ah, eu percebo que é brilhante temos muitas mulheres que se destacam dentro da área médica. Não vejo assim nenhuma dificuldade em relação ao gênero, por ser mulher e ela ter dificuldade de conseguir algum emprego. Têm mulheres em cargos de direção na parte de auditoria é, perícia, hospitais. Acredito que sim. Sempre! Progresso faz parte da vida (sorri), eu acho que tem sempre que melhorar procurar sempre aprender mais, diversificar na área de atuação, fazer cursos (**L**).

Ótimo, ótimo! Acho que esta aumentando e aumentará cada vez mais. Sim, houve progresso o fato é, que durante toda a minha vida profissional não encontrei nenhuma resistência em nenhuma especialidade. Antigamente essa área era considerada masculina, isso mostra um progresso acentuado (**P**).

Há muito. A gente vê isso pela sala de aula. Então, assim, hoje 60% ou 70% da sala de aula são alunas, né?! O que não acontecia antigamente. Então, cada vez tem mais mulher inserida dentro da Medicina, né?! E mulheres que conseguem mostrar qualidade é, em relação aprendizado, em relação a sabedoria, né?! (...) e aí, elas se comparam muitas vezes com os homens. E aí, nessa hora é, a especialidade ela deixa de ser voltada pra um sexo específico por que ambos podem se sobressair na qualidade, (...) então, hoje assim, tem bastante mulher sabe?! E assim, vai desde a faculdade. Acho que o mercado de trabalho já melhorou bastante. (...) eu acho que estamos em uma situação equilibrada hoje. A gente tem mais mulher que homem, já desde a faculdade. Tem mais mulher que homem (...) entrando no mercado então, esse mercado de trabalho jovem desses médicos recém-formados que a cada ano estão colocados aí no mercado é, não vai aumentar mais do que é não, acho que agora o nível tá estacionado mesmo (**A**).

A esse respeito, **C** (33 anos, separada, com filho) e **Y** (37 anos, casada, com filho) assinalaram que o aumento da absorção de mulheres médicas, se deve ao momento atual, em que estão ocorrendo mudanças no mercado de trabalho, de modo geral, em que se distingue as pessoas pelo mérito e não pelo sexo. Segundo elas, parece que os empregadores estão contratando mais mulheres, por elas serem, de modo geral, mais organizadas, respeitarem os horários e cumprirem mais sua carga de trabalho do que os homens, como se pode observar nas falas a seguir:

É, hoje a gente tem mais mulheres médicas, né?! Aí entra a dúvida, a especialidade que a mulher está entrando (sorriu) é a que judeu tá saindo? (sorri). Estão pagando menos (sorri) e aí? A história é essa, (...) não tem mais limite pra mulher na área médica, que era uma área muito mais masculina, né?! É, um progresso no mercado de trabalho eu acho que hoje em dia, não vejo. Essas pessoas não distinguem tanto um mérito por ser homem ou ser mulher, né?! Não vejo as mulheres buscando fazer ortopedia, cirurgia de mão entendeu?! (**C**).

Sem dúvida, hoje se você pega uma turma de Medicina tem muito mais mulher do que homem. As mulheres tomaram conta do mercado de trabalho na Medicina. Você vai ao hospital, pega uns plantões e vê que tem muita mulher. Eu acho que muitos empregadores gostam de contratar mulheres. Na maioria das vezes, as mulheres são mais organizadas, respeitam mais os horários, cumprem mais com sua carga de trabalho. Eu acho que, que essas nossas características femininas é, fazem os empregadores a ter preferência pelas mulheres na hora da contratação (**Y**).

Também **J** (37 anos, casada, sem filho), **CL** (46 anos, solteira, sem filho), **S** (38 anos, divorciada, com filho) e **T** (39 anos, casada, com filho), ressaltaram a

entrada expressiva de mulheres nas diversas áreas médicas, algo que foi facilitado pelo surgimento de novas tecnologias. Elas apontaram, entretanto, que a menor remuneração feminina, a responsabilidade pelo trabalho doméstico, o cuidado da família e a dificuldade em assumir cargos de comando ainda são evidentes no caso das mulheres, como se pode observar nas falas a seguir:

Eu acho que teve muito progresso com o advento da tecnologia, isso viabilizou que as médicas pudessem é, começar a praticar mais especialidades. Antes era basicamente, como a gente já falou aqui (...) eram especialidades masculinas e acho que foi fundamental (...) ter possibilidade de muito mais progresso com o avanço (...) da tecnologia. Por outro lado, eu acho que existe um complicador, mais que eu vejo que está mudando nas gerações mais novas e isso, é muito legal. (...) mas a mulher ainda ocupa um espaço de (...) pessoa que cuida dos filhos. Na sociedade, né?! Por mais que isso venha mudando e vem mudando, os homens estão mais participativos nas tarefas domésticas, no trabalho em fim, com o filho. Isso é um processo demorado não vai mudar daqui a dois, cinco anos vai demorar cem anos. Enfim, pra mudar de fato (...) eu acho que ainda demora por que o homem ocupa ainda esse espaço na sociedade, pensando num momento de hoje e num futuro próximo, né?! Daqui a dez, vinte anos (...) nós estaremos aí inseridas no mundo, e o mercado de trabalho, eu acho que ainda existem muitos desafios pras mulheres profissionais. Nessa questão da junção da vida profissional e da vida pessoal à administração do lar e dos filhos principalmente, né?! Como conciliar isso tudo? Sem dúvida alguma, com o advento da tecnologia, vem sendo fantástico para inserção da mulher no mercado de trabalho. Porém, outro aspecto que ainda existe, é o preconceito da diferenciação salarial, em relação à mulher, principalmente em empresas. (...) eu sou psiquiatra e trabalho num consultório particular e também sou gerente de uma Indústria Médica Farmacêutica que é uma multinacional, uma empresa Dinamarquesa e assim, eu vejo dentro dessa empresa que eu trabalho, que existe uma diferença de olhar em relação a uma mulher e a um homem. O homem ainda é o provedor e o provedor é merecedor de um maior salário do que a mulher. Culturalmente eu acho que ainda existe esse senso comum sim, infelizmente (**J**).

Houve com certeza, né?! Até porque eu acho que como classe médica a mulher se encontra menos rejeitada, como já disse, (...) eu acho que hoje em dia, o homem (...) teoricamente é visto como cabeça da casa, provedor da casa (...) o que facilitou ter mais mulheres fazendo Medicina, do que homens. Assim, acho que os homens estão correndo pouco. Para você ver, hoje ser provedora de uma casa como médica tem que trabalhar muito, ter vários empregos e mesmo assim, você não é remunerada a contento. Então acredito que com isso, a Medicina seja hoje em dia mais procurada por mulheres do que antigamente (**CL**).

Sem duvida. Eu acho primeiro que o número de mulheres que se formam supera o número de homens então, na minha época, na minha faculdade era

meio a meio de oitenta alunos, quarenta eram homens, quarenta eram mulheres. Alguns anos (...) atrás era muito restrita a presença de mulheres no curso de Medicina, mais do que os homens. Eu não acho que seja uma restrição, mas é claro existiam aquelas peculiaridades da mulher que muitas vezes não interessava o empregador que são: a mulher tem filho e (...) para de trabalhar na licença maternidade, se o filho fica doente, enfim elas precisam faltar ao trabalho. Mas eu acho que isso está mudando muito, as mulheres hoje em dia, são cobradas igualmente. Eu por exemplo, sempre procurei (...) colocar minha profissão éhh, assim com seriedade, não vou dizer que eu nunca faltei ao trabalho por causa de filho doente, já faltei mas assim, como o pai dele também já voltou entendeu? A gente sabe fazer a divisão, (...) como partilhar nossas responsabilidades com os filhos. Então, a gente tem (...) algumas situações que você não tem como se ausentar mesmo. Então, por exemplo, um plantão você não tem como faltar ao trabalho porque se eu faltasse não tinha quem me substituísse então, às vezes, eu levava meu filho pro trabalho. (...) a gente se vira pra administrar mais assim, eu acho muito ruim a mulher que se vale desta condição pra não faltar ao trabalho. Como se o trabalho fosse mais importante. (...) é difícil (**S**).

Eu acho que houve progresso no sentido da maior inserção da mulher. A minha mãe foi médica e se formou na UFRJ, em sessenta e três. Ela era uma entre cinco mulheres da turma dela. Eu quando me formei, sei lá, a minha turma tinha noventa pessoas era metade homem e metade mulher e hoje está bem dividido também. Eu acho que (...), num outro sentido, eu acho que a mulher acaba saindo perdendo pros outros aspectos, porque acaba trabalhando demais e tem outras funções na vida da gente que acabam sendo deixadas de lado (**T**).

Na fala de **M** (47 anos, casada, com filho) pode-se perceber um descontentamento com o fato de que, apesar da feminilização da Medicina ser uma tendência, não se valorizou o avanço das mulheres na profissão médica, isto é, elas ainda não ocupam os lugares mais elevados na hierarquia profissional e, ao concorrer com um homem para uma determinada vaga, ele tem mais chances de ocupá-la:

Houve, porque hoje você tem uma turma de Medicina onde a gente tem 50% ou mais do gênero feminino então, (...) já houve uma mudança. É, uma mudança que vem acontecendo forçosamente, mas ainda muito lenta, são nos cargos de comando, diretoria hospitalares e gerenciamento de projetos, essas coisas. (...) Se você tiver a chance de concorrer a uma vaga e tiver um homem participando de um modo geral, pode acreditar, ela está dominada pelo homem. Eu vejo isso, não sei se é viés, mais eu às vezes acho que tem. Vai ter que melhorar, porque a Medicina é considerada hoje profissão de mulheres, dito por outras pessoas não médicas. (...) virou profissão de mulher porque é profissão menos remunerada e, porque mulher não precisa ganhar dinheiro. Quer dizer, vem tudo da questão cultural mas, vai ter que mudar,

não vai ter jeito e vai chegar um momento onde o cirurgião vai ser mulher, onde a ortopedista vai ser mulher, não tem como, vai ter que mudar (**M**).

B. Mulheres médicas e carreira profissional

Quando perguntadas sobre o que é trabalho, qual a importância dele em suas vidas e se trabalham em tempo parcial ou integral, **L** (48 anos, casada, com filho), **P** (39 anos, casada, com filho), **A** (41 anos, casada, com filho), **C** (33 anos, separada, com filho), **T** (39 anos, casada, com filho) e **Y** (37 anos, casada, com filho) apontaram que os prazeres obtidos na carreira, sua realização pessoal, profissional e financeira estão relacionados ao exercício de algo de que se gosta, bem como de um equilíbrio entre sua atividade profissional, a família e a diversão, como se pode observar nas falas a seguir:

Trabalho olha, tem que dar prazer (...), porque, se você não tiver você passa 08 horas (...) ou mais, dentro de um hospital, ou de uma clínica, dentro de um consultório e, se você não gosta do que você faz, fica muito difícil. É muito importante (...) preencher assim, grande parte (...) da minha vida. Das horas que eu vivo, durante o dia, (...) eu tenho prazer no que eu faço (...) eu gosto, gosto de trabalhar. Não só pela parte financeira, mas pelo contato também com as outras pessoas e de poder ajudar. Dentro da minha especialidade, eu trabalho em tempo integral, quer dizer: manhã e tarde, à noite eu não trabalho, nem finais de semana (**L**).

Trabalho é exercer muito bem aquilo que eu estudei. Trabalho é fundamental, né?! Tão importante quanto à condição pessoal porque eu acho que trabalho, ele tem o seu espaço, mas a vida pessoal também. O trabalho é muito importante, mas, ele (...) ocupa fisicamente o maior tempo da vida pessoal. Então eu acho que isso, (...) causa um desequilíbrio. Por isso ele é muito importante integral! Por questões financeiras (**P**).

O que é trabalho? O meu dia a dia é aqui no hospital, (...) no consultório e estar no Centro Cirúrgico então, meu trabalho é esse. Plena, assim eu consigo dividir minha vida em duas etapas: assim eu, eu tenho isso muito bem delimitado. Eu sou muito realizada profissionalmente no que eu faço dentro da escolha que eu fiz. Não faria outra escolha. (...) se eu fizesse Medicina hoje eu escolheria (...) fazer ginecologia que é a área que eu trabalho. Eu consigo dividir muito bem, minha realização pessoal e minha realização profissional. São duas áreas distintas, mas elas se complementam. Então, assim, eu não mudaria nada em relação a isso. Hoje eu consigo ter um horário meu que é muito bem dividido em vários lugares que eu trabalho. Em

alguns dias eu trabalho em tempo total em outros dias, eu trabalho em tempo parcial (**A**).

O que é trabalho? Trabalho é o que me distraí (sorri), entendeu?! É diversão! Eu acho que o trabalho tem que ser uma diversão e um meio de sobrevivência (...), ainda que me paguem para trabalhar (sorri). Tai, eu acho pra mim meu trabalho uma terapia, é um momento de relaxamento. Às vezes chego no trabalho mal-humorada e sempre volto pra casa bem, é muito difícil me queixar em casa do trabalho. Não levo problemas (...) de casa pro trabalho, mas se acontecer tento eliminá-los. Trabalho muito, bastante, mas me divirto bastante, também. Trabalho em tempo integral. Trabalho o dia inteiro, humm mais tenho horários flexíveis, pois não trabalho todos os dias, o dia inteiro (...) (**C**).

Olha o trabalho pra mim é fundamental porque é a maneira que eu consigo me expressar para o mundo, né?! É uma forma que eu consigo ser útil pro mundo que eu acho muito importante, mas ele tem uma participação equilibrada na minha vida (**T**).

O trabalho pra mim é uma razão importante, assim um motivo de estar aqui viva porque eu não consigo me imaginar sem fazer nada na minha vida. Eu tô sempre em busca do que meu pai fala: você não para de querer aprender. Eu tô sempre em busca do conhecimento, eu saio de uma atividade já entro em outra, fiz mestrado agora tô querendo o Doutorado. Quando eu não tô fazendo isso, estou tentando fazer um curso, eu tô sempre em busca de aprendizagem de coisas novas. (...) O trabalho sustenta minha casa, meus filhos é importante por isso também (**Y**).

Para **M** (47 anos, casada, com filho), a valorização do trabalho é função do prazer pessoal e do ganho financeiro. Hoje, a entrevistada percebe que a felicidade depende de um contexto mais amplo, que envolve sua vida emocional, doméstica e seu bem estar pessoal:

Trabalho olha, tem uma mistura muito próxima de prazer e gostar. No meu trabalho, gosto de produzir, gosto de ganhar dinheiro também, mas não necessariamente esta foi a meta é, escolhi a carreira mesmo, né?! Por vocação, por idealismo, paixão. O trabalho vem em decorrência disso e não existe a possibilidade de eu ser médica e estar em casa, não tem como. Eu tenho que tá com a mão na massa, eu tenho que ir a luta, não tem como. Olha, já foi quase que 100% e hoje eu acho que com maturidade eu reconheço que ele é importante, mas ele não é 100% da minha felicidade. Se eu estiver infeliz no meu trabalho ele vai repercutir rapidamente e negativamente na minha vida emocional, na minha vida doméstica, no meu bem estar. O trabalho hoje, ele ocupa na minha vida claramente 50% da felicidade e não tem como ser menos que isso, impossível. Na verdade em termos de vínculo empregatício eu não sou vínculo integral, mas eu (...) dedico da minha semana hoje, abril de 2011, eu dedico (...) cinco dias às

vezes, 10 horas então, em torno de 50 horas, né?! Mais ou menos, isso é certo que eu dedico. Mas tem semanas, que eu vou dedicar um pouco mais porque, vai ter uma tarefa pendente, alguma coisa mais, outro plantão que eu ainda darei, mas é uma média assim (**M**).

A (41 anos, casada, com filho), **Y** (37 anos, casada, com filho), **C** (33 anos, separada, com filho) e **T** (39 anos, casada, com filho) afirmaram que, apesar de nem sempre ter sido assim, hoje elas dão muita importância ao equilíbrio do tempo dedicado à vida familiar e ao emprego desejado ou necessário, como se pode observar nas falas a seguir:

E aí, consegui adequar minhas funções de mãe, dona de casa e médica. Elas não entram em conflito nunca porque eu consegui achar um meio termo. Quando eu trabalhava em horário total, a (...) minha vida pessoal sempre estava em conflito porque eu não conseguia uma conciliação entre as múltiplas funções que exercia. Hoje, eu consigo dividir muito bem isso. Então, eu consigo ser uma boa mãe porque tem dias que eu trabalho em tempo parcial e eu tenho tempo disponível para os meus filhos. Antes, eu tinha menos tempo para eles. Eu acreditava que a qualidade do tempo que eu estava com eles era o suficiente, por que a quantidade era pequena. E aí tem sempre aquele dito, né?! “A qualidade é boa não importa a quantidade”. Isso é mentira, você tem que ter quantidade e ter qualidade. Então, em dias que eu estou no plantão como é hoje, eu estou total aqui e, fico com o coração apertado porque eles estão longe de mim, mas eles também entendem isso. Mas eu tenho os dias que eu estou parcial, para suprir esta falta de dedicação a eles. (**A**).

Hoje eu já, trabalho em tempo parcial, pude abrir mão de alguns horários, porque eu me casei e meu marido tem uma renda melhor que a minha. A gente fez esse trato pra que as crianças não ficassem o tempo todo sem ninguém presente. Teve um momento da nossa vida que os dois precisavam trabalhar muito porque, não tínhamos um rendimento muito alto. (...) principalmente no início da carreira, quando tive o nosso primeiro filho. Então nosso filho acha que hoje a gente vê isso, percebeu, ele ficou muito tempo sem o pai e sem a mãe, ficou muito tempo com as avós. Depois que tivemos o segundo filho, a gente conseguiu aumentar a renda da família e aí consegui (...) abrir mão de algumas coisas como muito plantão, muito sobreaviso. Hoje eu trabalho com horário programado, tem horário pra entrar e horário pra sair, ainda dou plantão, quarta-feira. Então, foi um trato nosso. Hoje, principalmente, eu tenho mais tempo para estar com as crianças, para participar da atividade escolar delas. Eu acho importante isso também, eu vejo quando a gente some um pouquinho isso faz muita falta. Então, a gente não tem jeito, a partir do momento que você cria família você tem, se você quer isso, você tem que atender esse seu lado (**Y**).

Agora, quando eu sair daqui às 14h eu (...) vou ao salão, depois ao supermercado e, vou ao cinema com a minha filha enquanto ela estiver de

férias. Então, eu tento administrar isso. Eu não dou plantão então, durmo todas as noites em casa, pra mim é importante, pois eliminei muito tempo trabalhando. Isso eu alcancei (...), mas alguns anestesistas dão muito plantão (C).

Eu dou tanto valor ao trabalho quanto eu dou a minha família, meu lazer, aos meus amigos, ao meu bem estar. Então, eu luto muito para conseguir dividir isso bem. Em tempo parcial justamente pra poder conseguir dedicar um pouco de atenção pra minha casa, pro meu filho, pra minha ginástica, pra minha terapia que eu faço. Então, por causa disso (T).

A entrevistada **CL** (46 anos, solteira, sem filho) acredita que o trabalho é um meio de vida. A realização pessoal, a satisfação e a saúde psíquica, para ela, têm estreita relação com o trabalho. Por isso, ela se afastou de sua especialidade, em decorrência da intensa emoção sofrida com a morte de sua mãe, como se pode observar no trecho de fala a seguir:

O que é trabalho? Humm, meio de vida. Eu acho, que gosto muito de trabalhar atualmente. Eu estou um pouco afastada de cirurgia, por conta da vida pessoal (...) e tudo mais. Mais mesmo assim, acho que o trabalho é meio de vida. Pra você manter sua integridade psíquica eu acho que é trabalhando. Atualmente trabalho em tempo mais parcial. Até o final do ano passado, eu trabalhava em tempo integral. Só que aí por problema pessoal, minha mãe (...) ficou muito doente e, veio a falecer. Nesse período, eu me afastei um pouco de cirurgia, porque eu simplesmente deveria estar apta a qualquer emergência de dia ou de noite (...) por conta dela, entendeu?! Então eu me afastei um pouco da cirurgia para não fazer mal feito. Fazia parte de uma equipe, aí eu pedi um tempo. Então, assim, agora como eu tenho dois empregos e tenho horário, eu considero que é tempo parcial, mas até o final do ano passado era integral (CL).

De acordo com **J** (37 anos, casada, sem filho), o casamento com um homem que atua na mesma especialidade dela os aproxima, fazendo com que, inclusive, nos momentos de lazer se dediquem a assuntos profissionais comuns, o que mostra o quanto ela gosta da área escolhida:

Trabalho é algo que eu faço todos os dias (...) são desafios, são coisas agradáveis é algo que me prove meu sustento. É algo que faz com que eu enfim, descubra coisas novas e vá atrás de novas informações. É humm, o que mantém a minha atividade, né?! E assim, como eu disse a você, eu sou casada também com psiquiatra e eu gosto muito do meu trabalho da psiquiatria. Então, pra mim é um prazer falar de trabalho com ele. Teve uma vez, que a gente estava num final de semana (...) na piscina e eu tinha

imprimido um artigo (...) e a gente estava tomando cerveja e lendo aquele artigo e aí, o Marcelo meu marido virou pra mim e falou: Juliana imagina se um vizinho ou alguém passa aqui vê (...) nós dois tão empolgados num sábado de sol, tomando cerveja e falando de trabalho. Essa pessoa vai achar que somos dois malucos, né?! Mas é muito legal ter essa proximidade um com outro. Então, assim, eu acho que esse, exemplo, de certa forma mostra o que o trabalho é pra mim. Eu casei com uma pessoa que trabalha na mesma área, de tanto que eu gosto do que faço (**J**).

S (38 anos, divorciada, com filho) percebe o seu trabalho como uma missão, ou seja, como mais do que o seu ganha pão. Assim, ela valoriza mais a qualidade da relação com o paciente do que a quantidade de pacientes atendidos, o que a levou a fazer algumas escolhas, como trabalhar menos e aceitar a perda financeira decorrente disso:

(Tosse). Trabalho é, o trabalho pra mim assim, é mais do que (...) o lugar que eu venho e cumpro minha função e ganho meu dinheiro no final do mês. Eu acho que eu tenho (...) uma coisa que é uma missão assim, sabe que é, não uma missão no sentido romântico da palavra que eu sinto, que eu tenho, mas uma função no mundo, (...) e parte dessa função passa pelo meu trabalho. Então, assim, quando eu to, é proporcionando, sei lá, o atendimento aos pacientes eu tenho um super (...) critério mesmo, com a qualidade do meu trabalho, mais do que com a quantidade. Então, assim, eu fiz algumas escolhas na minha vida que, eu tive que fazer porque eu falei: não posso prejudicar a qualidade do meu trabalho. De repente eu vou ganhar um pouco menos, mas vou ter uma qualidade de vida um pouco melhor. Mas poxa, melhor de tudo vou conseguir fazer o meu trabalho do jeito que eu acho que tem que ser feito que é com calma, com tempo. Então, isso vai totalmente contra (...) o que é a rotina do médico, né? Que é um ritmo acelerado e eu acho que a gente tem uma responsabilidade muito, muito grande pra fazer as coisas com pressa, de qualquer jeito, sem dormir. Então, eu acho que isso é ruim então, meu trabalho (...) eu vejo dessa forma. Embora eu (...) seja médica aqui e não seja professora, eu exerço a função de professora o tempo inteiro e isso (...) eu acho que é uma super-responsabilidade, (tosse). Atualmente eu trabalho em tempo parcial assim, tem dia que eu trabalho na parte da tarde, tem dia que eu dou plantão de 24h, tem dia que eu fico de manhã, tem dia que eu fico o dia inteiro. Então, não é tempo integral. Eu trabalho todos os dias e tenho horários livres. Num tempo atrás, eu não tinha nenhum turno livre na minha rotina e trabalhava *full time*. É muito ruim e eu acho que é fundamental ter tempo livre até pra você poder exercer as outras atividades além do trabalho, né!? (**S**).

Quando perguntadas se tiveram dificuldades no acesso e no exercício da especialidade escolhida, a maioria das entrevistadas afirmou que não, embora

algumas tenham se referido à dificuldade de ganhar dinheiro, pelo menos no início da carreira. Por outro lado, quando perguntadas se, de alguma forma, foram estimuladas ou desestimuladas a seguir a especialidade escolhida por pessoas do núcleo familiar - ou seja, pais e irmãos-, por membros da família extensa – como primos, tios e sobrinhos –, e até por pessoas do seu convívio social ou profissional, a maioria das entrevistadas revelou que sim, que foram estimuladas, inclusive por professores, conforme se pode observar nas falas abaixo:

Não. Não tive, eu consegui assim, com mais facilidade até do que na outra especialidade, que foi de Dermato. A minha mãe não gostava muito da área não (sorri), mas eu insisti e depois ela percebeu que eu consegui assim, digamos é, sobressair dentro da área escolhida. Ela queria que eu fizesse Clínica Geral (**L**, 48 anos, casada, com filho).

Não. Não tive dificuldade nenhuma. Eu to na minha especialidade desde o quarto ano de Medicina e, não tive dificuldade de acesso nenhuma vez. Fui estimulada sempre! Por muitos professores, inclusive professores do sexo masculino e pessoas com quem eu trabalhava nos plantões. Desestimulada nunca, felizmente (**P**, 39 anos, casada, com filho).

Nunca! Nunca tive dificuldade. Ainda consegui me relacionar bem com as pessoas que eu trabalhava e ai, isso desde a época de aluna e as coisas foram caminhando naturalmente, naturalmente caminhando. Eu falo isso (...) e como professora as portas foram se abrindo naturalmente, ne?! Por mais que existam 1000 profissionais no mercado, para o bom profissional, sempre tem uma porta que se abre. É obvio que você tem de ser bom profissional, você tem que ter uma dose de sucesso, e tem que ter uma dose de conhecimento, né?! E bom senso. Quando você consegue galgar o seu caminho, independente de você ser mais um no mercado. Você vai (...) fazer a diferença. Nunca! Nunca fui desestimulada (**A**, 41 anos, casada, com filho).

Não. Nenhuma. Eu fui privilegiada na verdade assim, eu sempre tive um rendimento acadêmico que me facilitava (...). Eu sempre estudei, eu nunca fiquei numa prova final e sempre tive notas muito boas. Todo concurso que eu fazia, eu passava nas provas, eu ficava morrendo de medo, eu tinha certeza que eu não ia passar, mas eu sempre passava nos primeiros lugares. Então isso, faz com que a vida se torne mais fácil e que a gente não caia em qualquer buraco pra trabalhar. Nunca tive problemas pra ficar num local onde eu não quisesse. Eu sempre trabalhei no local que eu (...) quis alguma coisa, e eu conseguia, mas acho também que tem a ver com meu investimento acadêmico, eu nunca deixei a coisa frouxa, digamos assim. Fui 100% estimulada pelo meu pai e pelo meu marido não resta dúvida é, fui apoiada integralmente pelos dois e depois posteriormente por meu filho que tem orgulho, acha bacana e tal. Mas, não tem como exercer a carreira com esse percentual de carga horária dedicada ao trabalho. Se eu não tiver apoio e incentivo domiciliar, impossível (**M**, 47 anos, casada, com filho).

Não. Sempre fui estimulada por todas as pessoas que eu convivi e nunca fui desestimulada por ninguém. A dificuldade é porque tudo é muito difícil, né?! A Medicina não é uma faculdade fácil de entrar e eu entrei. Não é uma faculdade fácil de seguir, né?! Tem que ter muita dedicação, tempo integral, uma idade muito tenra, depois faz prova de residência difícilíssima com uma concorrência enorme. Depois da residência, sem ganhar muito, faz prova de título de especialista e é a mais difícil de todas. No final das contas você tá pedindo pelo amor de Deus pra começar ganhar algum dinheiro. Então, assim a dificuldade foi essa, tudo muito sacrificante, mas se você estuda, se você se empenha você consegue (**T**, 39 anos, casada, com filho).

Não, no meu caso não! Fiz prova de residência passei e entrei, na clínica médica. Todos os empregos que eu tive, não houve problemas, não. É fui estimulada pelo meio. Não, não houve ninguém, que me estimulou (...) nessa escolha (...). Por ter tido uma formação legal e por eu ter tido pessoas que pra mim representaram é, exemplos, como professores muito bons que eu olhava e pensava: nossa eu quero ser assim quando eu crescer. Sabe então, eu acho que o estímulo foi esse. Não teve ninguém falando vai lá, faz isso, nem teve o contrário (**S**, 38 anos, divorciada, com filho).

Não. De jeito nenhum. Não por ser mulher, mas a dificuldade foi conseguir um bom trabalho que te pague bem, um local que você ache que tenha condição boa de trabalho. E você, no início vai pegando tudo. Depois que você já está um pouquinho no mercado você vai fazendo opções pelos que pagam melhor, mas às vezes não te pagam tão bem, mas tem uma condição de trabalho boa, um relacionamento bom com patrão. Então, essas escolhas nós fazemos à medida que agente amadurece, à medida que a gente pode escolher, né?! Não tive dificuldade no acesso não. Eu acho que sou permanentemente estimulada aqui no meu trabalho, a gente tem muitos projetos de pesquisas e tem sempre aluno da graduação que te estimula, né?! Tem sempre que estar conectada (...), buscando o conhecimento, atualizar-se, né?! Congresso e tudo isso, nunca me sinto desestimulada. Assim, pode ser que em alguns momentos, que acho que faz parte de todo momento de trabalho, não da Medicina, aconteça algumas brigas, algumas decepções, e que você tenha sentido por isso, mas isso passa (**Y**, 37 anos, casada, com filho).

A entrevistada **C** (33 anos, separada, com filho), que atua na Anestesia, uma especialidade tradicionalmente masculina da Medicina, afirmou que, no início da carreira, foi um pouco desestimulada por parte de sua equipe de trabalho pelo fato de ser médica e estar grávida durante o período de residência. Ela acrescentou ainda, que a convivência é muito mais fácil com os homens, que costumam ser super protetores, do que com as mulheres, que criam obstáculos:

Não. Eu dei sorte! Dei muita sorte e eu consegui passar na residência fácil e na minha própria residência fui aproveitada pelos meus chefes da residência.

Trabalho com eles até hoje, o dono daqui é um médico, meu chefe de residência. Não fui muito estimulada, na verdade até me desestimularam de alguma forma porque eu era mulher (...) e eu engravidei na minha própria residência. Era meio competitivo e eu era a única mulher. Éramos cinco, quatro homens e uma mulher grávida e o preconceito que eu tive como desestímulo da área. Eu tive grávida na residência e eu posso dizer que por ser mulher eu achei difícil, muito mais difícil a convivência com mulheres do que com os homens. Os homens não fecham porta, pelo contrário são super protetores, e as mulheres criam muitos obstáculos. Não sei por que isso acontece! (C).

A entrevistada **CL** (46 anos, solteira, sem filho) afirmou não haver obstáculo nos serviços de saúde por que o acesso é por concurso. Contudo, no consultório, as dificuldades são grandes e começam com as dificuldades encontradas para conseguir realizar convênios de saúde, que fazem a ponte entre o médico e o paciente, ajudando-o a fazer uma clientela. No que diz respeito ao exercício profissional, a entrevistada assinalou o preconceito sofrido, tanto por parte dos pacientes quanto dos próprios colegas, pelo fato de ser mulher, como se pode observar na fala a seguir:

Há sempre dificuldade, né?! O acesso não, porque tudo que eu consegui foi por concurso mesmo então, fiz vários concursos públicos passei na maioria e fui deixando de lado o que não me interessava e pegando o que eu acho que era melhor. Então, assim eu já fui concursada do Hospital da Posse (Nova Iguaçu), já fui concursada no Getúlio Vargas, já fui concursada no pronto socorro de São Gonçalo, Duque de Caxias, Miguel Couto, aqui na UNIRIO foi concurso, na polícia foi concurso. Então, o acesso era por concurso (...). Então, eu não tive tanto problema quanto a isso não. E aí, eu fui largando o que era menos interessante pra mim e aí, a última a ser largada foi Miguel Couto. E fiquei aqui na UNIRIO e na Polícia, porque médico não pode ter 03 vínculos. Em relação à vida privada, sim. É difícil de você ter um consultório teu, você conseguir os convênios e como te falei não tenho ninguém na família médico que pudesse me ajudar, me introduzir. Então, sempre tentei incessantemente mais eu não consegui ter um consultório particular. Outro ponto é que eu não conseguia fazer convênio e aí, sem convênio o cirurgião geral, somente vive com particular e, aí o consultório acaba não vingando. Então, tive dificuldade. Em relação ao exercício sempre sofri preconceito tanto de colegas quanto dos próprios pacientes. Existe, existe o preconceito (...) e o preconceito pesa mais. (CL).

CONSIDERAÇÕES SOBRE A CATEGORIA

Nas últimas décadas, o mundo do trabalho mudou nas sociedades ocidentais modernas. Os efeitos da globalização e das sucessivas crises econômicas, a geração de novas tecnologias, a facilidade de acesso à informação e a entrada maciça de mulheres no mercado de trabalho vêm alterando as formas de trabalho. Em meio a tantas mudanças, parece que o ambiente médico também mudou em vários aspectos, inclusive no que diz respeito às mulheres. A questão da inserção das mulheres médicas no mercado de trabalho parece ocupar posição de destaque no discurso das entrevistadas, seja para demonstrar a importância dada hoje pelas mulheres ao exercício da profissão, nas mais diferentes especialidades, inclusive naquelas tradicionalmente consideradas masculinas, seja para destacar que a relação médico-paciente é influenciada por diferentes fatores, que vão além do fato do médico ser homem ou mulher ou da especialidade escolhida, seja para se referir à confiança e credibilidade gerada em seus pacientes e a consolidação da imagem da mulher médica.

Cabe destacar aqui que, a despeito disso, ainda se pode perceber, em alguns discursos das entrevistadas, que o sexo do médico continua a ter um certo peso, tanto na relação com os pacientes como com os colegas, sejam eles homens ou, para algumas delas, principalmente mulheres, em especial em algumas especialidades médicas tradicionalmente vistas como masculinas.

No que diz respeito à residência médica, contudo, que envolve um concurso disputadíssimo, pois as vagas nos bons hospitais universitários são poucas para o crescente número de candidatos que aumenta anualmente, bem como à disputa de vaga nos hospitais, como elas são preenchidas por concurso, o que importa não é o sexo do médico, mas sim seu conhecimento e competência na área.

No que diz respeito ao aspecto mercadológico, também mudou a maneira como homens e mulheres são remunerados por seus serviços e a própria forma como a sua profissão é vista pela sociedade. Para as participantes, as especialidades mais valorizadas hoje são aquelas que exigem uso de equipamentos de alta tecnologia, sofisticados e complexos. Essas situações desafiadoras abriram novas possibilidades para as mulheres médicas, que tentam conseguir entender e gerenciar toda essa teia de inter-relações envolvidas no exercício da Medicina (NETO, 2011; SILVA, 1993).

Ainda segundo as participantes, a identidade médica é moldada por valores e normas do mundo da Medicina e, neste caso, o indivíduo precisa estar apto a comportar-se segundo essas normas para passar pelas classificações e hierarquias estabelecidas pela sociedade médica. Esse processo de socialização, segundo as entrevistadas, resulta em comportamentos que são esperados e específicos de cada especialidade médica e que, muitas vezes, são acompanhados de sintomas de irritabilidade, ansiedade e angústia. A natureza estressante da atividade exercida durante a residência médica, por exemplo, é caracterizada, entre outras coisas, pela exigência de desempenho, sobrecarga assistencial, excessiva carga horária de trabalho e plantões noturnos, que acabam levando os residentes a um desgaste físico e sofrimento psíquico (CAMARGO, 2010, 2011; MELEIRO, 2001).

A pressão sofrida pelas nossas entrevistadas na correria do dia-a-dia não diminui à medida que o tempo passa. As médicas que trabalham muito, especialmente aquelas com filhos, acabam ficando escravas das demandas diárias e, assim, não conseguem se planejar para ter uma vida mais equilibrada. Por outro lado, para quase todas as entrevistadas, no entanto, quando a pessoa é disciplinada, acaba tendo mais liberdade e mais tempo para fazer o que gosta (CANTEIRO, 2011).

Cabe assinalar aqui também, que cada uma das mulheres médicas que participou de nosso estudo, mesmo apresentando características de vida comum, viveu e vive suas experiências de modo diferente e único, confrontando-se com uma multiplicidade de desafios na busca por empregos melhores e mais gratificantes. Apesar disso, percebemos que estas barreiras parecem não levar nossas entrevistadas a abandonar a ideia de uma gravidez, ou acreditar que ela inviabilizaria o crescimento profissional e as realizações da vida de uma mulher. Assim, pode-se afirmar que, para elas, a médica atual pode e deve assumir novos papéis sem ter que abrir mão do ideal da maternidade (FRANCO; SANTOS, 2010; MENEZES; HEILBORN, 2007, BAUDELLOT, 2003).

Por fim, o que se pode perceber no discurso de nossas entrevistadas é que se, por um lado, o acesso das mulheres médicas a especialidades antes praticamente restritas aos homens, abrindo novas perspectivas e permitindo a elas maior autonomia em suas escolhas, maior qualificação e um convívio mais harmonioso com a equipe de trabalho, de um lado, e com os pacientes, de outro, elas continuam sendo vistas – e se vendo – como as principais responsáveis pelos

filhos e pela administração doméstica. Nesse contexto, trabalhar, para nossas entrevistadas, significa, além do prazer resultante do exercício cotidiano de sua atividade como médica, a possibilidade de oferecer a si e aos familiares melhores condições materiais e emocionais de sobrevivência, questões que trataremos a seguir (ARAUJO; SCALON, 2007b; GIDDENS, 1994).

3.3.3 Conciliação vida familiar, exercício profissional e maternidade

Nesta categoria foram analisadas questões referentes ao significado da família para as participantes do estudo, bem como o lugar que a família ocupa em suas vidas. Além disso, procurou-se entender se seu trabalho profissional interfere em sua vida pessoal e/ou familiar, bem como se sua vida familiar afeta sua atuação profissional. Outro aspecto considerado nesta categoria refere-se ao tempo que as entrevistadas dedicam a sua família e as dificuldades e soluções encontradas por elas para conciliar suas responsabilidades domésticas familiares com sua atuação profissional. Além dessas questões, procurou-se entender a visão das participantes sobre o planejamento familiar, em especial, no caso das médicas. Procuramos ainda observar se as participantes com filhos são prejudicadas no seu crescimento profissional. Por fim, buscamos entender o que as entrevistadas pensam a respeito da participação masculina nas tarefas domésticas, que envolvem os cuidados com a casa e os filhos e se acreditam que eles devem assumir mais responsabilidades do que fazem atualmente. Assim, esta categoria foi dividida em três subcategorias: Família e Trabalho; Trabalho Feminino e Maternidade; e Participação Masculina na Vida Doméstica.

A. Família e Trabalho

Quando perguntadas sobre a importância da família em suas vidas, cinco participantes, **L** (48 anos, casada, com filho), **P** (39 anos, casada, com filho), **C** (33 anos, separada, com filho), **CL** (46 anos, solteira, sem filho) e **J** (37 anos, casada, sem filho), apontaram para o fato de que a família é a “base de tudo”. A família, aqui entendida como composta por pai, mãe e filhos, tem como função básica transmitir

valores, dar apoio, proporcionar solidariedade, além de oferecer segurança, carinho e amor para se ultrapassar os obstáculos e momentos difíceis da vida, conforme se pode observar nos trechos das falas abaixo:

É muito importante, eu gosto muito da minha família. É, (...) o sustento, né?! da vida, da nossa vida é a família. Sem a família você não consegue assim, suporte para ultrapassar todos os obstáculos que você vai ganhando na sua existência, principalmente se temos filhos e trabalhamos. Com a família assim, você tem o apoio, você tem carinho, você tem amor pra poder sustentar tem força pra poder ultrapassar todos os problemas que vão surgindo na sua vida (**L**).

A família é base central, o porto seguro. A família para mim é fundamental, fundamental. Tenho uma família com pessoas que realmente eu acho isso importante, elas compreendem meu trabalho, valorizam meu trabalho, então eu tenho sorte de poder contar com a minha família (**P**).

Família, família é à base de tudo. Sem a família não dá nem pra começar a trabalhar, nem pra se divertir (sorriu) é a base (**C**).

A família e tudo, né?! Eles sempre me incentivaram pra caramba é importância fundamental. Agora assim, eu não sou casada eu não tive filhos eu fiquei muito com meus pais. Então assim, isso realmente acho que facilitou o fato ter conseguido cirurgia geral por tanto tempo, né?! Eu acredito que você casada com filhos, principalmente com filhos, você não consegue se dedicar desta forma (**CL**).

(...) eu sou filha única como eu disse a você, né?! Família pra mim é meu pai minha mãe e meu marido. Pra mim (...) a minha família, né?! são essas pessoas. É, é eu não fui (...) criada lá com tios, primos e tal, eu nunca tive uma identidade uma identificação, melhor dizendo, com essas pessoas então, a minha família, pra mim, sempre foi assim os meus pais. A referência hoje é o meu marido mas assim, num âmbito geral, né?! (...) assim, para todos as pessoas eu acho que família é, é, é (...) aquelas pessoas, né?! (...) pra quem você volta e nas quais você encontra conforto. (...) Tipo assim, estar num ambiente de pessoas que sabem a sua história de vida, que te entendem como você é, com as quais você se sente confortável e que te dão suporte pra outras coisas difíceis da vida (**J**).

Apesar das mudanças por que a família vem passando nas últimas décadas, **A** (41 anos, casada, com filho) não se mostrou alheia aos dilemas das mães que trabalham fora e reconhece que é preciso batalhar para conciliar a paixão pela profissão e a dedicação aos filhos e familiares. Esse conflito, segundo a entrevistada, foi solucionado por ela quando mudou sua área de atuação e, assim,

pode equilibrar seu tempo entre os filhos e o trabalho, como se pode observar na fala abaixo:

É total assim. É, eu acho que não seria boa médica se eu não fosse boa mãe. Então a família para mim é tudo. Então, eu amo trabalhar com Medicina, amo trabalhar na área que eu escolhi. Quando eu era aluna e comecei a ler sobre isso e se hoje assim, se eu tivesse que botar numa balança e tivesse que escolher uma coisa para fazer na minha vida eu deixaria de ser médica, só para ser mãe e seguir com a minha vida pessoal. Se, em longo prazo isso me frustraria de alguma maneira eu não sei mas é, as duas áreas são importantes. Se puder colocar em grau de importância, a médica tem isso muito bem definido, na hora que agente vira mãe, ne?! Quando, eu eu eu eu fiz minha residência e fui ser mãe pela primeira vez, e eu falei um dia eu falei assim, eu não quero mais ser obstetra porque agora eu tenho filho, eu quero fazer só ultrassom, por que ultrassom eu tinha definido para fazer aquele número X de exames e ai na hora do almoço estava em casa com meu filhinho. E ai, eu estava tranquila em relação a isso (**A**).

M (47 anos, casada, com filho), destacou que sua família e a de seu marido têm um caráter conservador no que diz respeito aos laços, normas e valores familiares. Diante desta realidade, ela se filiou e se submeteu ao modelo familiar recebido de gerações anteriores, mesmo que alguns pareçam estar obsoletos:

Olha, a o meu sentido de família é muito forte muito amplo, o meu pai é de uma família. Meu pai e minha mãe criaram que a família era prioridade é, acredite você, eu até hoje nos meus 47 anos, eu nunca passei um natal, um ano novo, longe da família. Nem ano novo que as pessoas vão pra gandaia, festas sem a família. Sempre foi obrigatoriedade é cultural familiar, que fosse com com família nessas festas. Então, a família é unida é minha família é que vai me amparar em qualquer momento. Eu recorro muito pouco a amigos, eu sou de uma irmandade de quatro então, isso já facilita é sou muito vinculada aos irmãos do meu pai e as irmãs e aos irmãos de minha mãe então, tem o vínculo com meu marido e é a mesma coisa. Eu casei e ainda teve essa força. Eu casei também com marido que tem uma força de família fortíssima então, é pra mim assim, o laço é muito preservado (**M**).

S (38 anos, divorciada, com filho) afirmou que a família ajuda as pessoas a se manter mais “centradas”, mais “regradas”, a conseguir manter uma estrutura mais organizada em casa. A entrevistada destacou, ainda, a importância da família como a base de tudo, como “porto seguro”, local onde a ajuda mútua proporciona uma convivência unida e carregada de afeto. Para a participante, isto se reflete no seu bom desempenho no trabalho e lhe concede maior flexibilidade no relacionamento

com os filhos, familiares e na relação afetiva estável que mantém com seu parceiro depois que se separou:

Ai, família pra mim é, (tosse) família pra mim é, é uma coisa muito importante assim, minha família é, mesmo eu sendo uma pessoa divorciada, né?! (...) eu tenho o meu núcleo familiar, eu tenho minha família eu e meus filhos, né?! E nos ajudamos pra gente viver unido com afeto. Tenho um namorado, namorado assim, é que a gente se fala, a gente não vive juntos mas a gente se relaciona a muitos anos. Então a família pra mim é o é o local, é o meu, como é que vou dizer, é meu porto seguro eu diria isso assim. Então a família é o local em que eu, em que eu sinto é... eu acho que é base, é base de tudo assim, a base é... a base da nossa segurança, eu acho a família ela é um facilitador também no sentido da gente ter é, (...) uma vida mais regrada, então eu acho que a família ela puxa muito pra isso. Acho que assim, se eu não tivesse uma família, acho que eu seria uma pessoa mais desordenada com horário, de repente é, enfim eu acho que, talvez até eu dedicasse mais ao meu trabalho, de repente eu ia varar uma noite estudando um negócio (...) eu acho que a família ela ela traz essa coisa da...regra assim pra gente, acho isso uma coisa importante. Então eu sei que eu tenho os meus filhos ali, eu sei que posso, por exemplo, nesse fim de semana não (...) trabalhar, sei lá, não to a fim de dar esse plantão, vou pagar alguém. Aí penso, não, não posso fazer isso, eu tenho um compromisso, uma estrutura que eu cuido, uma estrutura que eu mantenho, não só financeira assim né, mas um exemplo mesmo, então eu acho que, a família faz a gente, ficar mais centrada, eu sinto, eu sinto isso, uma das coisas mais importantes (**S**).

T (39 anos, casada, com filho), por outro lado, apontou que, apesar de não considerar que a família seja “a coisa mais importante do mundo”, acredita que a relação com a família é um aspecto muito importante, fundamental em sua vida:

A família pra mim é muito importante, mas (...) não é a coisa mais importante do mundo. Eu divido bem, né?! Eu acho que família é fundamental. Eu tenho um filho e a criação do meu filho só tenho oportunidade de fazer o que eu to fazendo com ele, agora e daqui apouco já são outros momentos, né?! A família como um todo é minha vó, meus tios, eu tenho muitos primos, tenho um irmão que mora fora e eu dou atenção no que é possível. Dentro do contexto, eu acho família bastante importante (**T**).

Já **Y** (37 anos, casada, com filho) acredita que “família é tudo” e aceita os limites que a maternidade lhe impõe. Ela deixa claro que conciliar vida familiar e trabalho é importante para que ela possa ter maior autonomia financeira e proporcionar, assim, aos filhos, uma melhor educação e atividades extra-classe,

mesmo que, com isso, tenha que trabalhar mais e abrir mão de investir em trabalhos que lhe tragam mais prazer:

Família é tudo, família é o que faz continuar, né?! Hoje, inclusive estava falando para meu marido, assim se fosse para trabalhar pra ter uma remuneração é só pra mim e pra ele eu podia trabalhar muito menos que eu trabalho (...) hoje, e ter mais opções de trabalho por prazer. Investir no estudo de doenças do fígado em trabalhos (...) voluntários, eu tenho espaço pra isso, mas isso não me traz uma remuneração e hoje como eu tenho 2 filhos eu tenho que pensar em pagar a escola, pagar as atividades extras escolar que faz parte, da nossa classe, quero fazer natação, quero fazer isso, então é, é, é o que te faz pensar em tomar as decisões, né?! (**Y**).

Quando perguntadas se o trabalho interfere na sua vida pessoal e/ou familiar, quatro entrevistadas, **L** (48 anos, casada, com filho), **Y** (37 anos, casada, com filho), **P** (39 anos, casada, com filho) e **CL** (46 anos, solteira, sem filho), apontaram que sim, frequentemente criando um embate velado. Nesta luta, percebe-se que, de um lado, estão as médicas, exaustas e cheias de culpa, se desdobrando para dar conta da família e trabalho e, do outro, filhos, pacientes e chefes cobrando atenção, cuidados e tarefas, como se pode observar nas falas abaixo:

Interfere um pouco. Eu tenho um filho de 11 anos que ele sempre me cobra um pouco mais de atenção. Ele queria que eu levasse ao colégio, que buscasse no colégio, que levasse ao curso de inglês, que eu levasse a natação, mas não é possível. Não tem como, preciso trabalhar também, todos precisamos (**L**).

Sempre interfere. A gente acha que pode separar as coisas, mas eu, eu sou uma pessoa que o emocional mexe muito comigo. Então, se eu assumo um trabalho novo a maioria das vezes meus filhos me veem mal em casa, né?! Eu tenho até que tentar controlar para não descarregar neles. Eles até falam: mamãe hoje esta nervosa, vamos para o quarto. (sorri). Mas é difícil você saber separar o lado pessoal e, quando to no trabalho e assim me aborreço lá e não levo isso pra casa, é muito difícil, pois você continua sendo a mesma pessoa em qualquer lugar, né?! (**y**).

100%, 100%. E por ser responsável também pela enfermaria, inclusive nos meus finais de semana, eu tenho acionamentos por telefones pessoais de pacientes, então 100% tenho essa interferência (**P**).

Interfere, né?! Como eu tava te falando eu era totalmente sempre apta a qualquer coisa que viesse da cirurgia, né?! Passei muito réveillon em pronto socorro, já passei muito Natal e, já deixei de viajar de férias porque não dava. Eu tava de férias nos empregos públicos e, não dava pra viajar por causa da

equipe particular. Enfim, abri mão de milhões de coisas sempre, só não abri mão da minha família, quando minha mãe ficou muito doente eu parei um pouco e, to parada até agora, tem uns 03 meses (**CL**).

Da mesma forma que as outras entrevistadas, **S** (38 anos, divorciada, com filho) mencionou que o tempo com a sua família é considerado muito importante e, por isso, se sente, muitas vezes, culpada por privá-los da convivência com a mãe por causa de seu trabalho. Hoje, consegue lidar melhor com essa situação, até por que, geralmente, não trabalha mais nos feriados e finais de semana. Ela acrescentou, contudo, que isto não é um problema das médicas, mas da mulher, de modo geral, como se pode ver na fala a seguir :

Com certeza, com certeza. Então, (tosse) agora, agora eu digo que eu tenho uma vida pouco mais normal né?! Porque eu não trabalho mais nem feriado nem final de semana, exceto um ou outro, mas quando, eu tinha vida mais é, quer dizer, que eu não tinha essa, essa situação de hoje, o trabalho era muito complicado. Então, por exemplo, feriado (...) é aquele dia que todo mundo fica super feliz, porque não vai trabalhar e eu ficava desesperada porque eu trabalhava e não ficava com os meus filhos e, então assim, feriado pra mim era terrível porque eu falava, feriado significa crianças em casa sem mamãe então, crianças em casa doidas pra fazerem várias atividades e eu não tava ali pra estar com eles porque eu tinha que estar no trabalho. A empregada (,,) você não pode dar folga, você tem que pagar extra, então feriado pra mim era um péssimo negócio. Então, nesse sentido sim é..em várias outras coisas que não pude tá presente porque eu tava no trabalho. Mas isso eu acho que não é uma questão da Medicina, acho que é uma questão da mulher que trabalha fora, não só isso, né!? (**S**).

C (33 anos, separada, com filho) apontou para o fato de que o trabalho interfere na sua vida pessoal e familiar de forma positiva. Para a entrevistada, seu trabalho é algo que lhe traz satisfação e sua filha, além de perceber isso, obtém benefícios materiais com o fruto do trabalho da mãe, como se pode observar na fala abaixo:

Sempre interfere, né?! Impossível você ser uma pessoa diferente nos lugares (...) o que você aprendeu em um ambiente você leva pra outro. Pelo menos eu sou uma pessoa em qualquer lugar. (...) Mais acho que no meu caso, interfere positivamente. Porque eu chego no meu trabalho e ele não é uma coisa negativa na minha vida. Eu não vejo o trabalho como uma coisa pesada e difícil na minha vida. Eu resolvo problemas nas cirurgias que, às vezes, os cirurgiões não conseguem. Eles reconhecem meu trabalho. Nem minha filha

que fica em casa me esperando vê meu trabalho como uma coisa pesada, difícil e complicada. Por que ela vê que eu chego bem e que ela tem benefícios com isso, que ela pode viajar sair, ela pode conseguir as coisas que ela quer com isso, e realmente faz parte da vida. Como vai viver sem trabalhar, neh?! (C).

A entrevistada **A** (41 anos, casada, com filho) afirmou orgulhar-se de, finalmente, ter conseguido controlar suas funções de mãe e profissional, podendo agora privilegiar a família, uma vez que pode reduzir sua carga horária de trabalho. Ela se mostrou contente, inclusive, por ter constatado que isso não a tornou menos produtiva e competente, como se pode observar na fala abaixo:

Não. Não interfere porque eu consigo ter isso bem controlado. Tipo assim, é... é... meu marido é médico então acho que isso facilita muito a vida, né?!, é... Então ele é da mesma área que eu é... Mas eu não sou refém do trabalho. Então, por exemplo, eu já fiz consultório sábado até 14hs, é uma coisa que eu não admito fazer mais hoje, isso não existe na minha vida. É... eu não admito, um trabalho que me tire da convivência familiar se não for uma urgência, isso me incomodaria. Se o trabalho não for uma urgência e me tirar desse é... meu dia a dia ai sim, ele me incomoda. (pausa), Ah, lembrei eu tava falando do dilema que a médica passa quando ela vira mãe em relação, como vai ser sua vida de agora em diante. No meu caso, eu tinha escolhido ser médica muito bem definida no que eu queria e a vida foi caminhando, mesmo grávida continuei trabalhando com obstetrícia e fazendo plantão e tudo bem, mas quando o filho nasce você para e pensa: e agora como vai ser? Eu vou continuar sendo a boa médica que eu queria ser? Mas eu também, quero ser boa mãe, ne?! E como fica minha vida a partir de agora? Resolvi mudar tudo resolvi que ia fazer só ultrasson para ter mais tempo livre. Tenho um horário definido trabalhando 06 horas por dia com urgências, normalmente em tempo parcial e o resto dos dias passaria com o bebe em casa. Aí, foi quando eu percebi que a minha escolha de especialidade aconteceu antes de ser mãe então, eu não podia mudar a minha escolha (...) só porque eu tinha virado mãe. Então eu tinha que conciliar as duas funções. Eu tinha que continuar trabalhando com o que eu tinha escolhido mesmo que eventualmente eu tivesse uma urgência e conciliar o outro papel que tinha aparecido na minha vida que é ser mãe no meio desta história toda. E ai foi isso que acabou acontecendo. E no final, foi muito bom pra mim que é... os meus filhos cresceram eles tão um pouquinho maiores pra ter um grau de entendimento para entender e para perceber que muitas vezes eu saio para uma emergência mais que eu volto e que isso não acontece sempre pois são acontecimentos eventuais. Óbvio que tem momento tem meses que eu tenho maior número de urgências, tem meses que tem menor numero de urgências mais eu não deixo nunca de ter os meus momentos em família, porque eu poderia estar no hospital operando a paciente a tal hora, que no final de semana eu poderia botar mas cirurgia pra fazer então, eu não faço isso nunca. Porque nesse momento, eu privilegio a minha família e, ai eu prefiro

ficar muitas vezes sem almoçar porque eu faço consultório e vou operar mais eu faço ao longo do dia tudo correndo e muito rápido. (...) Quero estar em casa no final da tarde quando eles vão chegar, eu quero jantar com eles, eu quero saber como foi o dia deles. Então eu prefiro que meu dia passe muito rápido correndo eu quase não como, mais eu estou em casa no final do dia (A).

Para J (37 anos, casada, sem filho), a opção por não ter filhos em favor do estudo e da carreira profissional foi positiva. A questão é que ela viaja muito e gosta do que faz e, quanto mais estabelecida na carreira ela estiver, maior será seu compromisso com o trabalho e mais difícil fica ter filhos. Isto porque, quanto mais bem-sucedida, maior a sua responsabilidade e maior o conflito resultante da divisão do seu tempo entre o trabalho e a família, como se pode observar na fala a seguir:

Com certeza, integralmente. Eu acho que a gente já falou bastante disso, né?! Eu sou casada com psiquiatra e falo disso o tempo todo (...) e, além disso, (...) na outra empresa que eu trabalho, eu viajo muito. É uma empresa Dinamarquesa, então, vou de seis a sete vezes por ano pra Europa e mais, pros EUA, e viajo o Brasil todo então, me ausento muito do Rio de Janeiro. Quando eu me casei com meu marido, eu não tinha planos de ter filhos e em algum momento as pessoas te cobram tipo meu pai, minha mãe, minha sogra. E aí, eu falo que continuo sem querer. Entrei no casamento sem querer filhos e ele também. (...) pensamos sobre isso algumas vezes, mas ficou só no desejo. Se quiséssemos, eu ia ter que mudar completamente a minha rotina. Hoje, não teria nenhuma condição de ter um filho com a minha rotina como ela é e, assim eu não tenho nenhum desejo de mudar a minha rotina porque ela é puxada com muita viagem e tal. Mas eu gosto dela assim. Eu gosto de viajar o mundo todo. Eu gosto de conhecer diferentes culturas, diferentes visões da minha área profissional e de lidar com pessoas diferentes, e desafios. Mesmo se tivesse que estar num outro país falando uma língua estrangeira e ter que defender enfim, a minha ideia, o meu ponto de vista. Eu acho isso muito interessante e, essa troca é muito enriquecedora (J).

Pode-se perceber no discurso de M (47 anos, casada, com filho) que ela dedica muitas horas a seu trabalho como docente, o que, por vezes, parece incomodar seu marido que, como ela, também é docente e médico. Contudo, como ele afirmou, ele consegue separar a vida profissional da vida familiar, algo que ela não consegue fazer:

Diretamente, diretamente, por exemplo, brincando ou não, às vezes, meu marido brincava assim comigo: um dia eu queria ser aluno do 8º período. Essa turma que você acabou de ver, porque ele achava assim, que eu

sempre dedicava um carinho a mais uma coisa mais em casa é... Quando ele falava assim você vai ficar sentada no computador? Eu respondia: to fazendo o programa do 8º período, preparando aula para 8º período. Então, ele falava: meu sonho era ser aluno do 8º período. É... eu acho mesmo que as vezes ele se incomoda, apesar dele ser médico, ser professor e trabalhar comigo. Mas ele tem hum... hum... uma separação do trabalho com a vida domiciliar que eu não consigo ter. As coisas meio que se misturam pra mim. (...) eu já fiz grupo de estudo dentro da minha casa e (...) a coisa é confusa, misturada mesmo. Eu não tenho muita facilidade para separar isso (**M**).

Para **T** (39 anos, casada, com filho), o trabalho interfere na vida familiar por que exige muito das pessoas. Assim, é preciso ter consciência do que se quer e do que é de fato importante, a fim de estabelecer limites e não aceitar tudo que lhe oferecem, como se pode observar na fala abaixo:

Interfere, porque o trabalho te suga né e quanto mais você se expõe mais você tem que trabalhar (...), então, eu acho que a gente tem que ter assim muita consciência do que a gente quer, do que é importante pra gente, pra gente saber limitar e dizer não a certas coisas mantendo-se num caminho que é bom pra você (**T**).

Quando perguntadas se sua vida familiar afeta a sua vida profissional, **L** (48 anos, casada, com filho), **P** (39 anos, casada, com filho) e **A** (41 anos, casada, com filho) apontaram que é preciso saber administrar o tempo e delegar tarefas. Elas acrescentaram, ainda, que a vida profissional interfere muito mais na vida familiar do que o oposto:

Não! Porque eu faço assim: o que eu gosto é tem que ter limite, entendeu? Também na parte da família e na parte do profissional. Você não pode levar os problemas do trabalho para casa e os problemas de casa para trabalho. Tem que ter uma linha de separação, distribuir as tarefas senão fica muito difícil você ficar com a sua família ou ficar no seu trabalho (**L**).

Não. Não afeta! Não acredito. O inverso sim acontece, mais a vida pessoal não afeta, quer dizer, depende da relação e da necessidade de se ter uma pessoa pra ficar com a minha filha, então essa pessoa não pode, se atrasar, pois atrasa minha chegada aqui, tem que ter parceria. Então, de certa forma pode afetar mais em relação ao que o trabalho afeta na vida pessoal, é quase irrelevante (**P**).

Não. A familiar não afeta a profissional. É, a familiar pra mim é tão importante quanto o campo profissional, em alguns aspectos até mais importante, porque se eu não tivesse uma vida familiar realizada acho que ainda como

profissional, poderia estar realizada. Uma não afeta a outra. Assim, (...) se você tiver a vida profissional como prioridade (...) e deixando a vida familiar se acabando, tem várias pessoas que aconteceram isso. Então isso sempre foi um exemplo forte pra mim porque eu não queria isso como exemplo na minha vida pessoal sabe, então assim, a minha vida familiar não afeta a minha vida profissional. Mas a profissional pode afetar a familiar, mas eu não deixo que aconteça (**A**).

Já para **C** (33 anos separada, com filho), ao contrário, talvez a família afete mais sua vida profissional do que o oposto, uma vez que as mulheres de sua família são muito independentes e trabalham o que talvez faça com que ela lide com as tarefas e compromissos do trabalho de forma natural e despreocupada:

Pois éh, eu acho que minha vida familiar, talvez afete mais na minha vida profissional. Porque a minha família é muito permissiva com o trabalho. Isso que estou falando é das mulheres na minha casa. São mulheres muito independentes, entendeu?! Minha mãe sempre trabalhou, faz mestrado então, assim, se eu falar que tenho uma cirurgia ninguém se importa, entendeu?! É uma coisa muito, muito, tranquila então, talvez isso imponha um ritmo familiar no meu trabalho, impõe por conta disso. (...) por mais que a família imponha um ritmo no trabalho, também sou divorciada, entendeu?! Talvez seja isso (**C**).

Para **CL** (46 anos, solteira, sem filho), a relação familiar é vista como importante em sua vida profissional, uma vez que sua família sempre foi grande incentivadora do seu trabalho, dando muito apoio moral sempre que tinha problemas na carreira profissional:

Afeta neste sentido né, (...) sempre fui muito incentivada pela minha família no trabalho, apesar dessas coisas todas de fazer isso e fazer aquilo estava sempre muito ligada ao trabalho. Sempre foram eles os incentivadores, com certeza (**CL**).

Para **J** (37 anos, casada, sem filho), que não tem filhos e, caso tivesse, não teria podido assumir todas as suas atividades, seus pais, por serem velhos, constituem o principal fator de interferência na sua vida profissional, uma vez que ela trabalha muito e eles se queixam da sua ausência. O relacionamento da entrevistada com seu pai, mais ligado nas novas tecnologias é mais fácil, e se dá, muitas vezes, por mecanismos digitais, como a *internet*, o *celular*, o *facebook*, o *e-*

mail, o *skype*, entre outras possibilidades. Já com sua mãe, o contato é, na grande maioria das vezes, por telefone e visitas em sua casa, entre uma viagem e outra, e ela não entende porque sua filha trabalha tanto, queixando-se muito. Apesar de tentar suprir sua ausência, acredita que nunca vai conseguir dar à sua mãe a atenção que ela desejaria ter da filha:

Sim. Também, eu não tenho filhos, então, se tivesse eu não poderia assumir (...) essas atividades que eu tenho hoje. A não ser se eu tivesse tido filhos muito nova e eles já fossem crescidos, né?! Então a família interfere sim. Os meus pais se queixam muito da minha ausência, mas eu to sempre procurando meu pai ele (...) apesar de já ter bastante idade ele é bem adequado a essas questões tecnológicas, então eu me comunico bastante com ele através desses meios. A minha mãe não, ela não tem tanta facilidade com isso então, ela queixa mais. A minha mãe tem um outro ritmo ela é de uma outra geração e ela parou, sabe, ela não acompanhou esses avanços, então ela é aquela pessoa que você tem que ligar, e a conversa telefônica tem que ser pausada, tem que ser demorada. Assim, um encontro não pode ser de meia hora, um almoço não pode ser rápido, ela não entende porque eu trabalho tanto, né?! Assim, ela (...) não entende eu ter prazer de viver desse jeito, é uma coisa que é difícil pra ela compreender então, ela sempre tem uma queixa da minha ausência e eu procuro sempre tentar suprir, mais eu acho que nunca vai ser o tanto que ela gostaria (J).

Na fala a seguir, J (37 anos, casada, sem filho) se referiu ao fato de que sua participação ativa no mercado de trabalho afetou seu relacionamento com o marido antes do casamento, uma vez que ela tinha ciúme quando ele viajava. Mas, com o amadurecimento da relação, isso mudou, inclusive porque, como ele também é psiquiatra como ela, muitas vezes vai junto aos congressos e eventos na área:

E assim, o fato do meu marido ser psiquiatra e trabalhar na mesma área que eu, acho que facilita bastante, mas no início do nosso relacionamento, antes da gente tá junto, de fato era muito complicado. Assim, tinha muito ciúme quando eu viajava pra fora e ficava uma, duas semanas em (...) reunião com pessoas que também, estavam longe de suas famílias. É um ambiente assim, propício pra encontros digamos escusos, né?! Se for o objetivo, né?! Mas eu acho que você pode ter desejo (...) enfim, qualquer desvio dentro dessa relação amorosa pode acontecer, em qualquer lugar não precisa ser do outro lado do mundo pode ser até aqui. Enfim, foi com o tempo assim, com o amadurecimento da nossa relação e, do afeto e a percepção dele, que isso mudou. Hoje em dia é uma coisa que ele lida bem já não tem maiores problemas, né?! Até porque, em muitas viagens a gente vai junto. Como ele é psiquiatra, também quando é um congresso um evento assim a gente vai junto. Eu tiro uns dias de férias (...) uma semana antes e outra semana

depois. Tipo a gente foi agora pro Havaí em maio que teve um congresso de psiquiatria da sociedade americana e ficamos mais dez dias passeando então, a gente vai se adequando né?! Dessa forma, eu acho que nos dois lados há uma influência sim (**J**).

M (47 anos, casada, com filho) acredita que, por ela ser muito ligada na sua profissão, talvez sua vida profissional interfira mais na vida familiar do que a familiar afete a esfera profissional, algo que está em consonância com as antigas crenças do universo masculino:

Afeta, néh?! Diretamente afeta, mas acho sim, que a profissional afeta mais do que a familiar afeta na profissional, porque eu sou tão profissional, sou tão amarrada com essa coisa de ver a personagem profissional que talvez, seja mais fácil, é, a vida profissional interferir na minha vida familiar né?! (**M**).

Para **S** (38 anos divorciada, com filho) uma área de sua vida interfere na outra. Assim, ela procura minimizar esta interferência procurando encaixar suas atividades profissionais nos horários em que não está com os filhos, a fim de poder estar mais com eles, algo que lhe dá muito prazer e que ela considera importante:

(Tosse) Considero sim (...), claro. Eu acho que (...) eu tenho é, enfim, duas vidas em paralelo né?! Então uma interfere na outra, então da mesma forma que eu por ter dois filhos, por ter uma família eu não sou uma pessoa que possa me afastar disso e ir, por exemplo, estudar fora, fazer um curso fora. Eu não posso comprometer os horários, não posso não, eu não quero comprometer os horários que eu tenho com a minha família pra outras atividades, então eu procuro sempre encaixar minhas atividades profissionais nos horários que eu, não to com meus filhos, por exemplo, quando eles estão na casa do pai, então, o dia que não estou com as crianças é o dia que eu dou plantão; é o dia que chego em casa às 9h da noite. O dia que eu estou com os meus filhos é o dia que eu chego em casa na hora do almoço, que posso almoçar com eles e de repente leva-los a uma atividade, é uma coisa que pra mim mui... muito prazerosa, acho muito importante. Então sem dúvida eu deixo de fazer algumas coisas... por causa da família (**S**).

T (39 anos, casada, com filho), acentuou que, apesar dos impasses experimentados em função das demandas familiares, as relações interpessoais estabelecidas neste campo são muito prazerosas. Contudo, ela considera imprescindível que a mulher tenha uma vida independente, tenha uma função no mundo. Assim, ela reconhece que, com todas as dificuldades encontradas, a mulher

contemporânea deve esforçar-se para conciliar as demandas advindas do trabalho com as da família, conforme se pode observar na fala abaixo:

Afeta porque a vida familiar também de certa maneira te suga, você deixa todo mundo querer que você seja a única que pode ajudar, (...) que você esteja junto e você também quer estar junto e você sabe que vai ser ótimo e aí, é muito difícil conciliar trabalho com família né?! Mas, mas é imprescindível pra mulher que quer ter uma vida independente ter uma função no mundo (T).

No caso de Y (37 anos, casada, com filho), pareceu ficar claro, no decorrer de seu discurso, que a doença de seu filho rompeu a estratégia de conciliação trabalho e família que ela havia estabelecido. Isto porque a entrevistada, como mãe, assumiu o papel de ser a principal pessoa do grupo familiar responsável pelos cuidados com o filho de 2 anos que tem problemas psicológicos, conforme se pode observar na fala abaixo:

Menos provável mas afeta se tiver alguma coisa acontecendo com meus filhos, como doença. O problema psicológico do meu filho, que tem 02 anos eu é que levo para terapia, isso afeta no meu trabalho, pois eu tenho que faltar, eu tenho que avisar ao meu chefe e ele nem sempre gosta disso mais, não tem jeito eu tenho que dar prioridade a isso. Eu preciso ajudar ele, eu assumi esse papel de mãe também, não sou só médica, então, eu acho que afeta também (Y).

Quando indagada se pensa ou já pensou sobre a possibilidade de dedicar mais tempo à sua família, L (48 anos, casada, com filho) esclareceu que, para viabilizar este desejo, necessitaria de maior autonomia financeira, como se pode observar na fala abaixo:

Já pensei. Mas por enquanto por razões é, financeiras não é possível no momento, tendo somente um trabalho (L).

No caso de P (39 anos, casada, com filho), com o término da licença maternidade, retornou ao trabalho em tempo integral, mas afirmou que pretende reduzir a carga horária para ampliar as horas dedicadas à família, conforme se pode observar na fala abaixo:

Estou pensando! Estou pensando! E eu tive uma, estou acabando de chegar de licença maternidade então vou diminuir um pouquinho a minha carga horária. Pra me dedicar mais a família (**P**).

As entrevistadas **A** (41 anos, casada, com filho) e **J** (37 anos, casada, sem filho) afirmaram ter conseguido manter um equilíbrio do tempo dedicado à família e ao trabalho e, desta forma, não pretendem alterá-lo.

No caso de (**A**), ela percebeu que, mesmo administrando seu tempo, às vezes, esse planejamento corre o risco de falhar e, normalmente, resulta em ações que, no seu caso, podem atingir a saúde do corpo e da mente, como comer correndo para estar mais com os filhos, como se pode observar no trecho de fala a seguir:

Não, assim eu acho que eu dedico bem, meu marido fala que, que eu consigo dividir bem as funções assim, eu acho que é verdade eu consigo divido bem, então não preciso ter mais tempo. O tempo que eu tenho eu consigo utilizar ele bem. Já teve uma época que eu achava que tinha menos quantidade, a qualidade era fundamental, hoje eu tenho as duas coisas a quantidade e tenho a qualidade. É obvio que e existe uma parcela minha de contribuição pra que aconteça isso, então o meu dia passa muitas vezes corrido eu com pouco (...) tempo de me alimentar, mas eu não me incomodo, com relação a isso. Eu como uma besteira dirigindo no carro correndo, mas é porque eu quero estar com minha família em casa no final do dia, sabe, então eu prefiro terminar o meu dia mais cedo, e eu começo meu dia muito cedo, termino mais cedo pra ver se vai dar tempo de fazer tudo isso (**A**).

Pode-se perceber no discurso de (**J**) que o tempo disponível para as relações familiares é considerado por ela satisfatório, apesar das cobranças da mãe com relação ao tempo dedicado à família e ao fato dela ter consciência de que poderia fazer isso se quisesse, mas não quer:

Já pensei e penso nisso o tempo todo, por exemplo, quando sou cobrada pela minha mãe, né?! com relação ao tempo. Mas é, é, eu tenho a rotina do jeito que eu tenho porque eu gosto então assim, se eu quisesse dedicar mais tempo a minha família eu poderia, era só não ter tantos horários no consultório ou talvez não ter (...) outros tipos de atividades (...) como esse emprego que eu tenho, né?! nessa indústria farmacêutica. Eu poderia trabalhar, por exemplo, sei lá dois plantões por semana, três que é um horário é, é limitado, né?! Um tipo de atividade assim que você trabalha enquanto tá lá. Saiu de lá acabou o telefone não toca, não tem e-mail enfim, eu poderia ter essa rotina. É, é, mas a minha escolha foi não ter essa rotina então, se a sua

pergunta é: você já pensou em dedicar mais tempo a sua família, você gostaria de ficar mais tempo com sua família? Já pensei. Eu poderia, mas eu não sei se eu quero na verdade. Eu sei, eu não quero. Assim, eu acho que eu dedico o tanto que eu quero. Eu gosto de como (...) eu dedico o tempo, eu dedico atenção mais eu não vivo tão próxima da minha família como pessoas que eu conheço vivem, né?! Assim de falar sobre tudo, contar tudo nos mínimos detalhes esse tipo de relacionamento eu tenho com meu marido. A gente tem uma troca assim de, de praticamente tudo, né?! (...) e nesse rigor de detalhes é só com ele. Então, assim, com os meus pais e com amigos eu mais comento coisas que são importantes e eu, eu sou muito mais uma figura de suporte do que uma pessoa de troca. Hoje em dia, claro né?! Assim durante a minha vida durante grande parte dela eu recebi ensinamentos dos meus pais e fui preparada pra vida por eles e depois eu enfim, tracei o meu trajeto sozinha. E hoje em dia, a minha relação com eles tem uma troca sim, mas é em relação assim, às demandas deles e eu ajudando a resolver e contornar, dando ideias do que eu levando demandas pra eles né?! Então não eu acho que o tempo tá bom como ele tá distribuído eu to satisfeita (**J**).

S (38 anos, divorciada, com filho) destacou que conciliar o trabalho, dentro do padrão esperado,, com a educação dos filhos, é tarefa difícil, mas ela sentiu necessidade de reanalisar sua conduta pessoal frente aos papéis de mãe e profissional quando sentiu que não dava para levar a vida como estava levando:

Não. Eu acho que agora, eu to fazendo isso. Assim é (...) antes era um dilema. Sabe (...) qual foi o dia assim, que pra mim foi um, um *dad life*? Eu falei: chega, eu não posso ficar assim. No meu trabalho eu passava o dia trabalhando e a noite, eu ainda tinha que preparar os casos pra passar pro dia seguinte...teve um dia que eu tava na mesa jantando e tinha um monte de coisa pra fazer e eu virei pra minha filha e falei: vão, gente, come rápido (risos) e eu falando assim pra minha filha... Bruna, Bruna acelera aí... eu falei. Gente que absurdo to pedindo pro meu filho comer rápido porque eu tenho que terminar o trabalho em casa. (...) quando eu me vi fazendo aquilo aí eu falei: nossa, tem alguma coisa errada eu, to errada. Num é, esse o caminho e aí, foi o momento que eu comecei a ver que, que não dava pra levar daquele jeito. Meus filhos (...) falaram pra mim que eu (...) tava exausta em casa. E aí, meu filho falou assim pra mim: mãe você gosta mesmo do seu trabalho? você ta sempre cansada. Aí eu pensei: puxa, como é que eu vou convencer a ele que eu gosto? (risos) Agora eles sabem que eu gosto (**S**).

C (33 anos, separada, com filho), assim como **Y** (37 anos, casada, com filho), afirmaram estar, no momento, construindo sua carreira profissional e planejam dedicar mais tempo à sua família no futuro, como se pode observar nas falas a seguir:

Eu penso, e eu tenho feito isso, assim eu no inicio da minha carreira eu me dediquei um pouco mais ao trabalho para poder construir um espaço profissional e espero que daqui a 2 anos possa diminuir uns 30% o que eu faço hoje e vou fazer isso. Você pode voltar daqui a 02 anos que você vai ver. (sorriu) (C).

No futuro, eu posso trabalhar 03 vezes por semana (sorri) e ter o resto do tempo para dedicar à família e ao marido. Curtir um pouco mais. (sorri) (Y).

CL (46 anos, solteira, sem filho) afirmou ter tomado consciência da falta de tempo para cuidar de si mesma, após ter perdido sua mãe, depois de diminuir seu ritmo de trabalho para cuidar dela quando estava doente. Agora ela está tentando reconstruir sua vida e pensa em cuidar um pouco mais de si. Assim, não sabe ainda se retorna ou não à vida que tinha antes e se consegue continuar na área cirúrgica:

Ah, to pensando agora, né?! Vejo que a minha mãe ficou doente e que eu a perdi. Agora tenho que cuidar um pouco mais de mim, até por isso que eu to esperando a poeira abaixar para vê se eu retorno ou não. A vida que eu tinha, porque quando você para e sai um pouco daquela maluquice de você não ter tempo pra nada nem de cuidar de você, não dá tempo pra (...) você fazer uma ginástica. Não dava mesmo, era, era muita solicitação, entendeu?! Você se entrega, então agora, (...) to tentando reconstruir a minha vida. Se eu vou conseguir levar a cirurgia junto, ainda não sei (**CL**).

Na fala de **M** (47 anos, casada, com filho) pode-se observar um certo ressentimento por não ter acompanhado mais o crescimento do filho porque ela e o marido tiveram que trabalhar muito para alcançar uma segurança financeira para a família. Ela afirmou que hoje pensa muito sobre o fato de que ela e o filho foram privados de uma convivência maior em benefício de um futuro tranquilo, como se pode observar na fala a seguir:

Hoje eu penso nisso o tempo inteiro, porque, porque o filho cresceu e muitas coisas passaram e eu às vezes não consigo lembrar, é eu lembro quando ele andou, quando ele falou. Eu lembro essas coisas mas eu não participei muito ativamente da vida dele, mas foi a questão assim, corrida atrás do dinheiro. Não tinha como (...) ou eu trabalhava, ou eu trabalhava. Não tinha alternativa se quisesse ter comida em casa. Se meu marido quisesse ter comida em casa eu e ele tinha que trabalhar senão hoje, não teria apartamento, não teria carro, não teria comida não teria feito viagens, não teria feito nada. Então a gente vive uma vida modesta, mas não tinha alternativa a gente que teve que realmente andar junto, não teve jeito (**M**).

T (39 anos, casada, com filho) afirmou ter optado pelo seu desligamento temporário da empresa onde trabalhava para poder dar mais atenção à casa e à família. Agora ela está retornando ao trabalho e está pensando em mudar definitivamente seu estilo de vida, tentando já buscar isso agora:

Já. Já pensei. Recentemente eu pedi desligamento da (...) empresa que eu trabalhava e que eu era coordenadora (...) da parte de dermatologia da Unimed Rio. Eu cuidava do faturamento dos quatrocentos dermatologistas que são cooperados aqui no Rio. Eu pedi desligamento porque eu não tava conseguindo dar atenção em casa o suficiente. Passei três meses em casa de férias e falei: vou mudar a minha vida, vou fazer uma coisa diferente! E já to to me me voltando pra isso agora (**T**).

Quando perguntadas sobre como fazem para conciliar as responsabilidades domésticas e familiares com sua atuação profissional, quatro entrevistadas, **L** (48 anos, casada, com filho), **P** (39 anos, casada, com filho), **A** (41 anos, casada, com filho) e **C** (33 anos, separada, com filho), assinalaram que, apesar de difícil e delas terem que se desdobrar entre duas esferas importantes para elas, a casa e o trabalho, conseguem levar adiante graças à ajuda de uma rede de apoio, que envolve a participação de empregadas domésticas para auxiliar nessas tarefas, bem como de membros da sua família. Uma delas ressaltou que, por vezes, a casa não fica tão bem organizada quanto gostaria –“mas nada é perfeito”–, outra mencionou a dificuldade de delegar poder em casa, outra, ainda, afirmou que “a gente vai se acostumando” e, finalmente, a quarta afirmou ter montado um esquema de tal forma que, se algo falhar, ela aciona outro dos diferentes esquemas que montou para quando tem problemas:

Eu tenho uma pessoa, uma empregada que fica duas vezes por semana na minha casa, aí ela leva meu filho na natação, leva ao inglês, ela me ajuda em rela o   alimenta o, limpeza da casa, etc.  s vezes a casa não fica tão bem organizada, mas nada   perfeito (**L**).

  uma árdua tarefa, mas que felizmente eu conto com o apoio, uma retaguarda familiar muito importante. Tem pessoas que me auxiliam a fazer a família andar, a engrenagem familiar andar, enquanto eu to aqui no trabalho. As dificuldades realmente ligadas   exigência da minha presença, exigência da dedica o tanto no trabalho propriamente dito, quanto nas atualiza es em congressos, cursos necessitam de solu es. Eu acho que (...) encontrar pessoas a quem você possa delegar um pouco as fun es dentro de casa,

essa é a grande questão. A dificuldade, é conseguir delegar este poder em casa e que, muitas vezes, achamos que só a gente tem. E isso não é bem assim, né?! (P).

Ah, acho que é no dia a dia, a gente vai se acostumando com isso né?! É, é, é obvio que eu não conseguiria fazer tudo sozinha então, eu tenho uma pessoa em casa que me ajuda, a empregada. Mas, (...) ela fala às vezes que eu to em casa fazendo alguma coisa e (...) eu paro tudo no meio do caminho e saio. Volto e to cortando um bife e ela fala assim: a Sra é muito engraçada. Ta aqui cortando o bife, parou tudo, vai fazer o parto e daqui a pouco ta voltando de novo. Mas é assim que eu vivo, sabe? Então é que nem quem vende pipoca, vende sapato. É uma vida diferente é, é uma vida animada sabe. Mais eu me acostumei com ela, então, ela não me incomoda nem um pouco (A).

É, eu tenho uma gerência em casa até hoje. São duas empregadas, uma que esta com 07 anos e outra com 04 anos de casa, entendeu?! Que é uma senhora que é meu braço direito, elas não sabem, é o segredo do meu sucesso, entendeu?! Minha empregada faz de tudo, tudo, tudo, tudo o que você pode imaginar e mais um pouco de cuidar da casa, das compras pra mim. Ela faz tudo que eu precisar desde pregar o botão até pegar minha filhinha na escola, tudo cão fiel. Você vai construindo isso morra comigo. É. Tenho família, tenho mãe, tenho avó, tenho irmãs, as pessoas me ajudam sou carioca, sou da cidade moro perto da minha irmã que mora no prédio do lado, se eu tiver um problema na minha administração eu tenho o plano A, B, C, D, entendeu? A coisa vai andar (C).

CL (46 anos, solteira, sem filho) e **J** (37 anos, casada, sem filho), pelo fato de não terem filhos, apontaram que isso fica mais fácil para elas. **J**, inclusive, afirmou que, além de ser muito organizada, tem uma pessoa que trabalha com ela há onze anos, o que a ajuda bastante. Já **CL** falou que acaba “dando um jeito”:

Eu tenho uma funcionária que trabalha comigo onze anos e é uma pessoa que é parte da família, né?! Praticamente nesse sentido de estrutura de conforto, (...) é uma pessoa com quem eu estabeleci, assim digamos, eu desenvolvi uma relação dentro das minhas necessidades e ela acatou, digamos, e deu conta, né?! Então, ela cuida da nossa casa e ela mora um pouco distante então, ela chega cedo tipo sete e meia da manhã (...) e ela vai embora duas e meia da tarde. Eu tenho (...) duas linhas telefônicas em casa, uma pessoal e uma do consultório e ela é que faz a minha marcação de consulta aqui do consultório. (...) que é outra questão que eu a desenvolvi. Então, (...) ela é uma pessoa muito esperta, sabe? Muito inteligente e apesar de ter estudado pouco, aprendeu a lidar bem e assim, geralmente comida e essas questões assim de casa, de rotinas da casa, eu já estabeleci um grupo de rotinas com ela. Ela já sabe como eu gosto das coisas. Eu faço as compras pela internet, ela recebe em casa e aí, eventualmente, eu passo pra ela, comprar (...) hortifrutigranjeiro. A gente tem um mercadinho perto de casa

que ela pede por telefone e entregam lá em casa. Eu costumo fazer um cardápio aos domingos pra semana. (...) nem eu nem meu marido, almoçamos em casa. (...) o jantar assim, ela deixa tudo encaminhado (...) eu só chego e termino de preparar (...) porque eu chego em casa quando eu não venho do consultório em torno de umas 20h30min e quando eu venho do consultório em torno de umas 21h30min e aí assim, em vinte minutos o jantar ta pronto porque é só finalizar. (...) a gente janta junto todos os dias e e conversa e fala as coisas do dia e depois, enfim, assiste um filme, escuta uma música pra dar uma desacelerada, né?! Enfim, depois vamos dormir (...). Eu gosto de cozinhar é uma coisa que me relaxa então, eu gosto desse processo de chegar trocar de roupa, fazer a comidinha e conversar, eu acho gostoso. Então eu tenho essa pessoa, (...) o nome dela é Fátima eu digo que ela é minha cuidadora (...). Tem um *site* na Internet que chama OZ Organização e eles vendem uns produtos de organização então, (...) eu sou muito organizada e, já tem tudo uma norma (...) uma rotina, né?! (...) então, até pra facilitar o trabalho dela a gente já criou umas regrinhas em casa. A gente já assim, é é organiza dessa forma (**J**).

Eu acho que agente faz isso mais ou menos, ne?! É, sempre consegui, sempre dei meu jeito mais é o que eu te falo, o fato de não ter filhos realmente melhora muito de conseguir fazer isso né?! (**CL**).

M (47 anos, casada, com filho) ressaltou que tanto o exercício profissional da Medicina como a docência exigem um alto grau de instrução, treinamento, comprometimento com o trabalho e reciclagem contínua. Estas são também atividades cujo bom desempenho requer interesse e alto grau de investimento pessoal. Assim, essas demandas profissionais acabam comprometendo as outras áreas da sua vida. Apesar de difícil, ela afirmou que acaba se virando para dar conta de tudo e que, de uns tempos para cá, está tentando se organizar melhor para dedicar mais tempo para o filho e o marido, ainda que isto seja difícil, uma vez que tem que trabalhar muito porque a remuneração do médico é muito baixa:

Difícil, eu faço uma compra entre o intervalo de um trabalho para outro. Eu às vezes to no supermercado, como tava ontem às 11 e meia da noite, e como vou ao final de semana. Dou cambalhota, tiro horas de sono e esta noite dormi duas e meia da manhã e, estava de pé às 6 horas. (...) durmo menos e isso, também é uma alternativa. Mas como eu te falei, talvez de 2 a 3 anos pra cá eu tenho tentando me organizar para dedicar mais tempo (...) pra eles. É um termo de equacionar, de equilibrar. Acho que meu sonho de consumo pode ser assim falado: (...) seria eu trabalhar, ganhar o que eu ganho hoje trabalhando igual uma louca, mas trabalhando no máximo 6 horas por dia. Isso seria assim um gol, mas sendo médica, sem chance. A dificuldade, é que em termos de remuneração, é muito baixa pra bancar o custo. Você vai ser um professor medíocre, mas eu prefiro não ser. Pra ser um professor e achar

que ta contribuindo na formação de alguém, eu tive que investir na minha formação. Eu fiz meu mestrado, fiz o doutorado difícilimo. Eu viajava de Belo Horizonte às vezes, de avião pra poder estar no plantão, aqui no Rio. Então é foi investimento pessoal, não teve jeito e você tem que correr atrás do dinheiro para bancar essas coisas. Então, eu vejo assim, que a alternativa seria que o médico fosse mais bem remunerado. Mas, (...) a minha maior paixão é ser professora, do que médica (**M**).

É interessante observar que **Y** (37 anos, casada, com filho), **S** (38 anos, divorciada, com filho) e **T** (39 anos, casada, com filho), apesar de terem ajuda em casa, afirmaram não delegar tudo para as empregadas, tentando equilibrar todas as suas funções. Enquanto **Y** tenta dar conta de tudo, contando com o apoio da empregada, a solução encontrada por **S** foi monitorar os filhos pelo telefone, acompanhando, assim, um pouco mais a vida deles. Hoje, como tem mais tempo disponível, pode acompanhar mais de perto os filhos. Já **T** optou por trabalhar em tempo parcial, a fim de poder “cumprir minimamente” suas múltiplas funções:

Uma loucura, é! eu não sou daquelas pessoas que colocam toda a responsabilidade na empregada, eu assumo minha casa, eu assumo meus filhos. A minha empregada ta lá para me dar um apoio sim, mas eu não boto minha empregada para fazer trabalho de casa com meus filhos, acho um absurdo isso, sei de muita gente que faz isso. Eu faço o trabalho de casa ou o pai. A gente participa ali. Eu vou fazer as compras no supermercado, a minha empregada compra uma coisa ou outra que esta faltando. Estou com obra em casa e estou aqui monitorando o que esta acontecendo lá em casa. Ela simplesmente abre as portas para os pedreiros entrarem, faltou material eu tenho que me virar. Então, eu tento dar conta de tudo, mais é um corre, corre uma loucura. Difícil falar em solução né?! Quando você esta trabalhando fora e, você tem particularmente uma sede por conhecimento, tenho planos, de não querer parar. Eu acho que é bom senso assim, (...) você tentar equilibrar tudo, né?! Às vezes, é claro, que tem um lado que sai perdendo. Eu acho que perdi já tive perda na família, já tive perda no trabalho em alguns momentos, mas não sofri por isso não. É assim, não tem uma solução. Eu acho que a solução é o bom senso! (sorri) (**Y**).

É, como eu faço? (tosse) eu acho que é importante pra (...) criança e pra quem mora na casa, mesmo (...) não estando presente fisicamente, você se fazer presente de alguma forma. Então, por exemplo, eu não to em casa num determinado horário, mas eu ligo e falo: oh! Fez dever? Tá fazendo? Então, de alguma forma mesmo que eu não esteja lá, eles sabem que eu to por trás daquilo ali. Então tem as regras da casa, que eles mais ou menos sabem como funcionam. Então eu tento à distância, monitorar um pouco isso e hoje em dia, eu tenho um pouco mais de tempo pra ta fisicamente presente. (...) A gente vai se virando, então, enfim, tem dias que eu chego em casa 7 da noite e a empregada diz: não tem comida pro jantar. Aí eu falo eh, caramba! Aí eu

saio correndo, vou ao mercado e, mando entregar. Enquanto isso, eu levo o outro na atividade física, enfim, eu tento ir equacionando e (...) tento ir dando também mais liberdade e mais autonomia pro meus filhos se virarem um pouco sozinhos (**S**).

Olha, como eu gostaria de fazer é o que tenho feito, né?! Trabalhar parcialmente né?! Não trabalhar o dia inteiro. Assim, eu consigo cumprir minimamente com as minhas funções de mãe, de parceira, de companheira do meu companheiro e de casa. Também não deixo de fazer aquilo (...) que eu quis fazer, (...) me formei, gosto e adoro ser médica. Atender gente, de cuidar de gente então, dessa maneira vou conciliando, equilibrando, dando o peso, que eu quero, pra cada coisa que faço e, sabendo que tem limitações. De repente, não posso alavancar minha carreira ao mesmo tempo, que eu estou criando um filho pequeno então, é complicado às vezes. Dá uma insegurança, uma sensação de que to ficando pra trás, mas eu não me arrependo não (**T**).

B. Trabalho feminino e maternidade

L (48 anos, casada, com filho), **P** (39 anos, casada, com filho), **C** (33 anos, separada, com filho), **CL** (46 anos, solteira, sem filho) e **T** (39 anos, casada, com filho) assinalaram a importância do planejamento familiar, enfatizando que a maioria das mulheres médicas está tendo filhos cada vez mais tarde e optando por um número menor de filhos, uma vez que sua jornada é árdua. Para elas, as mulheres hoje pensam muito mais em se firmar profissionalmente antes de optar pela maternidade. Para as entrevistadas, contudo, falta à mulher contemporânea, inclusive às médicas, encontrar uma forma de contornar os impasses e as dificuldades que a maternidade impõe, como a conciliação família e trabalho, como se pode observar nas falas a seguir:

Acredito que sim. As mulheres médicas não costumam ter muitos filhos. Pensam muito bem antes de engravidar, porque em geral a jornada de trabalho é árdua, então com 03, 04, 05, 06 filhos é muito difícil você administrar o trabalho e família (**L**).

É, é tem que haver um planejamento, porque caso contrário as duas coisas vão mal tanto o lado pessoal quanto o profissional. Se eu não tivesse é, uma pessoa com quem eu tivesse a inteira confiança é, calma, tranquilidade que tudo correrá bem do lado pessoal, o lado profissional realmente, estaria comprometido. Mas tendo essa retaguarda, esse planejamento tu consegue caminhar (**P**).

Tem que ter, né?! Hoje em dia o pessoal não tá se enchendo de filho não, não dá né?! O mundo de hoje não permite que você tenha uma montoeira de filho, (...) não só falo financeiramente, psicologicamente bem, emocionalmente bem porque eu não tenho tanto tempo, eu chego à noite em casa então, se eu tivesse 05 filhos eu teria 20 minutos para cada e como só tenho uma fico 02 horas com ela, entendeu?! Isso facilita né?! Não dá! Não tem como. Tem que ver a internet, tem que ver programa de televisão que ela está vendo, as amiguinhas, tem que ouvir as conversas, tá com 09 anos, ouvir as histórias da escola. Não dá pra 05 pessoas, e você, e você, e você né?! (sorriu) (**C**).

Eu acho que sim. (...) Acho que você hoje em dia, você pensa, as mulheres pensam muito mais em firmar profissionalmente e constituir família e tudo, bem mais tarde e aí por conta disso, você vai tentar adequar. Eu acho que tem que ser assim (**CL**).

Acho que há. Eu acho que hoje eu não me vejo e minhas amigas assim tão comungando tanto comigo é, das minhas posições. Eu vejo minhas amigas trabalhando muito, trabalhando muito intensamente e pensando em ter um filho ou zero filho pra poder se dedicar à carreira. Eu acho que hoje em dia isso acontece sim (**T**).

J (37 aos, casada, sem filho) apontou para o fato de que as mulheres, em geral, e não apenas as médicas, manifestam o desejo de constituir uma família, de casar e procriar. Para ela, não há diferença entre as mulheres médicas e as mulheres, de modo geral, no Brasil. Ela nota, no entanto, que, diferentemente do que ocorre na Europa, a estrutura familiar brasileira ainda é muito “paternalista e super protetora”:

Não acho que exista um planejamento familiar, apesar de achar que exista um desejo de constituir família, ou seja, casar e ter filhos. Não vejo diferenças entre as médicas e a população geral brasileira. Porém, noto diferença entre a população brasileira e a europeia, pois no Brasil ainda há um apego muito grande a uma estrutura familiar “paternalista”, super protetora (**J**).

A (41 anos, casada, com filho), afirmou acreditar que não haja um planejamento familiar muito rígido. Interferem, nesta questão, vários fatores, como o relógio biológico e a maternidade. Ela apontou, no entanto, acreditar que há uma tendência das médicas de hoje, em adiar a maternidade para depois de alcançar uma maior estabilidade na carreira. Ela acrescentou, ainda, que isso é, no fundo, uma besteira porque se o nascimento de um filho vai interferir, por algum motivo, a mãe médica vai ter que, de alguma forma, quando ele nascer, “se readaptar em

relação ao horário”. Esta é, assim, para ela, uma questão mais individual, até porque, com o nascimento do filho, é preciso trabalhar mais para suprir as necessidades dele:

Não, acho que não. Planejamento familiar não. Em relação a quando vão entrar em concepção, isso tudo, não. Acho que entra o relógio biológico, entra a maturidade, é obvio que hoje existe uma tendência maior das médicas elas procurarem uma estabilidade profissional antes de entrar na questão, né?!, né?! Familiar, ai acaba que adiam essa maternidade por outro momento sabe?! Mais eu acho isso no fundo uma besteira é o filho e se ele vai te atrapalhar por algum motivo você vai ter que se readequar em relação ao horário, que nem eu tive o dilema se continuava trabalhando com obstetrícia ou fazia só ultrassom que era teoricamente mais tranquilo então, se o filho te ajuda a readequar em relação a esta questão, por outro lado você precisa ter que trabalhar mais porque agora você tem uma pessoa que depende de você então, você tem que correr mais atrás sabe, é, é a questão individual cada um vai saber a hora que vai ter que passar por isso ou não, ne?! (A).

M (47 anos, casada, com filho) observou que há uma nova geração de médicas que está entrando no mercado de trabalho e que está transformando toda uma dinâmica e maneira de pensar, inclusive sobre o planejamento familiar, e que afirma claramente que a prioridade delas é a vida afetiva, é ter filhos:

Eu hoje ouço de médicas novas dizendo claramente que a prioridade delas é a vida afetiva, é ter filhos. Para escolher uma carreira, falam assim claramente as residentes: eu não quero essa vida, sabe? Dizem assim, com maior cara de pau, eu não quero chegar na tua idade e dar plantão como você está dando. Assim, como se tivesse me jogando no lixo. “Minha filha, eu to muito feliz como eu to, ta muito bom!”. Tudo bem! Então, assim já começa com essa geração (...) com outro enfoque. Eu não acho que eles estão errados, mas é fato se você entrevistar provavelmente hoje, uma médica recém-formada, recém-saída da residência médica que ela vá ta lá com seus 27 anos por ai éh... eu duvido, sério mesmo, eu duvido que você não encontre, é porque seu trabalho não é um trabalho quantitativo, mas eu duvido que você não encontre uma diferença muito grotesca do termo de escolha, de escolha de horário. Tudo isso eu vejo nessa geração de hoje, é muito diferente o discurso (M).

S (38 anos, divorciada, com filhos) disse que, apesar de hoje acreditar que o planejamento e a organização são muito importantes, inclusive para se ter mais tempo, ser mais livre, não acredita que haja um planejamento familiar. Ela própria, inclusive, não fez nenhum planejamento neste sentido. Para ela, as coisas

simplesmente vão acontecendo e as pessoas vão “matando no peito” à medida que elas surgem:

(...) Não, acho que não, acho que a gente... é muito ruim nisso. Assim, é claro que eu procuro né, fazer, mas acho que de uma forma geral não. (...) eu vejo muitas mulheres médicas, é os compromissos as exigências vão vindo e você vai, (...) matando no peito, quanto mais você resolve mais vem vindo, então eu acho que um planejamento mesmo (...) acho que poucas mulheres conseguem isso. Eu, eu acho que tenho melhorado, com, com o passar do tempo, com amadurecimento, eu tenho conseguido me organizar melhor. A organização é uma coisa que liberta, eu demorei pra descobrir isso, que se você se organizar é uma forma de você ter mais tempo ser mais livre então, o planejamento familiar você ta falando no sentido também dos filhos, ter filhos e, também que daqui a tantos anos eu vou comprar minha casa própria. Eu acho, acho que existe alguns sim, mas de uma maneira geral eu, digo que não fazem. Eu, por exemplo, não tive nenhum planejamento familiar, fiz tudo, tudo sem pensar direito (risos), sem programar (**S**).

Já para **Y** (37 anos, casada, com filho), o planejamento familiar foi considerado fundamental, tornando possível ao casal programar quantos filhos quer ter e quando os terá, de acordo com seus planos e expectativas de vida, como se pode ver na fala abaixo:

Eu acho que se não tem, tem que ter, ou pelo menos para mim teve. Eu planejei ter dois filhos, fiz a minha ligadura, não quero ter mais filho e o meu marido pensa da mesma forma. Assim, (...) nós tomamos à decisão juntos. É difícil dar conta dos 02 com essa vida que a gente leva na família, é difícil pensar que você quer dar de bom e melhor do que você teve. Com o custo de vida que estão às coisas, né! Eu acho que é muito importante um planejamento familiar (**Y**).

Quando perguntadas se as mulheres médicas com filhos se prejudicam no desenvolvimento da carreira profissional, sete entrevistadas - **P** (39 anos, casada, com filho), **T** (39 anos, casada, com filho), **S** (38 anos, divorciada, com filho), **L** (48 anos, casada, com filho), **CL** (46 anos, solteira, sem filho), **J** (37 anos, casada, sem filho) e **Y** (37 anos, casada, com filho) - afirmaram acreditar que sim. No entanto, assinalaram que, atualmente, existem alguns caminhos possíveis, que a maioria das mulheres vem trilhando, ou, pelo menos, tentando trilhar, para conciliar carreira médica e vida pessoal. Para as entrevistadas, contudo, fazer malabarismos para conciliar trabalho e filhos, apesar de não ser uma tarefa fácil, não impede que as

mulheres evoluam profissionalmente. Na opinião delas, é preciso que as mulheres saibam bem o que querem na vida, se pretendem dar conta da profissão e de uma família e, talvez optar por empregos que possam oferecer a flexibilidade de que precisam, conforme se pode observar nas falas a seguir:

Acho que sim, acho que sim, porque é, eu notei que sempre fui muito estudiosa, era chamada inclusive de rato de enfermaria, mas hoje entre ser um pouquinho rato de enfermaria e voltar pra casa e ver meus pimpolhos às vezes eu opto por ver meus pimpolhos, e não ficar mais tempo no trabalho (P).

Eu acho que se prejudicam, mas elas são como eu, né?! Atrasam um pouco o desenvolvimento da sua carreira em função de uma quantidade de tempo que dedicam a menos, né?! Mas eu acho que no fim das contas isso não prejudica, não prejudica a carreira porque essas mulheres que conseguem equilibrar esse tempo, elas no final das contas são mulheres mais felizes e mais plenas. Então eu acho que no final a carreira até se beneficia porque o paciente vai ter um médico mais humano, mais consciente, mais cabeça aberta e no fim das contas não atrapalha, ajuda (T).

Eu acho que, (...) isso é um determinante (...) mas eu diria que não é, o que eu acho (risos) (...) Talvez sim porque, por exemplo, agora eu pensando assim, as mulheres que eu conheço super bem sucedidas profissionalmente, aquelas que tão em todos os congressos, essas às vezes deixam a desejar na maternidade. Em alguns casos, (...) não to generalizando, então por outro lado o fato de ter filhos não vai te impedir de evoluir profissionalmente. Eu me sinto uma profissional que continua em evolução, tenho filhos, me sinto uma boa mãe, claro que tem momentos da vida que você acha que alguma coisa vai acontecer, por exemplo, (...) você fica ali, enquanto ta todo mundo nos congressos falando, você ta ali, com aquele assunto de mamadeira, fralda. Eu tive que parar de trabalhar 3 meses na gravidez do meu filho, depois mais 4 na maternidade e fiquei quase um ano sem trabalhar. Eu achei que eu ia desaprender a Medicina toda, que eu ia emburrecer eh, não teve nenhum problema. Voltei, me inseri de novo no meu mercado de trabalho, hoje em dia tenho as crianças, meus filhos já tão um pouco maiores então já não prendem tanto, mas assim, por exemplo, eu tentei fazer um mestrado (...), quando eu tava grávida da minha filha... Eu falei: ah, vai ser o melhor momento, vou ficar de licença maternidade, vou conseguir fazer todas as matérias, vã ilusão, né?! Não preciso nem dizer que eu não consegui concluir o mestrado e...enfim na época eu era casada e depois coincidiu com meu divórcio, e acabou que eu não consegui concluir. Se eu não tivesse tido filhos naquela idade, por exemplo, é, eu acho que hoje em dia eu estaria muito mais qualificada, eu poderia já ta com mestrado e doutorado, isso realmente eu não fiz, porque fica difícil conciliar, mas não culpabilizo é, não responsabilizo a maternidade só por isso, eu acho que eu fiz algumas escolhas que de repente não me permitiram decolar profissionalmente, mas eu acho que sim, acho que se eu não tivesse filhos eu teria um outro nível de qualificação talvez, mestrado,

doutorado e poderia dedicar mais tempo. Se eu iria fazer isso, é uma outra história, mas eu, de forma geral eu não me recinto não (**S**).

Talvez, talvez. Não sei dizer com precisão, acho que é muito de personalidade de cada um. Tem colegas que deixa o filho com a empregada o tempo inteiro e se deslocam para outros estados pra fazer curso, entendeu? Fazem outra faculdade, fazem o que gostariam assim, sem se importar muito com o desenvolvimento da criança. Mais tem outras que dão mais valor à família em relação ao trabalho entendeu, então opta por ficar é, com o filho e deixa o curso para quando a criança tiver um pouco mais idade (**L**).

Dependi. Dependi. Pode atrapalhar claro (...) (tosse) e fazer uma opção do que você quer, dependendo da especialidade e dependendo do seu nível social. Se você puder trabalhar menos, embora se dedicando e você conseguir alguém como a mãe, é uma babá, alguém que ajude a cuidar do seu filho, é perfeitamente conciliável. Mais em especialidade cirúrgica, você tem que estar bem sobre o que você vai pegar de trabalho, pra você poder dar conta dos dois, né?! Quando você não tem os filhos, ai você não precisa pensar nisso. Só depende de você querer ou não. Agora, quando você tem filhos é complicado, né?! por que a vida de cirurgião geral que atende emergência é, eu faço parte de uma equipe, e a pessoa pode estar em casa com seu filho e ter que levá-lo ao médico e acaba não dando pra leva-lo, porque você tem uma emergência. Então assim, isso acontece. Como você (...) vai levar o filho à escola, se você (...) ta trabalhando né? Então se você tiver um respaldo familiar e financeiro dá pra conciliar. Ou então não tenha filhos. (sorri). É uma opção também (**CL**).

Eu acho que a gente faz opções na vida não sei se prejudica. Eu acho se para uma mulher for muito importante ter filhos e se vai trazer pra ela um retorno afetivo tão grande (...) talvez, depois de uns dois três anos afastada ela volte com força total e seja muito mais bem sucedida de que outras, eu acredito. Eu acho que tudo ta relacionado ao desejo agora eu acho que se a mulher (...) não quer ter filhos e tem filhos aí tem que conciliar os filhos com a vida profissional e sem dúvida nenhuma, vai ser um grande estorvo, né?! Então acho que a decisão de ter filhos é uma decisão que deveria ser muito mais bem pensada, porque a demanda profissional hoje em dia ela é muito grande ninguém mais consegue manter uma família a não ser que venha de uma família rica com um ordenado de uma só pessoa, né?! Na época do meu avô provedor ele sustentava a mulher e cinco filhos e se tivessem dois filhos que nunca trabalhassem com nada ficavam na aba até essa pessoa morrer. (...) a vida era assim. Hoje em dia, isso não existe mais então, todo mundo ta no mercado de trabalho, tem que ser ativo. (...) as crianças hoje em dia, são muito estimuladas desde muito novas o que tende a gerar um comportamento de hiperatividade não necessariamente de doença de déficit de atenção, né?! Hiperatividade mais de inquietude, de agitação então as crianças (...) demandam ainda mais nesse ambiente. Então, as pessoas eu vejo não preparadas assim, têm uma visão muito pueril sobre o que é a maternidade, e aí quando tem um filho tem que encarar é complicado não só pra pessoa como pra o próprio casamento, né?! Números de casamentos que são desfeitos nos dois, três primeiros anos após a gestação. Nunca li nenhum

dado científico sobre isso pra te dar percentual mais ah ah eu vejo na prática que a prevalência é muito alta, né?! E é muito difícil mesmo (**J**).

É difícil falar que não tem uma perda, tem que ter uma perda porque, os poucos (...) exemplos de pessoas que eu tenho, são super bem sucedidas e que estão aí, no topo. Mulheres que aparecem bastante na Medicina ou não têm filhos, não é casada ou abriu mão de ter uma família. Outras que eu conheço que também estão nessa situação, ficam longe dos filhos por muito e muito tempo, que foram fazer curso no exterior por dois anos e deixou o filho. Eu não tenho coragem, eu tenho vontade de passar uma temporada fora mais eu levaria todo mundo junto. Então é difícil falar que não prejudica. Acho que prejudica sim (**Y**).

Segundo **M** (47 anos, casada, com filho), nos tempos atuais, as médicas em processo de desenvolvimento profissional constante, se questionam mais. Além disso, ela destacou que as profissionais precisam aceitar os limites que os filhos impõem na esfera profissional, até porque trabalhar deixando o filho em casa gera culpa por não estar vendo o filho crescer. A entrevistada reconheceu, ainda, que ser mãe é diferente de ser pai e, assim, as preocupações são diferentes, o que torna mais difícil para a mulher dar conta das demandas dessa dupla função de mãe e profissional, como se pode observar na fala abaixo:

Acho um pouco, porque se por um lado elas querem entrar no mercado competitivo, fazer as mesmas coisas e correr do ponto de vista acadêmico ela deixou de lado uma questão super cultural, natural do ser humano, do sexo feminino, que é essa coisa da maternidade, de ver o filho crescer. Eu falo mesmo: gente, mãe é diferente de pai, não tem jeito, é diferente o sentimento é diferente, não é o amor em quantidade. Toda hora, eu tenho que corrigir para meu marido não ficar achando que eu digo que eu amo mais que ele, não é isso, mas é diferente, então, as preocupações são diferentes, então, talvez a sensação de privação nossa seja muito grande. É muito frequente você ver uma mulher que é mãe com sentimento de culpa por estar trabalhando e deixando o filho em casa, então é duro, difícil sim (**M**).

C (33 anos, separada, com filho) assinalou que procura manter a sua vida pessoal afastada da profissional para não gerar conflitos entre os papéis de médica e mãe. Segundo ela, o meio do anestesista é competitivo e machista e, assim, as médicas devem mostrar total disponibilidade para o trabalho, a fim de garantir sua empregabilidade:

Se eu chegar aqui no trabalho e disser que eu sou mãe, as pessoas vão me ver como mãe, entendeu?! Aí as coisas ficam mais difíceis para uma anestesista, realmente ficam. Agora se eu chegar aqui e disser que eu sou mãe lá em casa, aí não muda nada, né?! Nesse ponto, anestesista mulher tem que trabalhar como homem (sorriu) não tem como, depende da postura que a pessoa toma, entendeu?! Aí depende muito. Não é prejudicar, se prejudicar, eu acho que as pessoas podem se colocar de forma a não estarem tão disponíveis, não é? (...) o meio anestesista é muito competitivo, o mercado é bom, é muito concorrido, entendeu?! Empregos têm muitos, mas agora os bons são poucos. Então, se as pessoas não se mostram disponíveis, elas perdem as boas oportunidades, entendeu?! Aí eu já vi isso acontecer (C).

Para A (41 anos, casada, com filho), qualquer escolha pressupõe perdas, e é importante para a mulher saber aceitá-las. Atualmente, com a maturidade, e como ela já fez as suas especializações, ela consegue conciliar, de forma equilibrada, o trabalho e os filhos, sem prejudicar seu processo de desenvolvimento profissional, e ainda ficar por dentro de todas as últimas novidades, fazendo cursos pequenos, esporádicos e rápidos, como se pode observar na fala a seguir:

Não se prejudica mais, depois que você tem um filho algumas coisas naturalmente vão acontecendo, então, por exemplo, é se você fez as suas especializações, o ideal é que elas sejam antes do teu filho, quando você tem um filho, o seu tempo de dedicação à especialidade ele vai acontecer proporcional ao tempo livre que você não ta com seu filho. Eu não poderia nunca ter feito os cursos que eu fiz, é, depois de ter tido meus filhos, pois eu não tenho mais tanto tempo livre. Então hoje quando eu faço curso são cursos pequenos, esporádicos e rápidos. Fazer um curso muito longo com filho fico normalmente prejudicada, né?! (A).

C. Participação Masculina na Vida Doméstica

Quando perguntadas sobre se elas pensam que os homens deveriam assumir mais trabalhos domésticos do que fazem atualmente, L (48 anos, casada, com filho) e P (30 anos casada, com filho) reconheceram que, de modo geral, as mudanças nos homens não têm sido aquilo que se esperava em termos de uma melhor divisão das tarefas entre os membros do casal, conforme se pode observar nas falas abaixo:

(Sorri) De um modo geral sim. Acho que eles deveriam contribuir mais nos trabalhos domésticos, pois ajudaria bastante às mulheres nessa tripla jornada: trabalho, filhos e casa (L).

No entanto, **P** (30 anos casada, com filho) assinalou que as mulheres continuam mais mobilizadas do que os homens em relação às demandas dos filhos, talvez porque isso seja próprio da mulher, uma vez que ela acredita que a relação da mãe com o filho é distinta da relação do pai com o filho:

No meu caso, meu marido quase não assume nenhum trabalho doméstico então, seria um progresso muito bom. Mas acredito que isso seja genuíno da mulher. Se o filho fica doente, ele não procura o pai, ele procura a mãe. Se o filho fica doente o pai fica preocupado, mas a mãe fica extremamente preocupada. Então é muito distinta essa relação (**P**).

Na visão de **A** (41 anos, casada, com filho), os homens não conseguem conciliar sua vida pessoal com a esfera familiar até porque as mulheres tomam para si essa tarefa. Assim, ela se responsabilizou por centralizar a tripla jornada de trabalho, mesmo se cansando e, atualmente, já se conformou em viver dessa forma:

É, acho, eu penso (...) que eles nunca vão assumir por uma questão é, do dia a dia, e naturalmente é assim, né?! É, é eu acho que a gente vai se adaptando a esta situação néh?! E o homem por sua vez, por mais que eu seja da área de saúde, ele não faz deste jeito né?! Ele faz a parte, né?! Ele trabalha mais, ele não divide a vida doméstica, por mais que ele seja médico. Como a gente divide, a vida dele não é separada, né?! O médico (...) é médico o tempo inteiro, né?! A todo vapor. Mas eu não consigo ver isso bem na minha casa. Meu marido é médico igual a mim, mas ele não deixa de almoçar ou vai comer correndo para chegar em casa mais cedo. Ele não faz isso, porque ele sabe que eu faço isso. Ele tem a vida dele, que funciona em outro ritmo. Eu funciono a 220 e faço tudo correndo pra chegar em casa pra estudar com os filhos pra prova de matemática e vê a prova de geografia e trabalho da escola e vê não sei o que, vê qual é o jantar. Mas eu me acostumei a fazer isso. Por outro lado, também eu facilitei que isso fosse acontecendo naturalmente. Então eu não acho que é uma atitude errada eu deixar isso acontecer, mas eu quis que isso acontecesse. Então, assim, eu prefiro assumir isso tudo pra mim, sabe?! Tem uma hora que eu fico um pouco exausta, mas eu acho que já estou tão acostumada com isso que eu nem percebo, como se fosse uma coisa ruim, acho isso normal, minha vida é assim, sabe?! Então, eu to trabalhando num trabalho de parto, mas eu to pensando qual vai ser o jantar que vai ter em casa a noite, ou eu to fazendo consultório, mas eu sei que vou ter que chegar em casa e estudar para prova

do meu filho, que tem prova amanhã, então essas coisas acontecem. Sabe?!
(A).

C (33 anos, separada, com filho) assinalou que, como ela própria delega à empregada doméstica as tarefas da casa e alguns cuidados com a filha, não pode exigir a participação do ex-marido no espaço doméstico:

Eu não faço nada em casa. (sorriu) Como é que o homem, coitado, vai lavar louça se tem empregada. A empregada tá lá pra resolver tudo, estabilizar a felicidade (sorriu), né?! Não acho nada disso, homem ter que dar banho em criança, trocar fralda, não acho nada disso. Eu sou uma mãe apaixonada com babá e eu gosto de brincar com minha filha, conversar hã, hã, agora limpar, claro, passar desodorante e escovar o dente são (...) determinadas coisas, eu acho que posso fazer. Eu ainda tenho um 3º mundo, gosto do Brasil e sou carioca mesmo, entendeu? Tenho minha empregada lá em casa, ela faz tudo e, pronto, ninguém se aborrece, e ainda com folguista no final de semana e pronto (sorriu) (**C**).

CL (46 anos, solteira, sem filho), **S** (38 anos, divorciada, com filho) e **T** (39 anos, casada, com filho) apontaram que, se ambos os membros do casal exercem uma profissão liberal, ambos devem participar da vida doméstica, assumindo papéis e atitudes mais igualitárias, até porque a mulher também participa do provimento financeiro da família junto com o homem e desempenha atividades semelhantes às dele na esfera pública:

Depende. Eu acho que sim. Aí eu sou machista, vou dar resposta machista. Eu acho que se a mulher que ele escolheu não trabalha, né, eu acho que ele não precisa, já que ele trabalha. Agora, se os dois trabalham e, neste caso, os dois são médicos (...) e alguém que seja uma cirurgiã geral ou uma anestesista, por exemplo, que tenha que também atender emergência e tal, eu acho que o homem tem que ajudar claro. Porque em uma desigualdade de situação, se não ajudar, não vai ter jeito, a casa vai explodir. Ou os dois ajudam ou vai explodir (**CL**).

Com certeza, eu acho que (...) já era esse negócio de que a mulher faz todas as coisas. Primeiro a mulher ela ela ela é competitiva, competitiva (...) no mercado de trabalho, e ela se equipara ao homem. O homem ainda tem mesmo aqueles que ajudam em casa, ainda tem aquela coisa do provedor. (...) Sobre homem, é, eu entendo muito, isso porque eu eu sou divorciada e então, assim, eu do conta da minha vida. Eu tenho um namorado, que não é (...) uma pessoa que mora comigo, então, assim, eu eu realmente consegui. Eu tenho seis, sete anos que eu to divorciada e eu consegui ao longo desses anos dá conta de todos os aspectos da minha vida, sozinha. É claro que tem

momentos que eu arranco meus cabelos, mas eu dou conta, então assim o carro ta com problema vou consertar o carro, tem que viajar eu pego estrada, aí eu fico assim pensando. Eu até brinco com meu namorado. Engraçado, né, essa coisa de homem dirigir, pegar estrada e chegar lá. Aí, ele pega a estrada e precisa descansar quando chega. Cara! eu pego a estrada não preciso descansar, porque quando eu chego da estrada que eu peguei, eu tenho que fazer a comida, vê a comida das crianças, então eu acho que eles, eu acho que (...) isso é desculpa, eu acho que os homens têm que fazer tudo, acho que tem que ser igual, eu procuro criar meus filhos dessa forma (**S**).

Eu acho que hoje, a gente vive num mundo que exige né, que a mulher seja independente, que a mulher ajude a família, (...) né, a gerenciar a casa (...) a financiar a casa, então eu acho que tendo em vista isso eu acho que o homem também deve e precisa, né, ocupar mais espaço na vida doméstica, na vida do filho, participando mais da vida do filho, ajudando, levando e buscando, é, dando orientações pra empregada e fazendo coisas de casa, se dedicando sim, também acho (**T**).

Para **J** (37 anos, casada, sem filho), o segredo está no respeito às competências individuais de cada um e em ambos fazerem um acordo estabelecendo quem vai fazer o que, de acordo com suas competências, gostos e habilidades. Isto evitaria mágoas e desentendimentos entre os membros do casal e propiciaria uma divisão mais igualitária das tarefas:

Não necessariamente. Eu acho que eles podem assumir ou não. Acho que tudo é um acordo, eu acho que as pessoas não podem assim impor coisas umas às outras. Por exemplo, na minha casa meu marido não gosta de lavar louça, eu nunca vou pedir pra ele lavar louça. Pra que, se é uma coisa que ele não gosta. Eu não gosto de levar o carro pra consertar, eu não gosto de trocar uma lâmpada, então, essas são tarefas dele. A gente divide as tarefas. Eu acho que o que tem que ter é uma divisão de tarefas. Não pode ser um faz tudo de um lado e o outro faz tudo do outro, mas não necessariamente o homem tem que fazer tarefas domésticas. Eu acho que ele tem que fazer se isso fizer parte do acordo. Eu acho que combinado não custa caro, né?! O que a gente não pode é impor coisas uns aos outros ou ter expectativas fantasiosas e também eu vejo muitas pessoas se decepcionando muito por isso, porque não combinam antes e tem expectativa de execução (...), então, se você não combinou nada como é que vai achar que o outro vai fazer depois, né?! Então eu acho que as falhas de comunicação é que geram mais problemas do que as habilidades em si. Sabe! a gente pode distribuir as tarefas numa boa (**J**).

Para **Y** (37 anos, casada, com filho), como na Medicina os homens, geralmente, têm uma renda maior do que a das mulheres, muitas vezes, elas abrem

mão daquilo que não lhes oferece uma boa remuneração para se dedicar mais às crianças, enquanto o marido se mantém no papel de provedor da família. O problema é que é sempre a mulher que abre mão do trabalho e, quase nunca, o homem:

A gente sabe mesmo que na Medicina a renda, o rendimento dos homens é maior do que de muitas mulheres. Então, isso faz com que no acordo do casal sempre que a mulher perde um pouco na área profissional, o marido fala: ah, larga isso (...) que não te remunera tão bem, porque eu ganho mais. Certamente é o acordo que faço com meu marido. E aí você tem esse tempo para se dedicar às crianças. Eu acho que é assim que funciona com praticamente todas as amigas mulheres que eu conheço. A gente acaba abrindo mão de coisas que não tem a remuneração tão boa, porque o parceiro tem um rendimento melhor, pra que a sua família não perca. É sempre a mulher que esta abrindo mão, dificilmente é ao contrario (Y).

CONSIDERAÇÕES SOBRE A CATEGORIA

A família é o grupo necessário para garantir a sobrevivência do indivíduo em sociedade e, por isso, tende-se a enfatizar a dimensão socioafetiva, independentemente de sua configuração. Dentro desta lógica, a família atua sobre o indivíduo transmitindo valores, inclusive aqueles que dizem respeito aos papéis e posições próprias do homem e da mulher. Nas sociedades ocidentais contemporâneas, as configurações familiares estão mudando, tanto na sua estrutura e organização como no seu funcionamento (DESSEN, 2010; ZAMBRANO, 2010; LANE, 2006).

A estrutura familiar, nas últimas décadas, sofreu uma redução significativa no número de filhos, passando, no caso brasileiro, para cerca de menos dois filhos, em média, por mulher, como apontado no último censo do IBGE (2010). Dentre os fatores que influenciaram essa mudança, podemos mencionar a entrada da mulher de classe média no mercado de trabalho, o desenvolvimento de métodos contraceptivos mais eficazes, que permitiram à mulher separar a sexualidade da reprodução, o aumento do nível de escolaridade feminina, a crise econômica dos anos de 1980, bem como a aprovação do divórcio, que aumentou o número de separações.

É sempre importante enfatizar que, hoje em dia, a questão da separação conjugal traz consequências para os membros do casal e da família e, geralmente, sacrifica, de forma significativa, a vida profissional de algumas mulheres, inclusive as médicas. Percebe-se no discurso de nossas entrevistadas que elas se esforçam para desincorporar as funções tradicionalmente exercidas pelas mulheres na família, onde os papéis, as regras, os limites e os valores eram muito mais rígidos com relação às mulheres. Assim, a fim de conseguir manter a saúde emocional da família, as entrevistadas são levadas a reelaborar antigas relações humanas, sociais e profissionais e, para que isso aconteça, é preciso trocar ideias, experiências, opiniões, propor soluções e, principalmente, incorporar novos conceitos. É preciso, mais do que tudo, superar o antigo modelo mental que regia suas vidas (DESSEN, 2010; FERES-CARNEIRO, 1998, 2003).

Talvez por estarmos ainda em um período de transição, a família parece ainda ocupar posição de destaque no discurso das entrevistadas. Para elas, a competência das famílias não depende do fato de serem casadas, separadas ou recasadas, mas da qualidade das relações estabelecidas entre seus membros. De certa forma, isso permitiu que as mães tivessem mais opções, como seguir adiante, priorizando os novos desafios que a profissão médica oferece, diminuindo seu ritmo de trabalho, ou voltando para casa. Neste contexto, percebe-se, nas falas das entrevistadas, que a quantidade de tempo dedicado aos filhos e familiares foi reduzido. Sendo assim, as funções de cuidado e socialização dos filhos passaram a ser compartilhadas com a escola, parentes e empregadas domésticas, de acordo com suas possibilidades econômicas (DESSEN, 2010; FERES-CARNEIRO, 1999, 2003).

Felizmente, o desenvolvimento tecnológico possibilitou que as médicas de hoje pudessem suprir sua ausência na esfera familiar através do uso do celular e da *internet* para monitorar os filhos em casa, permanecendo em contato com eles mesmo quando estão no trabalho. Contudo, percebe-se que algumas médicas ainda apresentam um perfil antigo de mães super atuantes, que realmente “arregaçam as mangas”, pois entendem que educar, transmitir hábitos e valores aos filhos é uma função que não se delega. (LANCASTER; STILLMAN, 2011; FERES-CARNEIRO, 1998, 1999).

Além disso, cabe também assinalar que, segundo as entrevistadas, mesmo com a emancipação feminina decorrente de sua entrada no mercado de trabalho, os

papéis assumidos por mulheres e homens em casa não se tornaram mais igualitários. Os homens de hoje continuam a contribuir pouco, ou quase nada, na execução das tarefas domésticas e nos cuidados com os filhos. Eles continuam a ser vistos, e a se ver, como provedores, não conseguindo ainda mudar sua antiga conduta e padrões comportamentais cultural e historicamente determinados (JABLONSKI, 1999).

3.3.4 Satisfação e desafios de ser médica: transformando limites em possibilidades

Nesta categoria procurou-se saber se as participantes percebem algum tipo de discriminação no local de trabalho, tanto por parte dos pacientes como das pessoas, de modo geral, pelo fato de serem mulheres, bem como se as mulheres médicas assumem postos de responsabilidade e liderança nas instituições prestadoras de serviços de saúde. Buscou-se saber, ainda, qual a frequência de participação das entrevistadas em eventos acadêmicos, qual a visão das participantes sobre as rápidas mudanças ditadas pelo mundo globalizado e de que forma elas afetam as atividades dos médicos e médicas. Por essa razão, esta categoria foi dividida em três subcategorias: Relação Médico-Paciente; Mulher e Gestão; e Inovação Técnica, Mudança de Paradigmas na Medicina e Atualização.

A. Relação Médico-Paciente

Quando perguntadas se percebem algum tipo de discriminação no local de trabalho, tanto por parte dos pacientes como das pessoas em geral, pelo fato de serem mulheres, **L** (48 anos, casada, com filho) e **T** (39 anos, casada, com filho) afirmaram que não e que sempre foram bem aceitas e respeitadas pelos pacientes, como se pode observar nas falas abaixo:

Não, não percebo. Todos me tratam bem. Não percebi nenhum tipo de preconceito por eu ser mulher (**L**).

Não, nunca. Percebi que sempre fui muito bem tratada assim, (...) com muito respeito pelos pacientes pelos funcionários de qualquer lugar que eu tenha

trabalhado desde que eu comecei fazer faculdade de Medicina. Então nunca percebi nenhuma discriminação pelo fato de eu ser mulher não (**T**).

A esse respeito, **P** (39 anos, casada, com filho) mencionou que, apesar de, estatisticamente, ter um maior número de pacientes do sexo masculino, sua convivência com eles sempre foi boa e nunca sentiu nenhum tipo de discriminação pelo fato de ser mulher:

Não, não percebo. Eu não percebo, pode até ser que exista, mas eu não percebo. E a minha especialidade estatisticamente tem o maior número de pacientes do sexo masculino. E a minha convivência com eles é muito harmônica e nunca senti esse tipo de discriminação. Acredito até pelo conhecimento, são pessoas que já me conhecem, já sabem da minha capacidade (...). Apesar de ser mulher (sorri) consigo trabalhar, atuar, é bem na posição (**P**).

É interessante observar que **A** (41 anos, casada, com filho) e **C** (33 anos, separada, com filho) apontaram não sofrer discriminação no local de trabalho pelo fato de serem mulheres, mas que são comuns os relatos de pacientes que rejeitam o atendimento médico por profissionais recém-formadas. As entrevistadas destacaram que o tempo de experiência profissional é considerado pelos pacientes uma competência indispensável para o exercício da Medicina, independente do médico estar ou não atualizado com as novidades de sua área. **C**, contudo, apesar de, inicialmente ter dito que nunca sofreu discriminação pelo fato de ser mulher, mais adiante em sua fala afirmou que, uma vez, teve uma paciente que disse para a cirurgiã que não queria ser anestesiada por uma mulher que, no caso, era ela. Seguem as falas de **A** e **C**:

Não, não. Nunca. Eu acho que acontece isso na hora quando você ainda é bem jovem recém-formada e existe uma descrença em relação às pessoas e na qualidade de seu trabalho, pela juventude. Isso é imaturidade da profissão que é natural, né?! Não tem como, né?! Um pouco menos que antigamente se olhavam os médicos mais velhos como os grandes sabichões da Medicina e hoje isso é uma grande besteira, né?! São médicos que muitas das vezes nem estão atualizados mais. Quando você ainda é muito jovem, você pode ter uma dificuldade de inserção no mercado e de ser aceito, por conta disso né?! de uma imaturidade que você pode eventualmente passar. Mas depois, com o tempo, você consegue mostrar qualidade e se supera (**A**).

Não sofro. Eu penso ao contrário, pois hoje em dia eu vejo uma admiração. Preconceito e discriminação eu tinha quando eu era mais nova porque eu me formei com 21 anos, muito nova e aí eles tinham preconceito e deviam pensar: como eu vou entregar minha vida nas mãos dessa garota? Hoje em dia tenho 33 anos e ninguém me acha tão novinha a ponto de não confiar no trabalho, entendeu?! Isso de ser mulher, uma vez tive uma paciente que falou para a cirurgiã que não queria ser anestesiada por uma mulher. Aí a Dra. Maria falou: eu não era para operar essa doente. Mas anestesista não tem vaidade, eu peguei, levei um colega homem junto comigo e apresentei pra paciente (sorri) (...) e fizemos a anestesia (sorriu), entendeu?! Ai foi tranquilo (C).

Para **C** (33 anos, separada, com filho) e **J** (37 anos, casada, sem filho), no momento atual, as mulheres médicas podem sofrer discriminação no local de trabalho por parte de pacientes mais velhos, que vêm de um tempo em que as mulheres não trabalhavam e não tinham competência profissional, como se pode observar nas falas abaixo:

Eu acho que a discriminação que pode se ter, é mais por parte de pessoas muito idosa que vem de outra cultura de outro tempo em que mulheres não trabalhavam mulheres não tinha competência profissional e ficaram estagnadas e às vezes eu respeito. (...) eu acho que o mundo (tosse) ta muito mais aberto. Os bloqueios hoje são com relação aos gays. Os que estão querendo ai espaço é o homossexualismo, as mulheres já conseguiram na década de 60 e 70, já queimou o sutiã lá, mas melhorou (C).

É mais relacionado a pessoas mais velhas. Os pacientes mais idosos alguns têm preconceitos, tanto os homens quanto as mulheres. Algumas mulheres mais idosas acham que médico só pode ser homem, né?! E assim alguns homens mais idosos tem vergonha de se expor pra mulher é, é... (J).

Segundo **CL** (46 anos, solteira, sem filho), diferentemente do que ocorre em outras especialidades, na cirurgia pode-se observar, ainda, uma hierarquia muito grande entre homens e mulheres. Por essa razão, acredita que, nesta área, a discriminação contra as mulheres manifesta-se com mais nitidez. Isto se verifica mais, no entanto, segundo ela, no caso dos pacientes de hospital público, que não têm oportunidade de conhecer melhor o médico, como se pode ver na fala a seguir:

Em cirurgia geral sim. Tem! Eu já tive paciente, obviamente quando você atende esse paciente na situação privada, no seu consultório e tal. Aí você cria uma relação médico-paciente. O cara confia (...) e vai a você, continua com você ou ele vai procurar outro. Mas no pronto socorro, por exemplo, eu já

vi um paciente que nunca tinha me visto e quando falei que tem que operar ele falou: não, com você eu não opero com você eu não quero operar, já aconteceu isso comigo. Fazer o que?! Acontece! (**CL**).

M (47 anos, casada, com filho) afirmou que, apesar de não sentir nenhum tipo de preconceito como médica, observa a existência de discriminação contra a mulher na universidade, onde alguns cargos não são ocupados por elas:

No meu caso, como falei bem lá no início, é difícil porque nos somos pediatra, então ainda tem uma aceitação bastante legal. Essa pergunta seria assim talvez tivesse um grande impacto numa carreira onde já existe bem essa coisa do preconceito, é difícil, mas aqui dentro da universidade alguns cargos não são ocupados por mulheres, sabe isso sim eu acho que rola, eu sinto esse preconceito, eu vivo esse preconceito não na carreira como médica, mas na carreira institucional (**M**).

Já **S** (38 anos, divorciada, com filho) e **Y** (37 anos, casada, com filho) afirmaram que, embora não tenham sido vítimas de preconceito por parte dos pacientes, percebem um certo “desconforto” por parte de seus colegas do sexo masculino com relação às mulheres, especialmente quando elas ocupam cargos de chefia, fazem um procedimento que não é muito comum ou quando se destacam e ficam em evidência:

Olha, (tosse) dos pacientes eu não sinto isso, dos colegas médicos às vezes eu sinto um pouco assim, não uma discriminação, eu, às vezes sinto é que, (...) pelo fato de eu ser mulher (...), por exemplo, o hospital tem sempre profissionais mais é atuantes e tem profissionais mais acomodados (...), então, as vezes, eu sinto que os profissionais mais acomodados quando vêm uma mulher atuante, eles se incomodam mais do que se eu fosse homem, então eu já tive alguns problemas assim de...sabe, é...que acho que passa um pouco pelo preconceito. Não sei, acho que pro homem, por exemplo, ser chefiado por uma mulher, isso às vezes causa um desconforto, uma coisa muito sutil eu (...) não tenho nem certeza dessa minha dessa impressão, mas às vezes eu sinto isso, às vezes eu sinto que se eu fosse homem acho que eu não ia incomodar tanto, em alguns casos, mas é sutil assim, *um ponto auge*, mais de leve (**S**).

Eu acho que por parte dos pacientes não, pelo menos da minha especialidade não! Por parte de alguns colegas de trabalho, sim. Algumas vezes, é, quando principalmente você está um pouco mais em evidência. Se você assume em fazer uma atividade que não é muito comum e, ao (...) fazer se destaca. (...) Em algumas áreas, tem muito procedimento, né?! e se você faz um procedimento que não é muito comum, as mulheres logo acostumam e vira

aquele “B.A.BA”. Se você se torna um diferencial, te olham um pouquinho meio de lado sim. Tipo até tentando abafar: ah não precisa fazer não, deixa que eu faço, isso acontece. Eu acho que ainda os homens não gostam de ter mulheres é mais em evidência do que eles. Eu acho que isso é uma coisa que os homens têm problema. Eu acho que não é coisa de mulher, não (sorri) (Y).

B. Mulher e gestão

Quando perguntadas se acham que as mulheres médicas assumem postos de responsabilidade e liderança nas instituições prestadoras de serviços de saúde, L (48 anos, casada, com filho) afirmou que sim, apesar disso não ocorrer com tanta frequência quanto com os homens. Ela acrescentou, ainda, que este número vem aumentando e que isto se dá às custas de uma maior dedicação da mulher ao trabalho, provavelmente em detrimento da família, como se pode observar na fala abaixo:

Sim! Eu não tenho uma estatística, mas assumem sim. Talvez não com tanta frequência como os homens. Mas elas vêm assumindo em número, sim. Talvez com uma maior dedicação ao trabalho, em detrimento da família (L).

Para P (39 anos casada, com filho), apesar da emancipação feminina, os homens continuam ocupando mais cargos de chefia, de liderança do que as mulheres, ainda que a participação feminina venha aumentando. Ela acrescentou, ainda, que, mesmo quando homens e mulheres dividem uma chefia e detêm o mesmo poder, a tendência é que ele se comporte como se fosse o “chefe”, algo que talvez seja um resquício do que historicamente ocorria:

Menos do que deveriam. A gente tá aumentando a nossa participação, mas ainda os cargos de chefia, de comando, ainda ficam aquém, (...) com certeza. Eu acho que talvez, éh também, eu não vejo tanta mulher como líder de uma forma intrínseca. (...) mas isso é uma coisa interessante: éh eu divido a enfermaria com um homem e essa pessoa, ela consegue se destacar mais com a liderança, enquanto eu fico mais na retaguarda, na organização. Uma coisa muito interessante, nós temos o mesmo poder, o mesmo peso e essa pessoa ela vai e conduz, lidera mais do que eu. Eu fico mais na retaguarda, na estruturação da enfermaria, enquanto ele fica como se ele fosse mais chefe do que eu, entendeu?! É uma coisa muito interessante. Talvez,

historicamente eu até ache que, por ele ser homem, tem esse direito de ser meu chefe, embora não seja (**P**).

T (39 anos casada, com filho), **S** (38 anos, divorciada, com filho) e **A** (41 anos, casada, com filho) afirmaram que as mulheres médicas vêm ganhando cada vez mais espaço em postos de responsabilidade nas instituições em que trabalham, assinalando, contudo, que a forma de exercer a liderança é distinta. As entrevistadas acreditam que as mulheres talvez sejam mais afetivas e humanas quando em posição de liderança do que os homens pelo fato de estarem acostumadas a se empenhar para solucionar as demandas do marido e dos filhos, diferentemente deles, que costumam mostrar mais autoridade, como se pode ver nas falas abaixo:

Cada vez mais acho que a mulher tá tomando espaço em um monte de lugares, inclusive na Medicina vejo muitas mulheres ocupando espaço de liderança de gestão é, vejo sim. Não sei, eu acho que cada mulher tem uma capacidade de gerenciar muito boa, né?! Justamente que acaba tendo que gerenciar a vida familiar (telefone toca) com vida profissional com vida afetiva e vida doméstica. Então, a mulher tem um preparo, né?! Uma formação humana, uma formação para gerenciar e por isso eu acho que a mulher acaba indo bem nesses cargos (**T**).

Eu acho que hoje sim. As mulheres assumem vários cargos de chefia nos hospitais e nas instituições prestadoras de serviço de saúde. Eu conheço mulheres líderes extremamente competentes, mais, até, do que os homens. Claro que não é geral, mas o que eu percebo na mulher é que a maior dificuldade dela está em relação (...) ao homem. É a coisa da autoridade. Acho que, (...) o homem ele tem (...) uma autoridade inata, mais desenvolvida que a mulher. A mulher tem que aprender a fazer isso (...). Eu acho que ela é mais comum (...) se fizer um paralelo com que a gente vê (...) nessa coisa doméstica. A mulher tem uma preocupação, muitas vezes maior com a organização. Eu acho que a mulher ela é mais detalhista, eu acho que ela tem um senso crítico pra algumas coisas e, já o homem acho que ele pode ser mais objetivo, mais proativo em algumas coisas, mas de repente ele não se prende tanto aos detalhes e eu acho que os detalhes são muito importantes. (...) então eu acho que a mulher consegue desenvolver ou já tem a característica da autoridade (...) eu acho que é isso mesmo. Acho que o homem de repente a autoridade dele (...) pode chegar ao autoritarismo, é mais fácil do que a mulher. Isso genericamente, mas falando mais claro, então eu conheço excelentes mulheres líderes que chegam num lugar e todo mundo já respeita. A mulher, acho que, ela, eu não sei, mas ela dá mais exemplo (...) do que os homens que também são muito competentes nas suas lideranças. Mas eu acho que a mulher ela tem um, um jeito feminino talvez mais compreensivo, mas não pode perder a autoridade. Acho que essa que é a dificuldade, juntar compreensão, com bom senso e sensibilidade que é fundamental pra você liderar pessoas. Você tem que ter uma sensibilidade

por aquelas pessoas e sem perder a autoridade, que eu acho que essa é a dificuldade então, é o que eu acho (**S**).

Acho que assumem. Assumem porque elas têm comprometimento com o lugar. Ela, a, a, a, mulher médica se sensibiliza com situações específicas que acontecem muito mais do que com os homens (**A**).

A (41 anos, casada, com filho) acrescentou, ainda, que a mulher tem maior capacidade do que o homem de realizar várias atividades ao mesmo tempo, coordenando tudo, algo que ela está acostumada a fazer em casa. Assim, nesse sentido, acredita que a mulher tem maior facilidade para exercer a liderança:

Então assim, o médico tem que ser muitas vezes descrente para ver, é as atrocidades que acontecem. Por mais que você seja descrente você não se deixa abater, então emocionalmente a gente é um pouco mais fria. Sendo mulher você recebe uma notícia de outra forma, sabe? E que o homem não recebe, e essa hora você consegue, você consegue ter a liderança, você consegue associar as duas coisas. Você se sensibiliza com as histórias que existem, né?! Você consegue mostrar competência, você consegue criar uma organização ali, é como se fosse outra casa. Na verdade você é uma dona de casa em casa e você é uma dona de casa em uma instituição. Você consegue coordenar todo mundo ali com você e, aí nessa hora a mulher é um pouco melhor que o homem, né?! Ela coordena isso muito bem e aí da maneira como ela fala, ela consegue levar isso de uma maneira que não soa como (...) um tom autoritário. Você consegue passar isso de uma forma gradual, sem incomodar ninguém, sem criar uma questão discriminatória porque você é superior e aí, você tem mais facilidade na questão liderança, eu acho (**A**).

C (33 anos, separada, com filho), que ocupa um cargo de chefia numa instituição prestadora de serviços de saúde, orgulha-se de ter conseguido superar o preconceito que tinham com relação a ela - mais por ser jovem do que por ser mulher - no ambiente de trabalho mostrando competência e capacidade. Para a entrevistada, quem atua com profissionalismo e trabalha direito, independente de ser homem ou mulher, terá sempre espaço e será respeitado:

Bom eu sou uma chefe, eu não falei no início que eu trabalho no Gaffrée, esqueci, eu sou chefe da anestesia de lá. Há nove anos eu montei um serviço que não existia, montei uma residência médica, credenciei pelo MEC, pela sociedade de anestesia. Hoje, lá eu tenho quase 50 anestesistas que eu chefo há 09 anos, e a reitora da faculdade é uma mulher. Lá no início tinha um preconceito, não sei, o preconceito que eu sentia maior era por ser muito jovem do que por ser mulher e eu utilizo muito o fato de eu ser mulher

sabendo aproveitar (...) Não pode é misturar, tem que ser profissional no trabalho. E aí a coisa anda bem, você consegue o respeito. Eu acho que o respeito no trabalho ele vem muito mais pelo trabalho do que o fato de ser mulher ou homem. Respeito profissional se faz trabalhando. Quem trabalha, trabalha direito, sempre terá espaço e sempre vai ser respeitado, eu pelo menos respeito as pessoas independente de ser homem ou mulher. Presidente é mulher, né?! Esta na moda. (sorriu) (C).

Y (37 anos casada, com filho), apesar do perfil de liderança e do reconhecido sucesso como gestora, optou pelo desligamento do cargo de chefia da instituição prestadora de serviços de saúde onde trabalhava porque precisava dar mais atenção à família e não conseguiu negociar com o diretor uma maior flexibilidade de horário de trabalho. Ela acrescentou, que vem observando que as mulheres são ótimas gestoras, porque são organizadas, cumprem o horário e não costumam faltar:

Eu acho que elas assumem e, eu assumi há pouco tempo aqui um cargo de divisão médica no meu hospital. Eu saí porque eu quis, porque eu tive um problema de saúde e minha mãe deu todo o apoio na minha casa. Não pôde mais me dar, por que meu pai ficou doente e eu tinha uma dedicação com carga horária plena aqui no hospital por conta (...) desse cargo de chefia. Eu tive que chegar para diretor e falar: não dá, to precisando dar um suporte na minha casa, ou eu tenho uma liberação de carga horária ou eu realmente tenho que sair do cargo. Como ele não pôde me liberar de carga horária, (...) ter horários livres, eu tive que sair do cargo. Eu acho que é uma questão de oportunidade, assim no meu caso eu fui convidada por um homem que é um grande amigo meu e trabalha junto comigo, que confia no meu trabalho. Então, eu acho o que faz uma mulher assumir um cargo desses é alguém saber que ela trabalha muito bem. Provavelmente ela já está se destacando e faz um bom trabalho onde ela está. E aí se ela faz um bom trabalho ela faz com que a outra pessoa olhe pra ela e pense: ela pode ter um cargo de liderança, ela é capaz disso. E eu acho que as mulheres são bem capazes disso, por todos os motivos que já dei: organização, elas cumprem melhor a carga horária de trabalho, até por terem filhos elas não são de faltar muito pelo menos, eu vejo isso no meu meio (Y).

Segundo CL (46 anos, solteira, sem filho), apesar de haver um preconceito muito arraigado em relação às médicas cirurgiãs, algumas delas conseguem chegar ao topo e ser respeitadas nesta carreira. Para ela, há muita competição e discriminação em relação às mulheres na área cirúrgica, especialmente em cirurgia geral e, inclusive, muito poucas mulheres apresentam trabalhos em congresso. Ainda segundo ela, para conseguir vencer os preconceitos nesta área, as mulheres têm que ser realmente muito melhores do que os homens, que ainda demonstram

muita resistência em relação a uma mudança de atitude no que diz respeito à atuação feminina, como se pode ver na fala abaixo:

É raro. Mais acontece. Competição é muito grande né?! Eles não mudam. O preconceito é antigo e também resistem, mas dá pra acontecer. É só, não sei na cirurgia geral, por exemplo, em congressos que eu vá é muitíssimo raro encontrar mulher cirurgiã geral falando em congresso. Muito difícil! É muito difícil mesmo. Porque é, é tem preconceito do homem e a mulher tem que ser extremamente melhor que todos eles para gente conseguir, entendeu?! To falando em cirurgia geral, mas existe a Agelita Gama, proctologista em SP que é uma sumidade e todo mundo respeita, todo mundo, independente de sexo e tal. Tem outra, a professora Maria aqui da UNIRIO, Cirurgiã de Tórax, mas na Cirurgia geral não tenho nome pra lhe dar. E olha que frequento bastante os congressos (CL).

Para J (37 anos, casada, sem filho), a presença de mulheres em cargos de liderança e chefia vem aumentando. Apesar disso, os rendimentos da mulher médica no mercado de trabalho continuam mais baixos do que os dos homens, algo que, para ela, é fruto de um preconceito e do fato da mulher ser a principal responsável pela esfera familiar. Para a entrevistada, as mulheres precisam encontrar uma forma de dividir com o homem as tarefas domésticas:

É eu acho que elas recebem menos do que os homens e acho que os principais motivos existem: primeiro um preconceito e segundo uma dificuldade logística prática de administração da questão profissional com a estrutura familiar né?!. Eu acho que é mais estrutura cultural que a gente tem hoje em dia, acho que algumas pessoas, um homem, pode chegar em casa às 20h30min da noite e não dar satisfação. Não precisa ligar pra empregada e dizer o que vai cozinhar hoje, que precisa passar a roupa, pregar um botão, fazer faxina. Ele chega em casa depois que trabalhou, se dedicou. Pode ta lá e chega de noite, ele come e acabou, né?!. Algumas mulheres são assim na empresa que eu trabalho. Tem algumas mulheres que têm esse comportamento, mas, as mulheres que tem esse comportamento são as que assumem cargos de chefia ou aquelas que não têm vida amorosa, ou elas são solteironas ou são homossexuais e, nesta opção, elas têm uma parceira em casa que dá conta de tudo, é, uma parceira que assume esse lugar da mulher cuidadora do lar, né?! Eu não conheço uma figura feminina de chefia com estrutura familiar digamos, com dois lados equilibrados e harmônicos, sabe? Assim, eu particularmente, não conheço, não acho que seja impossível, mas acho que é muito difícil e deveria ter uma, digamos uma super estrutura pra ajudá-la a coordenar a questão doméstica né?! Ou um homem que assuma essas questões domésticas e volto a dizer: não acho que o homem não tem que fazer as coisas, as tarefas domésticas, como também, não acho que ele tenha que fazer. (...) Eu acho que faz quem gosta e divide-se as tarefas, né?! Assim vamos ver o que cada um gosta. Eu tenho amigas,

por exemplo, que o marido cozinha em casa e elas não cozinham, num entram na cozinha não sabem fazer um ovo. O marido é que cozinha tudo na casa assim, elas não fazem nem compras de comida. Mas isso é exceção, não é regra e também só acontece com relação à comida, não é com relação a outras questões, mas assim, é, é um equilíbrio, né?! Então acho que a gente tem que achar uma forma de dividir as tarefas e acho, que isso ainda é um desafio pra mulher no mundo moderno principalmente, as mulheres que são casadas com homens que tão com digamos, quarenta pra cima hoje em dia né?! Trinta e cinco pra cima vá lá. As pessoas mais jovens, eu vejo os homens mais jovens mais participativos dividindo mais as tarefas. Como eu disse, eu acho que é uma coisa que vem mudando, sim (**J**).

Para **M** (47 anos, casada, com filho), houve um aumento no número de mulheres médicas em cargos de chefia, embora ela acredite que ainda se pode sentir um certo preconceito com relação à mulher. Ela acrescentou, inclusive, que já observou isso em termos de aprovação em concursos públicos, principalmente de mulheres com filhos, como se pode observar na fala abaixo:

Elas assumem mais. Eu ainda acho que numa escolha de eleição direta elas têm dificuldades, elas podem até de repente ganhar mais se elas tiverem indicações talvez, elas não ganhem. Eu ainda acho, posso estar muito enganada, mas eu ainda acho que rola um preconceito sim, eu assisto às vezes em concursos públicos que tá determinado os cargos. Aí ela tem um monte de filhos, aí não vai dar certo, aí preferem escolher outra, sabe?! Essas coisas então eu acho que isso acontece sim, eu não tenho dúvida, acontece com certeza, não tenho dúvida (**M**).

C. Inovação técnica, mudança de paradigmas na Medicina e atualização

Quando perguntadas como fazem para tentar conciliar vida acadêmica e participação em eventos científicos, carreira, família e trabalho, **L** (48 anos, casada, com filho), **P** (39 anos, casada, com filho), **S** (38 anos divorciada, com filho), **T** (39 anos, casada, com filho) e **Y** (37 anos, casada, com filho) apontaram que isso pode ser alcançado com organização, planejamento, delegação de funções e bom senso, algo que possibilita que elas consigam, sem culpa, participar das atividades acadêmicas sem causar transtornos familiares e afetar a agenda de trabalho, como se pode observar nas falas abaixo:

Deixa-me pensar. Umas quatro ou cinco vezes ao ano. Dá, é só você dividir um pouco o seu tempo né! (sorri). Por exemplo, às vezes alguém pode ficar com o filho, pois levá-lo com o médico, aí fica meio complicado (L).

Sempre fui convidada eu vou aos congressos, aos cursos de atualização, e eu frequento até, pra conseguir manter o estudo que eu considero muito importante, muito importante. Dá, dá pra conciliar carreira, família e trabalho tudo junto e sendo: feliz, atuante e satisfeito, com certeza! Eu acho que passa pelo planejamento, passa pela confiança, passa pela característica de conseguir delegar funções e que você não é o centro do universo. Lógico que carinho ninguém vai conseguir (...) dar como você vai dar. Sentir a sua ausência obvio que não, mais hoje tem Internet ajuda bastante e eu tenho contato através de vídeo, câmeras e então isso ajuda bastante (P).

(Tosse) é...eu acho que...no momento (...) eu acho que eu tenho conseguido mais, então, por exemplo, agora no mestrado eu tenho ido a vários eventos, congressos...no final da semana passada teve um congresso de neurologia da NERJ, quinta, sexta e sábado. Quinta e sexta tranquilo, meus filhos estavam comigo, mas tinha gente em casa. No sábado o congresso era o dia inteiro e eu ia (...) apresentar um trabalho, um pôster eu tinha que tá lá, eu não podia faltar, então, eu e eu tava com meus filhos. Como eu não sou casada, quando eu não tô, não tem ninguém pra ficar com eles então, então eu acabei dando um jeito. Aí mamãe me ajuda, minha mãe me ajudou com as crianças (...). Às vezes (...) um vai pra casa de um amigo, é, dificilmente eu contrato alguém pra ficar com meus filhos, meu namorado às vezes me dá uma força quando eu não eu tô, então isso é um pouco chato, eu eu realmente fujo. Eu eu assim rezo pra esses compromissos não caírem no dia que eu estou com as crianças até porque, eu sinto falta de tá com eles, então é difícil, mas eles, eles entendem eu acho que o mais importante é eles entenderem que isso é importante. Então quando eu (...) tô indo pro congresso aí eu vou (...) e mostro o trabalho que vou apresentar e aí falo pra eles: olha o pôster, (...) ele fala: que legal ficou! Eu falo: viu meu filho como essa coisa de congresso é importante! Não, não é dos mais importantes, mas é importante sim. Aí eu boto uma roupa ele fala: não mãe essa roupa não tá muito boa pro congresso bota essa. Então acho que despertar é, a admiração deles é importante porque se não, o trabalho vira um inimigo das crianças como já foi pra mim muitas vezes assim, muitas vezes as crianças viram meu trabalho como um inimigo e não como uma coisa. Eles falavam: Ah não, é legal então, assim o trabalho do papai é importante e o trabalho da mamãe é um saco. Porque eu me sentia ultra sobrecarregada com todas as coisas, e agora eu acho que eu consigo mudar um pouco, pra eles que, que o trabalho é uma coisa que eu gosto, que me dá mais prazer do que exaustão e, assim, trabalho é bom desde que ele não te tome toda energia assim, acho que em qualquer profissão né, esse negócio de que médico, é sacerdote, eu eu sou contra isso (risos) (S).

Olha no meu caso o meu filho, né?! é, ele é filho do primeiro casamento e foi com um dermatologista, também. Então eu vô com frequência aos congressos, às reuniões da SBD que são na última quarta feira do mês, aqui no Rio de Janeiro. E sempre que eu posso, não pras reuniões mensais, não

levo, mas sempre que eu posso levar o Teo para os congressos eu levo, porque chega lá, ele fica assistindo aula com a gente. O pai dele é professor, dá muita aula e ele fica lá e já conhece todo mundo na dermato. Com oito anos conhece a dermatologia toda do Rio de Janeiro (sorriso), todo mundo conhece ele, então, eu vou fazendo desse jeito quando dá eu levo (**T**).

Dá pra conciliar, se tiver bom senso dá pra conciliar. Eu fui a congressos, hã, este ano, fiz mestrado, eu agora estou entrando no meu doutorado, eu acho que dá para participar de atividade acadêmica mais agora tem que ter bom senso, tem que equilibrar o tempo para conciliar todo mundo. É uma loucura mais dá. (Tosse) Tem que ter organização pra que tudo isso aconteça e não prejudique muito ninguém (**Y**).

A (41 anos, casada, com filho) e **CL** (46 anos, solteira, sem filho) afirmaram que, no momento atual, se preocupam cada vez menos em participar de eventos acadêmicos externos, procurando, quando muito, cursos que lhes conferem uma atualização de forma rápida. Para as entrevistadas, isso se deve ao desejo de ter mais tempo livre para se dedicar à vida pessoal, como se pode observar nas falas a seguir:

Acho que dá. Eu já participei mais em eventos acadêmicos, hoje eu me restrinjo só à questão daqui da universidade, isto é, em análise de banca do internato, é, eu já participei mais. É, a questão do evento acadêmico é que ele solicita muito você e aí depois de um tempo eu preferi, não ficar tão participativa em relação a isso, só pra ter mais tempo livre sabe? É, e aí eu preferi me ausentar. Então eu só fico restrita no que acontece aqui dentro e fora não (**A**).

Já frequentei bem mais, né?!, por conta de dar aula como eu falei. Fiz mestrado e um monte de coisa eu participava, muita coisa. Ultimamente eu tô um pouquinho mais devagar em relação a isso (...). Mas frequentava bastante (**CL**).

No caso de **C** (33 anos, separada, com filho), **M** (47 anos, casada, com filho) e **J** (37 anos, casada, sem filho), na busca de atualização, elas afirmaram procurar participar e estar a par das novidades de suas áreas nos eventos científicos, sendo, inclusive, responsáveis pela organização de alguns deles. Como podemos ver na fala das entrevistadas, o trabalho é intenso, criterioso e elas se preocupam com as possíveis interferências que possam ocorrer no tempo dedicado à vida pessoal, principalmente a familiar. **C** e **M** estão, inclusive, com planos de diminuir essa

participação, enquanto que **J** é levada a participar por causa de seu trabalho numa indústria farmacêutica, como se pode observar nas falas abaixo:

É grande, grande eu sou dá comissão científica da sociedade de anestesia do Rio então, eu tô sempre em tudo. Teve a última jornada e eu estava, teve um evento mensal que fui a coordenadora, e daqui a 15 dias tem uma aula que vou dar numa jornada. Dá pra conciliar, mas essa parte acadêmica é mais problemática e aí, é a cerejinha do bolo, é a que passa dos limites sabe? Isso eu tô fazendo, (...) não sei por que. Me chamaram e, eu fiquei sem graça de dizer que não ia, acaba que eu tenho um trabalho enorme e ano que vem eu não vou continuar. Entendeu?! Não vou. Isso não me pega mais. Porque é muito trabalho, só pra ter um prestígio que eu não faço tanta questão. Te falei da vaidade, eu não faço questão deste prestígio, prezo muito mais a qualidade de vida, sabe? Então isso vai acabar. E vou dizer que eu não tenho tempo, que eu não tenho, me pediram eu achei que seria mesmo trabalhoso, é muito trabalho, muito, muito. Então não vai dar, não (**C**).

É alta, é alta, porque eu ocupo determinadas funções em sociedades de classe. Tô vinculada à sociedade brasileira da minha classe, da minha carreira tô vinculada à sociedade estadual da minha carreira, então, é... eu acabo participando bastante e acho sim, como eu já falei, na pediatria não tem porque você ser alijada porque é mulher, porque a pediatria é povoadíssima por mulheres, então não sinto essa discriminação, mas sou chamada sim por que tenho esses cargos que já ocupo. É, há uma semana atrás eu, eu tava fazendo uma reflexão, eu, neste exato momento, eu listei, eu tenho 12 ocupações e dessas 12, 4 são temporárias e vão me abandonar até julho, julho não, até setembro, mas 8, alguns podem me abandonar, pois eu tô sentindo muita pressão, eu tô incomodada, eu tô achando difícil. Tá complicado, mas eu tenho feito um pouco de vista grossa para alguns, alguns desses (...) problemas é... pra não deixar transparecer pra família especificamente marido e filho. Isso pode estar interferindo negativamente, por isso, eu estou tirando hora de sono. Sim, sim, sim, o excesso, quando te disse que ontem dormi às 2 e meia da manhã, eu fiquei com a minha família, confraternizando, fazendo tudo que eles queriam até 11:45 da noite, todos foram dormi, eu fiquei acordada até às 2 e meia trabalhando (**M**).

É, é, eu tenho uma vida acadêmica bastante intensa por causa (...) do meu trabalho na indústria farmacêutica. Eu não sei se a minha renda fosse só de consultório e aí não é só uma questão de conciliar a família, carreira e trabalho, mas uma questão de custo, né?! A empresa que eu trabalho subsidia a minha ida a todos os eventos, porque é interessante pra ela que eu esteja atualizada, e que eu tenha conhecimento de ponta. Pra mim, esta questão do custo não existe, né?! Porque eu sou subsidiada, mas é, é, eu não sou uma amostra da média, né?! Porque eu tenho esse trabalho e a empresa que eu trabalho acha isso interessante e me envia pra esses eventos então, todos os anos eu vou a todos principais congressos nacionais e internacionais da minha especialidade. Eu tenho contato com pesquisadores da nossa empresa que desenvolve pesquisa clínica e então eu tenho um centro de pesquisa no Brasil. Entro em contato direto com os pesquisadores, então, eu

tenho uma troca muito rica de informações com essas pessoas. Então, assim, eu tenho uma vida acadêmica muito intensa, apesar de não estar vinculada a uma instituição acadêmica. Eu tenho contato, né?!, com a vida acadêmica, mas principalmente por causa do meu outro emprego. (...) o consultório, né?!, assim se eu vivesse só de consultório eu não sei se teria tanta disponibilidade de tempo e grana pra investir nisso (**J**).

Quando perguntadas em que medida as rápidas mudanças ditadas pelo mundo globalizado afetam as atividades de médicos e médicas, **L**, (48 anos, casada, com filho), **P** (39 anos, casada, com filho), **S** (38 anos, divorciada, com filho) e **A** (41 anos, casada, com filho) afirmaram que houve mudanças muito rápidas no mundo atual que necessitam de atualização constante, tanto por parte das médicas quanto dos médicos. Hoje é possível encontrar informações sobre praticamente todos os assuntos na *internet*, e a Medicina não está fora disso. Se, por um lado, como elas apontam, isso facilitou o acesso à informação, por outro, como assinalou **S**, é preciso ter cuidado, porque nem toda informação é confiável:

É, no mundo atual com a globalização são muitas informações ao mesmo tempo. Então você não tem tempo é, pra você analisar todos esses tipo de informação e filtrar o que é importante e o que não é. E, às vezes, você fica estressado porque às vezes, você quer da conta de tanta informação que você obtém mais você não consegue. Não, acho que isso é geral. É igual para ambos os sexos (**L**).

Eu acho, (...) que isso é a conectividade, é você estar conectado 24 horas por dia, e aí você opta por se conectar com pessoas que você quer. Também, então, não é o fato de você ficar acessível 24 horas por dia, isso é ruim, lógico, né?! Mas por outro lado, as pessoas também (...) querem conectar e estão disponíveis 24 horas por dia. Então acho que isso facilitou bastante o entrosamento, facilitou muito o conhecimento científico, hoje nós temos uma fonte inesgotável de informação e aí, eu acredito que seja a fonte mais justa desde que se deu a inclusão digital, a Internet. Ela é a fonte mais justa do conhecimento, porque antigamente, é, se baseava o conhecimento no número de anos de formado, número de pacientes atendidos, enquanto hoje temos estudos com milhares de pacientes com metodologia específica, com opiniões de pessoas de maior peso, maior conhecimento, enquanto antigamente isso não existia. Acho que esse acesso à informação, ao conhecimento é inestimável, inestimável. Acho que independe do gênero. Todos nós somos, acessados, principalmente do ponto positivo. Bom! Eu acho que essa divisão é uma coisa importante e que eu, ao ser professora de Medicina, delego muitas funções, e depois eu vou obtendo a resposta do resultado dessas funções. Então, ao passar, transpor um pouquinho desta experiência da minha vida particular pro trabalho, eu obtive resultados muito mais satisfatórios. Então, na minha casa não funciona como o hospital,

logicamente, mas é muito parecido o sistema. Então, eu tenho pessoas de confiança aqui, que eu delego e são os nossos alunos que me dão esse retorno. Tenho pessoas em casa também, que eu delego funções e que me dão esse retorno de forma satisfatória, então isso faz com que o equilíbrio se mantenha **(P)**.

É, ah, em relação à informação eu acho que as mudanças são muito bruscas, né?! Assim, então é, em relação às mudanças do mundo globalizado a gente vê muito isso, que a velocidade de informação que você recebe diariamente, o tempo inteiro é muito grande. Então a gente tem que, exigir (...) uma atualização mais, estreita ali. Então é, enquanto que eu, (...) podia comprar o livro de clínica que lança uma vez por ano, hoje você pode tá comprando, agora. Eu tenho, eu consulto (...) e quando eu quero ler alguma coisa mais básica eu leio ali, mas eu tenho alguns sites que a gente usa e que são atualizados periodicamente, então éh, eu uso muito um site chamado *up to date*, que é um que você tem ali todas as informações. Então isso facilitou muito. Eu ainda não sou aquela pessoa que anda com mil aparelhinhos, eu faço ali minha parte médica, mas eu acho que em relação à informação, tem muito acesso, que por um lado é bom, mas por outro lado é muito perigoso, porque nem toda informação que a gente recebe é uma informação confiável. Isso também ajuda a gente a desenvolver um espírito crítico em relação a aceitar aquela informação como, quer dizer a incorporar aquela informação como fazendo parte do seu arsenal. Então vejo muito alunos, e às vezes eu falo com eles: “ah, onde leu isso, isso e isso?” Aí eu olho e falo; mas você leu em que fonte? As fontes são referendadas? Sobre o *Doctor Google*, aí então falo: não, vocês têm que ter cuidado. Eu procuro dar muita informação. Eu uso, às vezes quando eu quero, uma imagem, um negócio aí vou lá no *google*, boto lá o tema e acho uma imagem interessante pra ilustrar uma aula, mas acho que isso não substitui é, as ferramentas mais confiáveis. Acho que mais pela parte da informação mesmo. O resto, acho que, pelo menos na minha vida prática num sinto tanto impacto. (Tosse) acho parecido é, não vejo muita diferença. Acho que todos tem acesso hoje em dia, não é exclusividade do universo masculino o acesso. Acho que o homem de repente ele é mais safo assim com, determinados programas, com determinadas coisas. De repente ele dedica mais tempo livre ali, (...) a mulher se divide mais em outras atividades então, acho que a informação chega pros dois da mesma forma **(S)**.

A gente tem uma atualização mais frequente em relação a tudo que acontece. O acesso à informação é, quando (...) você tem uma dúvida e você tem como ter um acesso rápido, (...) pra te orientar aí eu acho fundamental. (...) É, a globalização. O acesso à informação trouxe uma facilidade para Medicina de que as mudanças acontecem constantemente, uma renovação constante, tem uma atualização com frequência. E aí é igual pra médica e médico, não tem diferença **(A)**.

A (41 anos, casada, com filho) afirmou que só quando você entra no hospital é que começa a lidar com a vida, se assusta, e toma consciência da profissão que escolheu e do quanto ela te suga:

Não sei por que a gente escolhe ser médica, sabe? Escolhe! É, eu acho que quando você escolhe ser médica a gente não sabe muito bem o que que é que a gente escolheu. Essa é uma verdade. E aí, depois que você faz o vestibular, difícil, que hoje em dia é o ENEM, mas durante muito tempo era vestibular, e você ficava naquela competição de vários candidatos versus uma vaga pra você entrar na instituição pública, isso vira uma glória, é uma medalha porque você passou no vestibular. Quando você começa a faculdade, curso básico, você tá na faculdade como qualquer outra, é igual fazer direito, fazer engenharia é igual a fazer qualquer coisa, você tem aquelas provas, você não tem contato com gente, você só tem contato com livro. E você estuda pra isso. É, quando você muda no meio do curso, um curso longo de 6 anos e você (...) passa a ter contato com a vida, né?! Dentro do hospital aí a gente começa a ter noção do que que é que você escolheu, mas ainda um pouco assustada. Você não sabe se você vai saber lidar com isso, é muito difícil né?! Uma coisa é você lidar com livro, outra é você ser uma excelente aluna ao lidar com a vida. Como a gente vai saber perguntar? Como você (...) vai aprendendo detalhes, né?! É na medida em que você vai aprendendo aquilo que vai ficando automático em você. (...) a gente tem um olho treinado pra quando o paciente chegar perceber se o paciente esta grave, se ele tá falseando um diagnóstico, se ele tá com problemas familiares, se aí ele inventou uma doença para trazer a família junto com ele. Então, a gente começa a ter o olho treinado pra muita coisa, então a gente consegue olhar pra alguém antes da pessoa dizer uma coisa que a pessoa tá querendo, aí você vira médico, aí você se forma, anda de branco, aí você tem seu carimbo e aí você começa no mercado de trabalho. E aí você percebe o quanto sua vida mudou você tem que dedicar a essa nova profissão que suga muito a gente, né?! (**A**).

A (41 anos, casada, com filho), ao se referir à prática profissional, afirmou que, muitas vezes, ela vem acompanhada de sentimentos de angústia e ansiedade e, frequentemente, de um clima emocional altamente estressante, que, com o tempo e a experiência adquirida, o médico começa a aprender a lidar e se torna, de fato, um médico, que usa não apenas o conhecimento mas também a “intuição”:

Quantas e quantas vezes a gente se angustia ao longo da profissão, né?! Tem casos que a gente não sabe se são situações (...) muito graves e pacientes que morrem na nossa mão e a gente se culpada. Mas você não tinha realmente o que fazer e aí acho que demora um tempo, depois de uns 10 anos trabalhando nessa profissão aí você cria uma carapaça mesmo, agora eu posso dizer que sou médica. A médica fica diferente. Ela não é

aquela médica mais, recém-formada, inexperiente, incapaz, ela já é uma médica mais amadurecida que já sofreu na especialidade, em plantões onde ninguém viu. Mesmo a sua família que fala assim: que beleza, eu tenho uma médica na minha família. Mas, assim, a pessoa não sabe o que você passa no dia a dia, ninguém sabe o que a gente passa no dia a dia. Situações realmente difíceis que a gente tem que lidar. E a gente aprendeu a lidar com essas dificuldades e com as dificuldades da vida, então, assim, é, eu acho que nessa hora a gente dá conta. Escolhi essa área, sabe, mas isso demora um tempo pra acontecer, a tua ficha não cai de imediato. (...) Quando eu resolvi entrar aqui na Universidade e virar professora também era muito pra poder ensinar pra eles que estão em formação, ne?! Mostrar pra eles como tem que ser a conduta médica, sabe? O médico não é aquele que tá andando na rua desfilando de roupa branca para que todo mundo veja que ele é médico, que isso é um troféu, uma estátua. Qualquer um anda de branco, o pai de santo, pipoqueiro, qualquer um põe branco. Médico é aquele que tá ali pra prestar solidariedade para a pessoa que precisa, no momento exemplar, que alguém salve sua vida. Então tem a liberdade de salvar como matar. Na hora que você ganha o CRM você pode fazer os dois lados, mas tem algo mais assim, (...) um pouco da parte filosófica e meio espiritual que, às vezes, em algumas coisas que eu faço, uma conduta que eu não sei por que eu tomei (**A**).

Também **A** (41 anos, casada, com filho) se referiu a essa “intuição” do médico, acrescentando que, apesar do trabalho do médico ser exaustivo, ele se acostuma com isso e se sente realizado por ter feito o que podia de melhor pelo paciente:

Às vezes, posso até falar que foi meu conhecimento que me fez tomar aquela conduta. Mas outras tantas vezes, as coisas acontecem e você é levado a fazer aquilo, sabe? Então, digo que Deus escolhe as pessoas para serem médicos. A gente tem uma mão guiada pra fazer eventuais coisas difíceis, e acho que isso realmente acontece no momento da vida. A gente tem a mão pra ajudar naquela hora precisa, né?! Aí você sabe que escolheu a profissão certa. Hoje eu não consigo fazer outra área, não consigo fazer outra especialidade por que me dediquei a essa área do universo feminino e gosto do meu trabalho, sabe? É, é exaustivo, mas é aquilo que te falei a gente se acostuma com esta exaustão, então tem dias que você está muito cansada e tem dias que o cansaço supera você. E você se sente realizado porque você fez o que você tinha de melhor. Assim como tem dias também que você deu tudo que podia e, mesmo assim, não deu resultado. Mas, pelo menos, você conseguiu fazer aquilo que você podia (sorri) (**A**).

CL (46 anos, solteira, sem filho), **T** (39 anos, casada, com filho), **C** (33 anos, separada, com filho), **M** (47 anos, casada, com filho) e **Y** (37 anos, casada, com filho) apontaram para o fato de que a *internet* está alterando a relação entre o

médico e seus pacientes. Atualmente, não raro o paciente chega para a consulta sabendo sobre a doença através da *internet*, ainda que não saibam interpretar essas informações. Com isso, os pacientes questionam muito o médico que, muitas vezes, têm que desconstruir o diagnóstico do paciente que é um leigo no assunto:

É claro que melhorou demais, né?!, com a globalização você consegue fazer pesquisa, você consegue via Internet (...) até participar de congresso por vídeo conferência e tudo mais, melhorou muito, com certeza. A única coisa que estraga é o Dr. Google em relação aos seus pacientes, né?! Porque as pessoas estão tendo acesso às informações médicas, mas não sabem interpretá-las, e isso fica muito difícil de você conseguir, é, explicar e às vezes de mover uma ideia errônea da cabeça do paciente em relação ao que ele leu na *Internet*. Isso gera muito mais questionamento em relação aos pacientes, até na sua conduta, até o remédio que você prescreve, a cirurgia que você vai fazer. As pessoas estão muito mais atentas a isso por conta da globalização. Em contra partida, óbvio que melhorou muito pra gente, né?! Em termos de especialização a gente lê mais referências novas, né?! Acho que todo mundo tem acesso (CL).

Afeta muito, né?! Tudo muito corrido, as coisas tão muito rápidas hoje em dia. Os pacientes já chegam sabendo da doença querendo tomar aquele remédio que viram na Internet e a gente tem que ir se adequando a isso, também porque você não pode simplesmente atender a expectativa do doente você tem que às vezes conversar com ele diminuir a expectativa dele, a ansiedade dele com relação a essas coisas né?! O caso dele é um caso único e então tem que ser tratado dessa maneira e não como tá descrito no *site* que ele viu. Eu acho que a gente tem que ir se adequando também. Talvez porque a mulher, eu vejo assim, as minhas amigas, elas como eu, por exemplo, eu tenho *facebook* que eu entro muito pouco, eu assim eu uso muito pouco a *Internet* às vezes eu vou e mando, escrevo o que tenho que escrever porque não tenho muito tempo. Gerenciando tudo que a gente tem que gerenciar não sobra muito tempo pra ficar na *Internet* e os meus amigos homens eu já vejo que se dedicam um pouco mais conseguem fazer mais presença na *Internet* do que a gente (risos) (T).

Certas informações são muito maiores por parte dos pacientes então o médico hoje em dia, tem que estar muito mais preparado para atender um paciente do que há dez anos, né?! A *Internet* te dá todas as informações, então, ou a médica chega ali sabendo mais que a *Internet* para esclarecer mais ao paciente (...), ou então, ela não consulta o paciente. Eu acho (...) que o acesso à informação é pra todos, né?! (C).

Me veio na cabeça rápido que o mundo globalizado é informação em tempo real pra qualquer pessoa, então o que eu penso que afetou foi o Dr. Google. O Dr. Google é mecanismo de busca do Google e, então, a pessoa utiliza o site de consultas de crianças, por exemplo, que falam da saúde da criança pra leigos, e já chegam ao consultório até com uma hipótese diagnóstica. Isso afeta, afeta você que tem as vezes que desconstruir um diagnóstico da

cabeça do cara que está errado, afeta quando você deu o diagnóstico e o cara já foi na internet, já viu as perspectivas de complicação, qual é o remédio que você vai dar e o efeito colateral, (...) e avisa que já saiu um e-mail que diz que aquele remédio tá proibido. Você tem que dizer que o e-mail era velho, que aquele e-mail já foi mudado, que aquele remédio já foi mudado (...) mas isso afeta muito no dia de hoje, demais. Eu parti para (...) a seguinte postura: não ataco e quando eles vêm eu desconstruo assim, na maior elegância, tranquila, falo termos médicos: se o senhor não tiver me entendendo, interrompa. Então, (...) normalmente eu tenho na ponta da língua o percentual de complicação e porque que tô escolhendo aquilo e olho sinceramente pro senhor pra ver se ele tá se sentindo incomodado, inseguro de dar esses medicamentos para seu filho. Percebo que com todo critério a gente pode conversar a vontade. Eu só sei tratar assim (M).

Por exemplo, bom, eu acho que com relação à globalização da informação, principalmente tem o lado bom e lado ruim. O lado bom que dependendo da relação entre medico e paciente, é, o paciente tem já a informação pronta para algumas perguntas que ele faz, então ele chega ao médico já com a informação e se o médico realmente tem uma relação difícil com este paciente, principalmente no serviço público que são muitos atendimentos, o atendimento é muito rápido, às vezes não dá tempo de passar todas as informações. Por isso é que o paciente já tem essa informação pronta, né?! Agora tem o lado ruim, porque existe uma grande confusão para as pessoas leigas que lêem a informação pronta e que não sabe lidar com essa informação, e eu já tive caso, por exemplo, do paciente chegar pra mim dizendo: eu vim aqui só para senhora pedir um exame eu já sei o que eu tenho. Tipo ele vem me dando uma ordem para eu pedir um exame que ele queria e, para mim, não tinha nenhuma indicação para que eu concordasse com aquele exame. Queria que eu pedisse um “*fibroscan*”, que é um exame pra ver fibrose hepática que não tá liberado para uso. Por qualquer motivo, ela queria um exame invasivo, como a biópsia hepática. Ela leu na Internet e chegou já dizendo: estou com passagem marcada, com tudo agendado, só vim aqui para você me dar o pedido médico. Eu falei para ela: se é assim o trato entre a gente, que ela procurasse um outro médico porque eu não estaria ali para este papel. A gente já tinha tido 04 consultas e eu tinha explicado tudo pra ela sobre a doença e, ainda assim, ela veio com essa informação pronta e fez esta opção, e não respeitou minha opinião. Com certeza, indiferente mulher ou homem, paciente às vezes chega com a informação pronta te pedindo para pedir o exame. Eles gostam muito dessa coisa do exame, acham que estão sendo investigados. Às vezes o exame vale mais que sua entrevista, sua explicação. (...) A tecnologia é uma coisa importante para o paciente, tem muita foto e é bonito, isso agrada aos olhos deles. Eu tento sempre conversar da melhor forma possível dizendo: se é pra continuar, (...) sendo você minha paciente, nós duas vamos discutir o que fazer e, se for pra você tomar as decisões, você fica à vontade para procurar outro médico, que eu não vou concordar com isso (Y).

A este respeito, **M** (47 anos, casada, com filho) ressaltou, ainda, que este conhecimento adquirido pelo paciente pode afetar mais a relação médico-paciente no caso do médico ser uma mulher, como se pode observar na fala a seguir:

Então se respondo (...) que não sei responder, talvez afete, talvez afete mesmo (...) até porque eu sou mulher então, não sei é, talvez a gente é, possa ser um pouco mais sensível a essas abordagens com esse conteúdo, é. Eu, particularmente, já até conversei com meu marido que também é pediatra e faz consultório e também sofre as mesmas coisas que eu. Ele diz: nem me incomodo, finjo que nem tô ouvindo, eu não tô nem aí, pode falar à vontade. (...) Então eu acho que vai de pessoa pra pessoa. Sinceramente, acho que pode afetar em relação ao gênero. Não sei! (**M**).

É interessante observar que **J** (37 anos casada, sem filho) acredita que essas novas tecnologias digitais podem melhorar a qualidade do seu atendimento aos pacientes e modificar, também, a maneira como ela constrói seu relacionamento com os pacientes, como se pode observar na fala abaixo:

Isso eu acho fantástico, e têm umas coisas que são estranhas ainda pra mim, que eu ainda não consegui me adaptar, mas na maioria delas eu to adaptada e acho ótimas, por exemplo, essa coisa de mensagem de texto e e-mail. Como eu disse a você, eu viajo muito, faço muitas viagens internacionais por ano, todos os meus pacientes têm meu e-mail, e eu ensino a quem não sabe a aprender comigo a passar SMS, mensagem de texto, né?! Então eu tenho pacientes, assim, com cinquenta anos, sessenta anos de idade que nunca tinham passado uma mensagem de texto e aprenderam porque eles sabem que às vezes estou em reunião e que eu não vou poder atender o telefone ou falar no telefone um tempão e conversar. Então passam o recado e eu respondo se for uma coisa urgente (...). Eu ensino as pessoas a entender o sentido da palavra urgência, né?! Que é diferente de desejo, e que elas usem cada uma das ferramentas que elas têm pra se comunicar comigo. Dependendo do momento, então, coisas de pacientes jovens eu converso por MSN e com os pacientes que sabem mexer com Internet eu troco e-mails demais quando eu tô viajando. Os que não têm intimidade, eles mandam uma mensagenzinha de texto e eu entro em contato. Eu sempre que viajo eu deixo uma pessoa de sobreaviso aqui no Rio, então eles têm o celular dessa pessoa pra contatar. Então, eu acho que facilitou muito a vida o arquivo eletrônico, né?! Eu viajo e levo sempre um HD externo com os dados dos pacientes se eu precisar acessar, enfim, para pegar alguma informação onde quer que eu esteja. Então, isso é muito legal, isso pra mim ajudou, assim, mudou radicalmente no exercício da Medicina. O que eu disse a você, é que eu ainda não tô muito acostumada é que, assim, eu tenho pacientes que moram fora do Brasil que eram meus pacientes e em algum momento receberam uma oportunidade profissional e foram morar fora do Brasil e essas pessoas manifestaram desejo de fazer as consultas pela *Internet*, tipo

Skype, Messenger e isso eu não aceitei, assim, eu recomendei que as pessoas procurassem médicos locais e dou suporte e respondo a e-mails eventualmente e se a pessoa quiser tirar uma dúvida comigo pelo *Skype* ou no *Messenger*, tudo bem, mas comigo, uma consulta, eu já acho que é pra mim importante ter o contato físico, não só virtual. Em todos os exames físicos você precisa ver, tocar o paciente num exame médico. Enfim, né?! Aí eu (...) conheço pessoas que fazem consultas, principalmente em psiquiatria, com essa abordagem de psicoterapia. Apesar de não ser um procedimento legalizado, reconhecido pelo CRM eu conheço pessoas que fazem esse tipo de prática, é, mas isso eu não me sinto, particularmente, confortável de fazer não (J).

CONSIDERAÇÕES SOBRE A CATEGORIA

Nas últimas décadas, nas sociedades ocidentais modernas, o mundo do trabalho vem se caracterizando pela entrada cada vez maior de mulheres em todas as profissões. Por essa razão, as entrevistadas acreditam que, desde a metade dos anos de 1990, a forte presença das mulheres médicas no mercado de trabalho brasileiro modificou o exercício desta profissão, considerada privilégio dos homens. Elas percebem, contudo, que, em certas especialidades, como pediatria, ginecologia, cirurgia, urologia, homens e mulheres preferem ainda dialogar com um profissional de seu próprio sexo (FLORESTI, 2011; BAUDELOT, 2003).

A partir dos dados por nós coletados, pudemos observar uma feminização cada vez maior da Medicina, em consonância com as tendências da sociedade brasileira atual. Com base nos dados estatísticos oficiais, como os do Conselho Federal de Medicina (2012), observa-se que entre os 16.719 profissionais titulados com registros no estado do Rio de Janeiro, 44,73% são mulheres e 55,27% são homens. Entre as 53 especialidades médicas, 15 delas têm uma maioria de mulheres, o equivalente a 28,3%. Nas outras 38, ou 71,7% delas, os homens predominam.

O que parece, a partir de uma análise do discurso de nossas entrevistadas, é que, no campo da Medicina, as mulheres médicas vêm conquistando progressivamente seu lugar. Apesar disso, alguns preconceitos persistem: no hospital, no consultório particular, na desconfiança dos colegas e dos pacientes. Assim, ainda não se pode dizer que as desigualdades entre homens e mulheres tenham desaparecido no exercício da Medicina. Contudo, as mulheres médicas

reivindicam, cada vez mais, os seus direitos, visando uma maior igualdade, tanto na esfera pública, como também dentro de casa, aonde elas continuam a ser as principais responsáveis pelos cuidados das tarefas domésticas e, principalmente, dos filhos. Diante dessa situação, ainda hoje, podemos dizer que muitas mulheres que se aventuram a investir fortemente em uma carreira profissional de sucesso, em muitos casos, são condenadas pela família e criticadas pelo seu grupo social e profissional. É que, também na sociedade mais ampla, os estereótipos ainda se revelam bastante resistentes à mudança. Pode-se dizer que a discriminação contra a mulher persiste em quase toda parte, independente do país, da língua falada e da cultura em que se está inserido (ROCCHA-COUTINHO, 2007; BRUSCHINI, 2007; SOARES, 2000). Permanece, contudo, a esperança de que os “atores sociais”, homens e mulheres, encontrem breve novas soluções para os problemas decorrentes do mundo que para eles foi construído (ARROIO; RÉGNIER, 2001).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

A finalidade básica da presente tese foi realizar uma investigação de caráter exploratório com o intuito de verificar a influência do sexo no exercício da profissão médica. Adicionalmente, procurou-se verificar também se e, em caso positivo, como a discriminação com relação às mulheres médicas aparece no discurso de nossas entrevistadas, bem como que implicações isso traz para as relações sociais, tanto no ambiente de trabalho quanto no estabelecimento de seu vínculo com os pacientes, sejam eles do sexo masculino ou feminino. Pretendeu-se observar os fatores psicológicos e sociais envolvidos tanto na escolha da especialidade médica por elas seguida quanto em sua trajetória profissional. Além disso, objetivou-se melhor entender, no caso das entrevistadas casadas, especialmente aquelas com filhos, quais as dificuldades e soluções por elas encontradas para conciliar sua carreira profissional com as responsabilidades domésticas familiares.

A pesquisa qualitativa foi desenvolvida a partir de entrevistas semi-estruturadas realizadas com 10 mulheres médicas em que procuramos deixar visíveis alguns aspectos que nos chamaram a atenção em seu discurso. Como fizemos uso de uma metodologia qualitativa e a investigação, assim, foi realizada com um grupo reduzido, não é possível fazer generalizações a partir dos dados aqui obtidos para uma população mais ampla. É muito importante, porém, assinalar que o exame, em profundidade, das entrevistas revela que as experiências vividas por cada uma das mulheres que participou de nosso estudo, mesmo apresentando semelhanças no que diz respeito à sua vida profissional, vivem suas experiências pessoais e familiares de modo particular.

A Medicina se caracteriza por ser uma profissão tradicional, com referências na Idade Antiga. No entanto, no século XIX, a Medicina vai lutar fortemente para combater curandeiros, parteiras e homeopatas, procurando monopolizar o saber supostamente científico, sobre a saúde e a doença e concentrar na figura do médico de família o direito de assistir os doentes. No caso brasileiro, pouco a pouco, após a chegada da corte portuguesa ao Brasil os médicos higienistas, como assinala Costa (2004), começam a assumir junto às famílias uma forma de higiene e Medicina

doméstica que aqui passou a predominar. O médico tem a seu favor a tradição e a imagem profissional moldada ao longo dos séculos como uma função nobre e de reconhecida importância. Percebe-se, assim, que essa profissão começa a usufruir de um grau de prestígio, no mundo, em geral, e no Brasil, em particular, cada vez mais acentuado.

Foram muitas as mulheres no Brasil que antecederam nossas entrevistadas, algumas delas, de uma forma ou de outra, ajudaram a construir uma pluralidade de ideias e pontos de vista, sempre desejáveis em qualquer civilização. (DALL'AVA-SANTUCCI, 2005, DEL PRIORE, 1997a). No século XIX, a mulher era proibida de estudar e exercer a Medicina no Brasil, sob a desculpa de serem muito frágeis para lidar com as doenças.

No Brasil colônia, como aponta Costa (2004), época em que a arte da cura se confundia com a magia, as mulheres brasileiras, quando necessário, exerciam, entre outros papéis, o de “médico, preparando mezinhas, xaropes, papinhas, unguentos, chás e emplastros com ervas nativas que ela aprendeu a conhecer com as índias, e negras” (p. 82).

Embora importantes transformações políticas, econômicas e sociais tenham ocorrido desde então, o movimento de emancipação feminina tem sido considerado a revolução social mais profunda, rápida e rica dos últimos tempos, afetando o modo de vida em sociedade, de forma mais ampla e com projeções positivas para o futuro, tanto de homens quanto, principalmente, de mulheres. Lipovetsky (2000, p. 12), denomina essa “figura sócio histórica de a terceira mulher.” Na visão do autor, pela primeira vez, o sexo feminino comanda o seu lugar e o seu destino, que deixa de ser determinado pela chamada ordem social natural. A mulher-sujeito de hoje, dona de seu destino, parece querer buscar individualidade, independência, e busca um estilo de casamento que combina o envolvimento de dois adultos com o trabalho e com a vida familiar, ou seja, atitudes igualitárias. Contudo, como assinala Jablonski (1999), “a ideia ainda firmemente enraizada entre os homens de hoje é de que são provedores, a ponte entre a casa e a rua” (p. 63). O autor conclui que “há um *gap* entre atitudes positivas/igualitárias que são contidas pelas fortes influências socializadoras que acabam por se traduzir, na prática, em poucas ações concretas

na diminuição da sobrecarga feminina dentro do lar” (p. 66). Desse modo, por trás de uma sociedade machista, como aponta Lipovetsky (2000), há um histórico de participação crescente da mulher-sujeito “que conseguiu reconciliar a mulher radicalmente outra e a mulher sempre recomeçada” (p. 15).

A participação feminina na carreira médica, desde sua origem, tem sido dominada tradicionalmente pelo sexo masculino, em contraposição aos dias de hoje, em que se pode perceber uma forte presença feminina, ainda que continuem a persistir desigualdades entre os sexos nesta profissão. Neste sentido, podemos apontar que:

a) O perfil populacional dos médicos inscritos nos CRMs está passando por uma transformação histórica. Pela primeira vez, em 2009, as mulheres médicas já são maioria entre os médicos mais jovens. Em 2011, esse crescimento fica mais evidente em função do número de mulheres formadas a cada ano e que estão entrando no mercado de trabalho. Contudo, o mercado ainda deve permanecer masculino por duas décadas ou mais, já que, até os anos de 1970, esse sexo predominava na profissão médica. No entanto, as perspectivas para um futuro próximo apontam que a diferença deve se ampliar em favor das mulheres, não apenas porque o sexo feminino predomina na população brasileira, como também porque a tendência de feminização e juvenização da Medicina segue uma tendência mundial.

b) No que diz respeito à carreira das médicas, em particular, como se pode observar no discurso de nossas entrevistadas, as diferenças nas trajetórias profissionais e nas diferentes especialidades médicas parecem ser suscetíveis a influências de caráter cultural, social e psíquico, trazidas de sua socialização primária, do capital econômico e do capital simbólico, que são, por sua vez, herdados, em parte, da família de origem e, em parte, do contexto social mais amplo em que se está inserido. A esse respeito, convém ressaltar que, no cenário atual, os pesquisadores vêm enfatizando que a força do determinismo biológico não seria o principal responsável pela diferença sexual de representações e comportamentos sociais de homens e mulheres, como se acreditou durante séculos (ROCHA-COUTINHO, 1994).

c) No Brasil, dentre as 53 especialidades médicas, 13 delas têm, atualmente, uma maioria de mulheres, o equivalente a 24,5%. Em geral, nota-se que as mulheres tendem a se concentrar em determinadas especialidades como, por exemplo, as que cuidam de crianças e mulheres, ou seja, com vertentes humanistas marcantes na formação profissional. Da mesma forma, elas são mais propensas a atuar em especialidades que assegurem o bem-estar integral das famílias, por meio de práticas que consideram mais o envolvimento com os pacientes e seus hábitos cotidianos e, portanto, tendem a valorizar mais os aspectos psicossociais dos cuidados médicos do que seus colegas masculinos. Essa tendência de feminização das áreas básicas (Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Medicina de Família e Medicina Preventiva), parece caminhar ao encontro de algumas carências verificadas pelos empregadores do SUS. A esse respeito Jablonski (1999) assinala que um conjunto de sentimentos, atitudes, cognições e padrões comportamentais fixados, de longa data, em torno da responsabilidade de cuidar dos outros vêm sendo incorporados cultural e historicamente pelas mulheres. O autor acrescenta, ainda, que estereótipos profundamente arraigados e que, em parte, continuam a ser “reforçados não conseguem desaparecer da noite para o dia” (p. 56). Como aponta Rocha-Coutinho (1994), a “socialização nos ensina o que nossa cultura considera maneiras corretas de pensar, comportar-se, falar, sentir, relacionar-se com os semelhantes e lidar com situações” e as mulheres vêm sendo socializadas para se preocupar e cuidar dos outros (p. 58).

d) Adicionalmente, estudo demonstra que, em Medicina, são consideradas profissões mais masculinas as áreas mais tecnológicas, as que envolvem mais tensão e, especialmente, as que envolvem maior ação, como é o caso das intervenções cirúrgicas. Como apontam os dados estatísticos, as práticas cirúrgicas de risco mortal são as especialidades mais valorizadas e ocupadas pelos homens e, neste caso, percebe-se uma hierarquia bem nítida entre homens e mulheres. A exceção aqui é a Cirurgia Pediátrica, em que, apesar dos homens também predominarem, as mulheres já representam 32,5% dos médicos na área. Observa-se que essa escolha, apesar de reforçar o interesse das mulheres pelos cuidados das crianças, aponta, principalmente, para um crescimento significativo do contingente feminino em uma especialidade tradicionalmente dominada pelo sexo masculino.

e) Apesar disso, fica evidente no discurso das entrevistadas que o que detém as mulheres na escolha pela Cirurgia pode ser, em parte, atribuído à discriminação sofrida por elas já na Residência Médica. Além disso, foram também apontados como obstáculos para a escolha da área cirúrgica pelas mulheres as dificuldades em conciliar uma atividade profissional gratificante com sua vida pessoal e familiar, a ausência de cirurgiãs em postos mais elevados, a concorrência acirrada no mercado de trabalho, a dificuldade em conquistar uma boa clientela e, assim, manter um consultório e a vivência de que as características masculinas inspiram mais confiança nos pacientes do que as femininas, entre outros. Apesar disso, parece que são exatamente esses obstáculos que têm motivado as médicas a lutar cada vez mais por mudanças na área, de modo a garantir que uma melhoria das suas condições de trabalho e uma valorização do trabalho feminino torne-se uma realidade na trajetória das mulheres na Medicina.

f) Dentre as especialidades mais escolhidas pelas médicas do Rio de Janeiro, a Medicina do Trabalho encontra-se no topo da lista, seguida pela Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica e Dermatologia, de acordo com pesquisa do CFM que reúne os dados do segundo semestre de 2012. A Medicina do Trabalho, apontada como a especialidade mais desejada, providencia cuidados médicos apropriados para os profissionais de grandes empresas, atuando preventivamente nas doenças causadas ou relacionadas ao trabalho. Nesse caso, parece que as médicas têm preferido essa especialidade não apenas porque ela está voltada para os cuidados do ser humano ou pela boa remuneração que ela pode oferecer, mas, principalmente, porque ela oferece uma melhor qualidade de vida para as profissionais que querem fugir da rotina extenuante do consultório e dos plantões. Nas demais preferências, a maioria das médicas se divide entre o atendimento em consultório, os plantões em CTIs, encaram a rotina exaustiva dos pronto-socorros ou, então, ingressam nessas áreas apenas para cumprir os pré-requisitos para a escolha de outras subespecialidades.

g) Este estudo evidenciou que a responsabilidade pela vida de alguém pode ser uma tarefa árdua e difícil de se carregar sozinho. Além disso, parece que os níveis de perturbações emocionais em médicas recém-formadas estão aumentando, como a ansiedade, a inquietude e, muitas vezes, até o desespero,

provavelmente pelas dificuldades e dúvidas com que se defrontam durante a residência médica e ainda são raros os estudos e publicações sobre medidas preventivas ou programas de intervenção durante este período de treinamento e prática médica.

h) Há muitas décadas, principalmente quando se falava de cirurgia, podia-se perceber que havia uma insegurança por parte do paciente em entregar seu corpo para uma mulher operar. Hoje em dia, aos poucos, parece que as mulheres estão conseguindo conquistar a confiança por parte dos pacientes, e já não se observa tantas diferenças, apesar de ainda haver o predomínio de homens nesta área, como aponta Freitas (2012). Acreditamos que os cuidados nesta relação médica-paciente poderão trazer grandes benefícios para o tratamento, uma vez que a mulher, como apontado por algumas de nossas entrevistadas, parece associar a técnica a atitudes humanistas.

i) Nas últimas décadas, as mulheres médicas invadiram o mercado de trabalho. Esse ingresso veio associado à novas posturas, nas relações familiares e conjugais. No entanto, é forte a cobrança, pública e privada, para que ela concilie os cuidados com os filhos e com sua dedicação à carreira, algo que não é esperado dos homens. Dados nesse sentido têm apontado para o fato de que as mulheres profissionais estão tendo filhos mais tardiamente: no Brasil, o número de mulheres que têm o primeiro filho a partir dos 30 anos aumentou de 27,6% para 31,3%. Talvez isso esteja relacionado ao fato de que a maternidade se tornou, para a mulher, uma opção que traz para ela ônus pessoais e profissionais. Também pode ser associado a isso o fato de que, atualmente, o número médio de filhos por mulher no Brasil seja de 1,86% e a taxa mais baixa foi encontrada no Estado do Rio de Janeiro, com 1,62% filhos por mulher, seguida por São Paulo, com 1,63% e do Distrito Federal, com 1,69%. A mais alta taxa foi a do Acre, com 2,77% filhos por mulher (IBGE, 2010).

j) Ainda hoje, no que diz respeito à conciliação da atuação nas esferas pública e privada, a mulher continua em desvantagem, uma vez que o homem, na maior parte das vezes, ainda não compartilha igualmente com a mulher o exercício das tarefas domésticas. De acordo com os dados do IPEA (2010), a mãe com filhos

dedica 25,9 horas semanais aos cuidados com a casa, contra 15,5 horas de dedicação dos homens com filhos. Assim, esse desequilíbrio nas responsabilidades com relação aos cuidados da casa parece trazer consequências importantes para a vida da mulher médica. Como assinala Rocha-Coutinho (1994), em decorrência desta “dupla jornada” feminina, a dedicação da mulher ao trabalho doméstico pode impedir ou dificultar a participação das mulheres nos espaços públicos, especialmente no que diz respeito aos postos mais elevados, que acabam por ficar, em grande parte, restritos aos homens.

k) Observamos, ainda, que parece faltar um posicionamento político mais firme por parte das mulheres para assumir posições de liderança em conselhos, congregações e chefias de departamentos. Além disso, pudemos perceber que a possibilidade de ter um horário mais flexível permite que as mulheres possam melhor administrar o trabalho e a vida familiar. Depois da adolescência, contudo, como aponta Nishiwaki-Dantas (2012), tudo parece mudar e não há mais maiores prejuízos em relação ao tempo dispendido com os filhos, a casa, a carreira e a vida acadêmica.

Os dados resultantes do nosso estudo permitem a formulação de algumas sugestões de futuras pesquisas e ações que possam vir a contribuir para um aprofundamento da nossa compreensão a respeito da situação enfrentada pela mulher atual inserida no mercado de trabalho e a formulação de políticas que tornem menos espinhosa a irreversível participação da mulher brasileira no mercado de trabalho, de modo geral, e no meio médico, em particular.

a) Seria interessante o desenvolvimento de programas que objetivassem a maior autonomia e o empoderamento das mulheres médicas para lidar com questões importantes para o bom exercício da sua profissão, como a pressão a que estão submetidas diariamente e a preocupação com o erro médico, de um lado, e o exercício de uma Medicina mais humanizada, de outro. Cursos, palestras e *workshops* poderiam tentar conscientizar as médicas sobre a necessidade de participar, interferir, modificar e tomar decisões na esfera social, com o intuito de contribuir para o bem comum, assim como para que elas possam melhor lutar contra

as desigualdades de gênero, a desconfiança dos colegas de profissão e os pacientes e conquistar os espaços públicos que lhes são próprios.

b) Promover congressos e eventos anuais para debater a carreira, o trabalho e as dificuldades enfrentadas pelas mulheres que são médicas. Compartilhar experiências e discutir sobre a condição da mulher médica no país e debater temas como discriminação, gravidez, dificuldade de cumprir os afazeres, a carga horária, bem como a insegurança demonstrada por pacientes frente a uma mulher cirurgiã pode ser útil para se identificar os obstáculos que as médicas têm que enfrentar no seu dia a dia em suas especialidades e propor mecanismos para a sua resolução.

c) As escolas de Medicina poderiam oferecer serviços de assistência psicoterápica para suporte aos estudantes, de ambos os sexos, durante sua formação médica, a fim de desenvolver habilidades e estratégias para melhor enfrentar o estresse, os conflitos emocionais, o fumo, o abuso de drogas, o uso excessivo de bebida alcoólica, a hipertensão e outros transtornos psicológicos e/ou psiquiátricos. Tal ambiente poderia proporcionar um sentimento de bem-estar aos acadêmicos de Medicina e dar a eles mais confiança para lidar com a realidade da prática médica de forma mais equilibrada. Talvez seja importante também envolver a participação dos familiares desses universitários-enfermos em programas que enfatizem os cuidados necessários para que eles possam reconhecer os sintomas de que a saúde não está bem e, assim, possam melhor ajuda-los.

d) Promover o investimento na atualização da mulher médica, a fim de aprimorar seu atendimento à população, despertando maior confiança nas pessoas por elas atendidas.

À guisa de conclusão, cumpre registrar que o presente estudo teve caráter exploratório, na medida em que não foram encontradas referências a pesquisas anteriores que focassem diretamente a temática em pauta, sob a perspectiva da influência do sexo no exercício da profissão médica. Neste sentido, torna-se imprescindível a realização de estudos futuros que aprofundem os aspectos aqui observados, comparando-se, por exemplo, a trajetória masculina no exercício da profissão médica com os dados aqui obtidos.

A realização de tais estudos poderá contribuir para a aquisição de um corpo cada vez maior de conhecimentos com possibilidades de se reverter em ações destinadas à melhor capacitação médica das mulheres e, conseqüentemente, desencadear uma maior mobilização das mesmas em torno de reivindicações de natureza política. Em outras palavras, torna-se urgente a realização de novas investigações que aprofundem a linha de pesquisa aqui iniciada, o que, acreditamos, poderá possibilitar que as mulheres conquistem, cada vez mais, o papel de protagonistas em uma sociedade que até hoje lhes tem negado tal direito, além de contribuir para o fortalecimento da temática da mulher como importante campo de pesquisa no âmbito da psicossociologia.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ABNT - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 5892**: norma para datar. Rio de Janeiro, 1989.

_____. **NBR 6033**: ordem alfabética. Rio de Janeiro, 1989a.

_____. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 6022**: Informação e documentação: artigo em publicação periódica científica impressa: apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

_____. **NBR 6024**: informação e documentação: numeração progressiva das seções de um documento escrito: apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

_____. **NBR 6027**: informação e documentação: sumário: apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

_____. **NBR 6028**: informação e documentação: resumos: apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

ALMEIDA, M. Subespecialização: em busca de aperfeiçoamento profissional. **Revista Universo Visual**, São Paulo: Jobson Brasil, ano VI, n. 33, p. 56-57, jul. 2009a.

_____. Ultrapassando fronteiras do conhecimento. **Revista Universo Visual**, São Paulo: Jobson Brasil, ano VIII, n. 43, p. 44, fev. 2009b.

AQUINO, E. M. A questão do gênero em políticas públicas de saúde: situação atual e perspectivas. In: SILVA, A. L.; LAGO, M. C.; RAMOS, T. R. (Orgs.). **Falas de gênero**. Florianópolis: Mulheres, 1999. p. 161-172.

ARAÚJO, C.; SCALON, C. Apresentação. In: _____. (Orgs.). **Gênero, família e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2007a. p. 07-13.

_____. Percepções e atitudes de mulheres e homens sobre a conciliação entre família e trabalho pago no Brasil. In: _____. (Orgs.). **Gênero, família e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2007b. p. 15-77.

ARROIO, A; RÉGNIER, K. O novo mundo do trabalho: oportunidades e desafios para o presente. **Boletim Técnico Senac**: a revista da educação profissional, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 01-07, mai./ago. 2001.

AZMAN, S. Eu, médico, apenas um ser humano. **Revista Universo Visual**, São Paulo: Jobson Brasil, ano VII, n. 38, p. 12-16, abr./mai. 2008.

BARRETO, M. Gênero no Trabalho: olhar diferenciado. **Revista Proteção de Segurança e Saúde no Trabalho**, Rio Grande do Sul, p. 30-46, jun. 2006.

BARSTED, L. A. A revisão da modernidade a partir do olhar crítico da mulher. In: BRANDÃO, M. L. R.; BINGEMER, M. C. (Orgs.). **Mulher e relações de gênero**. São Paulo: Loyola, 1994. p. 57-61.

BAUDELLOT, C. Conclusão: nada está decidido. In: MARUANI, M.; HIRATA, H. (Orgs.). Tradução C. Rapkiewicz. **As novas fronteiras da desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho**. São Paulo: Senac, 2003. p. 315-322.

BEAUVOIR, S. de. **O segundo sexo**: 1. Fatos e Mitos. 11. ed. Tradução S. Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1949.

BERGER, P. L.; BERGER, B. O que é uma instituição Social? In: FORACCHI, M. M.; MARTINS, J. S. (Orgs.). **Sociologia e sociedade: leituras de introdução à sociologia**. 1 ed, 24. tiragem. Rio de Janeiro: LTC, 2006. p. 163-168.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. 4. tiragem. Tradução C. N. Coutinho. Rio de Janeiro: Campos, 1992.

BOCK, A. M.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

BOURDIEU, P. Novas reflexões sobre a dominação masculina. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDON, V. R. (Orgs.). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 28-40.

_____. **A dominação masculina**. 9. ed. Tradução M. H. Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

BRANDÃO, M. L. R. Introdução. In: _____.; BINGEMER, M. C. (Orgs.). **Mulher e relações de gênero**. São Paulo: Edições Loyola, 1994. p. 09-19.

BRUSCHINI, C. O trabalho da mulher no Brasil: tendências recentes. In: SAFFIOTI, I. B.; MUÑOZ-VARGAS, M. (Orgs.). **Mulher brasileira é assim**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos: NIPAS, Brasília: UNICEP, 1994. p. 63-93.

_____. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. **Caderno de Pesquisa**, São Paulo, v. 37, n. 132, p. 01-23, set./dez. 2007.

BRUSCHINI, C.; LOMBARDI, M. A bipolaridade do trabalho feminino no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 110, p. 67-104, jul. 2000.

_____. Mulheres e homens no mercado de trabalho brasileiro: um retrato dos anos 1990. In: MARUANI, M.; HIRATA, H. (Orgs.). Tradução C. Rapkiewicz. **As novas**

fronteiras da desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho. 1. ed. São Paulo: SENAC, 2003. p. 323-356.

CAMARGO, M. L. Estresse: o estresse e o médico oftalmologista. **Revista Universo Visual**, São Paulo: Jobson Brasil, ano IX, n. 54, parte 1, p. 44-49, dez. 2010.

_____. Estresse: o estresse e o médico oftalmologista. **Revista Universo Visual**, São Paulo: Jobson Brasil, ano IX, n. 55, parte 2, p. 48-52, fev. 2011.

CANTERO, C. Disciplina, ordem do dia: entrevista Paulo Kretly. **Revista Universo Visual**, São Paulo, Jobson Brasil, ano IX, n. 55, p. 10-12, fev. 2011.

CARNEIRO, S. Identidade feminina. In: SAFFIOTI, H.; MUNÕZ-VARGAS, M. (Orgs.). **Mulher brasileira é assim**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos: Nipas, Brasília, UNICEF, 1994. p. 187-193.

CASTELAR, M. A cor do Brasil. **Jornal do Federal**, Brasília, dez. 2012. Conselho Federal de Psicologia, ano XXIII, n. 105, p. 15.

CFM – Conselho Federal de Medicina. **Pesquisa sobre especialidades médicas no Estado do Rio de Janeiro**. E-mail ricardo@portalmédico.org.br. Setor de Tecnologia da Informação do Conselho Federal de Medicina, mai. 2011; nov. 2012. p. 04-07.

CFM - Conselho Federal de Medicina; CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Demografia médica no Brasil:** dados gerais e descrições de desigualdades. v.1, Relatório de pesquisa. Coord. Mário Scheffer. São Paulo, ISBN 978-85-87077-24-0, 2011.

COHEN, D.; CID, T. Dá para ser feliz no trabalho? **Época**, São Paulo, n. 67, p. 64-71, jul. 2009.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. 5. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.

D' AMORIM, M. A. A medida na teoria da ação racional. In: Pasquali, L. (Org.). **Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento**. Brasília: MEC/INEP, 1996. p. 367-386.

D' ÁVILA NETO, M. I. Feminismo, Desenvolvimento e Ideologia: reflexões e outras ideias. In: D'AVILA NETO, M. I.; GARCIA, C. A. (Orgs.). **Mulher:** cultura e subjetividade. Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia, v 1, n. 7, p.11-25, jul. 1997.

DALL' AVA-SANTUCCI, J. **Mulheres e médicas:** as pioneiras da Medicina. 1. ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

DE MASI, D. Não faça do tempo livre um inimigo. **Revista Conexão:** a revista do médico Unimed do Estado de Minas Gerais, Minas Gerais, ano 1, n. 2, p. 24-26, jul./ago./set. 2011.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho. Tradução A.I. Paraguay e L. L. Ferreira. 5. ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DEL PRIORE, M. Apresentação. In: _____. (Org.). Coord. de textos C. Bassanezi. **História das mulheres no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 1997a. p. 07-10.

_____. Magia e Medicina na Colônia: o corpo feminino. In: _____. (Org.). Coord. de textos C. Bassanezi. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1997b. p. 78-114.

DESSEN, M. A. Estudando a família em desenvolvimento: desafios conceituais e teóricos. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Conselho Federal de Psicologia, Brasília, DF, v. 1, n. 30, p. 202-219, dez. 2010.

DINIZ, G. R. S. Homens e mulheres frente à interação casamento-trabalho: aspecto da realidade brasileira. In: FÉRES-CARNEIRO, T. (Org.). **Casal e família**: entre a tradição e a transformação. Rio de Janeiro: NAU, 1999. p. 31-54.

DORA, D. D.; SILVEIRA, D. O. **Direitos Humanos, Ética e Direitos Reprodutivos**. Porto Alegre: RML, 1998.

DUFOUR, D. R. **Les désarrois de l'individu-sujet**: Le Monde diplomatique. Paris, n. 569, p. 16-17, fev. 2001.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e Mudança Social**. Tradução I. Magalhães. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001.

FEDERICO, R. A cor do Brasil. **Jornal do Federal**, Brasília, dez. 2012. Conselho Federal de Psicologia, ano XXIII, n. 105, p. 15.

FÉRES-CARNEIRO, T. Casamento contemporâneo: o difícil convívio da individualidade com a conjugalidade. **Psicologia reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 01-10. 1998.

_____. Apresentação. In: _____. (Org.). **Casal e família**: entre a tradição e a transformação. 1. ed. Rio de Janeiro: NAU, 1999. p. 07-14.

_____. Apresentação. In: _____. (Org.). **Família e Casal**: arranjos e demandas contemporâneas. Rio de Janeiro: PUC-RIO; São Paulo: Loyola, 2003. p. 07-12.

FIORI, M. L.; YAZIGI, L. Especialidades médicas: estudo psicossocial. **Psicologia reflexão e crítica**, v. 18, n. 2, p. 200-206, mai./ago. 2005.

FISCHER, I. R.; MARQUES, F. Gênero e exclusão social. **Trabalhos para discussão**, n. 113/ 2001, ago. 2001. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, 200, p. 01-10.

FLORESTI, F. Último suspiro de inovação. **Revista Universo Visual**, São Paulo, Jobson Brasil, ano IX, n. 60, p. 26-28, nov. 2011.

FONSECA, J. G. M. Quem cuida da saúde sabe se cuidar? **Revista Médico das Gerais**, Interface Comunicação Empresarial, Minas Gerais, n. 2, p. 06-08, out. 2010.

FRANCO, T. Médicas Pioneiras. In: GOMES, M.N.; VARGAS, S.S.M.; VALLADARES, A.F. (Orgs.) **A faculdade de Medicina primaz do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001, p. 37-61.

FRANCO, T.; SANTOS, E. Mulheres e cirurgiãs. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 01-10, jan./fev. 2010.

FREITAS, D. A união faz a força. **Revista Universo Visual**, São Paulo, Jobson Brasil, ano X, n. 67, p. 28-31, Out./Nov. 2012.

FRIEDAN, B. **A segunda etapa**. Tradução E. J. Mello. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

GIDDENS, A.; BECK, U. ; LASH, S. **Modernização reflexiva**: política, tradição e estética na ordem social moderna. Tradução M. Lopes. São Paulo: UNESP, 1997.

GOLDWASSER, R. S. A prova prática no processo de seleção do concurso de residência médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 01-12, set./dez. 2006.

GORDON, R. **A assustadora história da Medicina**. 1. ed. Tradução A. S. Rodrigues. Rio de Janeiro: Pocket Ouro, 2008.

GREGÓRIO, R. **O dossiê paciente**. Rio de Janeiro: Editora DOC, 2009.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Tradução T. T. Silva; G. L. Louro. Rio de Janeiro: DPOPA, 2000.

IBGE – CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E DISSEMINAÇÃO DE INFORMAÇÕES. **NORMAS DE APRESENTAÇÃO TABULAR/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA**, 3. ed., Rio de Janeiro: IBGE, 1993. ISBN 85-240-0471-1.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa mensal de emprego. Censo demográfico. Rio de Janeiro: IBGE, mai. 2000.

_____. Indicadores sociais. Rio de Janeiro: IBGE, jul. 2010.

_____. Censo demográfico. Rio de Janeiro: IBGE, dez. 2011.

_____. Mulher no mercado de trabalho. Rio de Janeiro: IBGE, jan. 2012.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Censo demográfico. Rio de Janeiro: IPEA, jul. 2000.

_____. Censo demográfico. Rio de Janeiro: IPEA, jul. 2010.

_____. Participação das mulheres na População Economicamente Ativa. Rio de Janeiro: IPEA, jul. 2011.

JABLONSKI, B. Identidade masculina e o exercício da paternidade: de onde viemos e para onde vamos. In: FÉRES-CARNEIRO, T. (Org.). **Casal e família: entre a tradição e a transformação**. Rio de Janeiro: NAU, 1999. p. 55-69

JESUS, N. M. Aulas de cirurgia no centro da América do Sul (1808-16). **História, Ciência e Saúde**, Fundação Oswaldo Cruz, COC, Manquinhos, vol. 11, n. 1, p. 93-106, jan./abr. 2004.

KRUMM, D. **Psicologia do Trabalho**: uma introdução à psicologia industrial/organizacional. Tradução D. C. Alencar. Rio de Janeiro: LTC, 2005.

LANCASTER, L. C.; STILLMAN, D. **O Y da questão**: como a geração Y está transformando o mercado de trabalho. Tradução L. Woyakoski. São Paulo: Saraiva, 2011.

LANE, S. T. M. **O que é psicologia social**. 22. ed. São Paulo: Brasiliense, 2006. (Coleção Primeiros Passos: 39)

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo**: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.

LIPOVETSKY, G. **A terceira mulher**: permanência e revolução do feminino. 1. ed. Tradução M. L. Machado. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

LOSADA, B. L.; ROCHA - COUTINHO, M. L. Redefinindo o significado da atividade profissional para as mulheres: o caso das pequenas empresárias. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 01-12, set./dez. 2007.

MAÇANERO, M. S. Para conhecer Hildegard de Bingen. **Grande Sinal**. Petrópolis: OFM, p. 131-148, mar./abr. 2000.

MAIA, G. D. **A Nacional de Medicina, 200 anos**: do Morro do Castelo à Ilha do Fundão. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MARTINS, A. P. **Visões do feminismo**: a Medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Fio cruz, 2004.

MELEIRO, A. M. **O médico como paciente**. 1. ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

MENEZES, R. L.; HEILBORN, M. L. A inflexão de gênero na construção de uma nova especialidade médica. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 01-11, set./dez. 2007.

MILLAN, L. R. **Vocação médica: um estudo de Gênero**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2005.

MONTENEGRO, A. **Ser ou não ser feminista**. Recife: Guararapes, 1981.

MOTT, M. L. Gênero, Medicina e filantropia: Maria Rennotte e as mulheres na construção da nação. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 24, p. 01-16, jan./jun. 2005a.

_____. Uma parteira diplomada. **Nossa História**. São Paulo: Vera Cruz Ltda, ano 2, n. 21, p. 28-31, jul. 2005b.

NAVA, P. **Capítulos da História da Medicina no Brasil**. 1. ed. Cotia, SP: Ateliê Editorial; Londrina, PR: Eduel; São Paulo: Oficina do Livro Rubens Borba de Moraes, 2003.

NETO, A. F. A internet, o paciente expert e as mudanças na prática médica. In: PFIZER Oftalmologia (Org.) **Relação médico-paciente: superar expectativas, aumentar a confiança e atingir resultados na carreira**. São Paulo: DOC Editora, 2011. v. 1, p. 12-18.

NISHIWAKI-DANTAS, C. A união faz a força. **Revista Universo Visual**, São Paulo, Jobson Brasil, ano X, n. 67, p. 28-31, Out./Nov. 2012.

OLIVEIRA, R. D. **Elogio da diferença: o feminino emergente**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

PASSOS, M. C. A família não é mais aquela: alguns indicadores para pensar suas transformações. In: FÉRES-CARNEIRO, T. (Org.). **Família e Casal: arranjos e demandas contemporâneas**. Rio de Janeiro: PUC-RIO; São Paulo: Loyola, 2003. p. 13-26.

PATTON, M. G. **Qualitative evaluation and research methods**. California: Sage, 1990.

PAULA, E. B. M. et al. **Manual para elaboração e normalização de Dissertações e Teses**. 5. ed. Rio de Janeiro: SIBI, rev. atual e ampl., 2012.

PERROT, M. **As mulheres ou os silêncios da história**. 1. ed. Tradução V. Ribeiro. São Paulo: EDUSC, 2005.

_____. **Minhas histórias das mulheres**. 1. ed. Tradução A. M. Correa. São Paulo: Contexto, 2007.

PICCININI, W. **The International Journal Psychiatry on-line**, Brasil (7), novembro. ISSN 1359-7620, 2002.

PINTO, M. J. **Comunicação e discurso: introdução à análise do discurso**. São Paulo: Hacler Editores, 1999.

PITANGUY, J. Mulher e cidadania. In: NEVES, M. G. R.; COSTA, D. M. (Orgs.). **Mulher e políticas públicas**. Rio de Janeiro: IBAM/UNICEF, 1991. p.119-122.

PNAD-PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIO. Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: PNAD, jul. 2009.

_____. Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: PNAD, jul. 2011.

RAGO, E. J. Francisca Prager Fróes: Medicina, gênero e poder nas trajetórias de uma médica baiana (1872-1931). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 01-08, mai./Jun. 2008.

RESENDE, A. A. Fidelização do cliente. **Revista Universo Visual**, São Paulo, Jobson Brasil, ano IX, n. 57, p.54-60, mai./jun. 2011.

RIOT-SARCEY, M. Estratégias feministas e representação política. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, n. especial, p. 247-255, 2. sem. 1994.

ROCHA - COUTINHO, M. L. **Tecendo por trás dos panos**: a mulher brasileira nas relações familiares. 1. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

_____. A mulher do pós-guerra no Brasil: vítimas ou sujeito social? In: D'ÁVILA NETO, M. I.; GARCIA, C. A. (Orgs.). **Mulher: cultura e subjetividade**. Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia, v. 1, n. 7, p. 27-35, jul. 1997.

_____. A análise do discurso em psicologia: algumas questões, problemas e limites. In: SOUZA, L.; FREITAS, M. F. Q.; RODRIGUES, M. M. P. (Orgs.). **Psicologia: reflexões (im) pertinentes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998, p. 319-348.

_____. Novas opções, antigos dilemas: mulher, família, carreira e relacionamento no Brasil. **Temas em Psicologia da SBP**, v.12, n.1, p. 02-17, 2004.

_____. A narrativa oral, a análise de discurso e os estudos de gênero. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.11, n.1, p. 01-07, jan./abr. 2006.

ROCHAEL - NASCIUTTI, J. C. Análise Psicossocial Clínica: determinantes sociais da história individual. **SÉRIE DOCUMENTA EICOS-UFRJ**, Rio de Janeiro: ano VI, n. 8, p. 97-104, 1997.

RODRIGUES, A. M. Dinâmica grupal e indivíduo no sistema de distribuição de privilégios na família. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 37, n.198, p. 52-59, mai. 1981.

_____. **Operário, operária**: estudo exploratório sobre o operariado industrial da Grande São Paulo. São Paulo: Símbolo, 1978.

ROSA, T. T. Mulheres na Medicina: suas contribuições para o desenvolvimento das ciências médicas. **Brasília Médica**, Brasília, n. 40, p. 23-26, 2003.

ROSSI - DORIA, A. Representar um corpo: individualidade e alma coletiva nas lutas pelo sufrágio. In: BONACCHI, G.; GROPPI, A. (Orgs.). **Os dilemas da cidadania**. São Paulo: UNESP, 1994. p.118-132.

SALLES, P. **História da Medicina no Brasil**. 2. ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2004.

SANCHES, S. A outra realidade do mercado brasileiro. **Jornal dos economistas**, Rio de Janeiro, n. 131, p. 8-10, mar. 2000.

SANTOS, E. Residência médica em cirurgia geral no Brasil: muito distante da realidade profissional. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 271-276, jul. 2009.

SANTOS, O. Igualdade, paridade, cotas. **Jornal Avante**, Lisboa, 30 dez. 1998. Caderno da condição feminina, n.1309, p. 01.

SANTOS, T. S. S, **Carreira profissional e gênero**: a trajetória de homens e mulheres na Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Departamento de Sociologia. Grupo: ST 12. Porto Alegre, p. 01-21, jul. 2004.

SARDENBERG, C. M.; COSTA, A. A. Feminismos, feministas e movimentos sociais. In: BRANDÃO, M. L. R.; BINGEMER, M. C. L. (Orgs.). **Mulher e relações de gênero**. São Paulo: Edições Loyola, 1994. p. 81-114.

SCHELP, D. A regra da multiplicação das pastas. **Veja**, São Paulo: abril, ano. 44, n. 1, p. 62, jan. 2011.

SCLIAR, M. Uma guerra contra a morte. **Nossa História**, São Paulo: Vera Cruz Ltda, ano 2, n. 21, p. 14-19, jul. 2005.

SEBRAE-SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO À MICRO E PEQUENAS EMPRESAS. Empreendedorismo. Belo Horizonte: SEBRAE, ago. 2012.

SEQUEIRA, C. D. O sucessor de Zilda Arns. **Isto é comportamento**, São Paulo, edição: 2100, p. 1, fev. 2010.

SILVA, D. P. M. Intercurso das imagens profissionais do médico e do assistente social sob a ótica do gênero. **Revista Prodoctor Residente**, Rio de Janeiro, Grupo de trabalho 4, Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), ano. III, n. 4, p. 01-09, jul./ago. 1993.

SILVA, H. ; CARVALHO, M. A formação de especialistas médicos num contexto de mudança dos sistemas de saúde e do mundo do trabalho. In: SAMPAIO, S. A. P. (Org.). **Estudos e reflexões sobre a formação de especialistas na área da saúde**. São Paulo: Fundap, 2010. p. 357-388.

SILVA, S. V. (2000). Os estudos de gênero no Brasil: algumas considerações. **Revista Bibliográfica de Geografia Y Ciencias Sociales**, Universidade de Barcelona, ISSN 1138-9796, n. 262, p. 01-07, nov. 2000.

SOARES, S. S. O perfil da discriminação no mercado de trabalho: homens negros, mulheres brancas e mulheres negras. **Texto para discussão**, Brasília, n. 769, p. 01-26, nov. 2000.

SOUZA, J. A. Cirurgia Plástica: novo protocolo traz mais segurança. **Publicação Oficial do Conselho Federal de Medicina**, Brasília, ano XXVI, n. 196, p. 06-07, maio. 2011.

SZAPIRO, A. M. Diferença sexual, igualdade de gênero: ainda um debate contemporâneo. In: D'AVILA NETO, M. I.; PEDRO, R. M. L. R. (Orgs.). **Tecendo o desenvolvimento: saberes, gênero, ecologia social**. 1. ed. Rio de Janeiro: Mauad: Bapera Editôra, 2003. p. 83-94 (Coleção EICOS-Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social).

TELLES, M. A. **Breve história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Brasiliense. Tribunal Superior Eleitoral, 1993.

VIEIRA, S. Cautela, desemprego e retração: como atravessar esse cenário assombroso sem deixar de garantir um bom atendimento médico? **Revista Universo Visual**, São Paulo, Jobson Brasil, ano VIII, n. 43, p.42-43, fev. 2009.

_____. Sem medo de se lançar na carreira. **Revista Universo Visual**, São Paulo, Jobson Brasil, ano VI, n. 35, p.50-52, jul./ago. 2007a.

_____. Saia Justa: de maneira gradual e delicada, oftalmologia brasileira vê ascensão do poder feminino. **Revista Universo Visual**, São Paulo, Jobson Brasil, ano VI, n. 32, p.12-18, mai. 2007b.

ZAGURY, L. A dimensão humana da Medicina. In: PFIZER Oftalmologia (Org.) **Relação médico-paciente: superar expectativas, aumentar a confiança e atingir resultados na carreira**. São Paulo: DOC Editora, 2011. v. 3, p. 10.

ZAMBRANO, E. Novas configurações familiares e os desafios para a Psicologia. **Jornal do Federal**, Brasília-DF, dez. 2010. Folha Diversidade, ano XXII, n. 99, p. 06-07.

ANEXOS

ANEXO 1

AS ESPECIALIDADES MÉDICAS

O Brasil tem atualmente 53 especialidades médicas, reconhecidas pelo CFM, AMB e CNRM. Veja abaixo a listagem e um resumo sobre o foco principal de atuação de cada uma delas:

1. Acupuntura:

Método de tratamento chamado complementar de acordo com a nova terminologia da Organização Mundial da Saúde (OMS)

2. Alergia e Imunologia:

Doenças alérgicas e do sistema imunitário

3. Anestesiologia:

Estudo da dor e anestesia

4. Angiologia:

Doenças do aparelho circulatório

5. Cancerologia:

Tumores malignos ou câncer

6. Cardiologia:

Doenças relacionadas com o coração

7. Cirurgia Cardiovascular:

Tratamento cirúrgico de doenças do coração

8. Cirurgia da Mão:

Tratamento cirúrgico das mãos

9. Cirurgia de Cabeça e Pescoço:

Tratamento cirúrgico de doenças da cabeça e do pescoço

10. Cirurgia do Aparelho Digestivo:

Cirurgia dos órgãos do aparelho digestório, como esôfago, estômago, fígado e pâncreas

11. Cirurgia Geral:

Engloba todas as áreas cirúrgicas

12. Cirurgia Pediátrica:

Cirurgia geral em crianças

13. Cirurgia Plástica:

Tratamento para correção das deformidades, má formação ou lesões que comprometem funções dos órgãos através de cirurgia de caráter reparador

14. Cirurgia Torácica:

Cirurgia dos pulmões

15. Cirurgia Vascular:

Tratamento das veias e artérias, através de cirurgia

16. Clínica Médica:

Engloba as áreas não cirúrgicas, subdividida em várias outras especialidades

17. Coloproctologia:

Problemas do intestino grosso (cólon), doenças do reto e ânus

18. Dermatologia:

Pele e suas doenças

19. Endocrinologia e Metabologia:

Tratamento das glândulas

20. Endoscopia:

Estudo dos mecanismos fisiopatológicos, diagnóstico e tratamento de enfermidades passíveis de abordagem por procedimentos cirúrgicos

21. Gastroenterologia:

Tratamento do aparelho digestivo

22. Genética médica:

Estudo dos genes, células tronco e clonagem humana

23. Geriatria:

Estudo das doenças do idoso

24. Ginecologia e Obstetrícia:

Sistema reprodutor feminino

25. Hematologia e Hemoterapia:

Estudo dos elementos figurados do sangue (hemácias, leucócitos, plaquetas) e da produção desses elementos nos órgãos hematopoiéticos (medula óssea, baço, linfonodos)

26. Homeopatia:

Prática médica baseada na Lei dos Semelhantes

27. Infectologia:

Estudo das causas e tratamentos de infecções (causadas por vírus, bactérias e fungos)

28. Mastologia:

Doenças da mama

29. Medicina de Família e Comunidade:

Estuda o indivíduo inserido em contexto familiar e comunitário e as doenças correlacionadas

30. Medicina do Trabalho:

Doenças causadas pelo trabalho ou relacionadas ao trabalho

31. Medicina do Tráfego:

Manutenção do bem estar físico, psíquico e social do ser humano que se desloca, qualquer que seja o meio que propicie a sua mobilidade

32. Medicina Esportiva:

Abordagem do atleta de uma forma global e do indivíduo em exercício físico, da prevenção ao cuidado de lesões

33. Medicina Física e Reabilitação:

Diagnóstico e terapêutica de diferentes áreas

34. Medicina Intensiva:

Cuidados de pacientes graves com recursos tecnológicos e humanos no tratamento de doenças ou complicações

35. Medicina Legal e Perícia Médica:

Aplica os conhecimentos médicos aos interesses da Justiça, na elaboração de leis e na adequada caracterização dos fenômenos biológicos que possam interessar às autoridades no sentido da aplicação das leis

36. Medicina Nuclear:

Estudo imagiológico ou terapia pelo uso de radiofármacos

37. Medicina Preventiva e Social:

Atua na prevenção de doenças

38. Nefrologia:

Doenças do rim, como insuficiência renal

39. Neurocirurgia:

Atua no tratamento de doenças do sistema nervoso central e periférico passíveis de abordagem cirúrgica

40. Neurologia:

Estuda e trata o sistema nervoso

41. Nutrologia:

Distúrbios e doenças do comportamento alimentar

42. Oftalmologia:

Estuda e trata os distúrbios dos olhos

43. Ortopedia e Traumatologia:

Estuda e trata as doenças do sistema locomotor e as fraturas

44. Otorrinolaringologia:

Estuda e trata as doenças da orelha, nariz, seios paranasais, faringe e laringe

45. Patologia:

Estudo das doenças em geral sob determinados aspectos, envolvendo ciência básica e prática clínica

46. Patologia Clínica/Medicina Laboratorial

Auxilia no diagnóstico e acompanhamento clínico de estados de saúde e doença, através da análise de sangue, urina, fezes e outros fluidos orgânicos

47. Pediatria:

Estuda e trata o ser em desenvolvimento (crianças)

48. Pneumologia:

Estuda e trata o sistema respiratório

49. Psiquiatria:

Transtornos mentais e comportamentais

50. Radiologia e Diagnóstico por Imagem:

Realização e interpretação de exames de imagem como raio-X e Ressonância Magnética

51. Radioterapia:

Tratamento empregado em várias doenças, especialmente o câncer, com uso de um tipo de raios-X ou outra forma de energia radiante

52. Reumatologia:

Trata das doenças do tecido conjuntivo, articulações e doenças autoimunes

53. Urologia:

Estuda e trata os problemas do sistema urinário e do sistema reprodutor masculino

ANEXO 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA UTILIZADO NA COLETA DE DADOS

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Instituto de Psicologia
Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social

Estou fazendo uma pesquisa com médicas brasileiras para tentar melhor entender como elas veem e atuam na profissão, e gostaria de ouvir você sobre isso.

Antes, porém preencha os dados de identificação solicitados.

Procure responder sinceramente e com a primeira opinião que lhe vier a cabeça, que quase sempre é a melhor.

Desde já agradecemos sua colaboração.

Muito obrigada!

1. Apresente-se:
2. O que te levou a estudar Medicina? Por quê?
3. Você acha que houve influência de sua família na escolha de sua profissão? Como? E de outras pessoas? Quem? Por quê?
4. Como se deu a escolha de sua especialidade? Você ficou em dúvida com relação a outras especialidades? Quais? Por que escolheu esta em detrimento da(s) outra(s)?
5. Durante a sua formação acadêmica você foi desestimulada ou estimulada, por ser mulher, a escolher alguma especialidade em específico? Por quem e por quê?
6. Você já pensou em mudar de especialidade? Por quê? Sua vida seria diferente se tivesse escolhido outra especialidade? Como? Por quê?
7. Dentre as diversas possibilidades abertas na área médica, você percebe alguma influência de caráter cultural, social e/ou psíquico na escolha da especialidade por parte de médicos e médicas? Quais e por quê?
8. Que especialidades você considera masculinas? Por quê?
9. Que especialidades você considera femininas? Por quê?

10. Como você percebe a inserção feminina no mercado de trabalho da Medicina? Houve progresso? Que tipo de progresso? Você acha que pode melhorar? Como?
11. O que é trabalho para você? Qual a importância dele na sua vida? Você trabalha em tempo parcial ou em tempo integral? Por quê?
12. Você teve dificuldade no acesso e no exercício da especialidade escolhida? Foi de alguma forma estimulada ou desestimulada? Como e por quem? Fale um pouco a esse respeito.
13. O que é família para você? Qual a importância dela na sua vida?
14. Você acha que seu trabalho interfere na sua vida pessoal e/ou familiar? Como?
15. Você considera que a sua vida familiar afeta a sua vida profissional? Como?
16. Você pensa ou já pensou em dedicar mais tempo à sua família? Como?
17. Como você faz para conciliar as responsabilidades domésticas familiares com sua atuação profissional? Como você gostaria de fazer? Quais as dificuldades e soluções encontradas?
18. Você acha que há um planejamento familiar das mulheres brasileiras, em especial as médicas? Como seria?
19. Você acha que as mulheres médicas com filhos se prejudicam no desenvolvimento da carreira profissional? Como? Por quê?
20. Você pensa que os homens deveriam assumir mais trabalhos domésticos do que fazem atualmente? Como? Por quê?
21. Você percebe algum tipo de discriminação no local de trabalho tanto por parte dos pacientes como das pessoas em geral, pelo fato de ser mulher? Qual? Por que você acha que isso se dá?
22. Você acha que as mulheres médicas assumem postos de responsabilidade e liderança nas instituições prestadoras de serviços de saúde? Quais seriam os principais motivos?
23. Qual a frequência de sua participação em eventos acadêmicos? Você acha que dá para conciliar carreira, família e trabalho? Como você faz para tentar conciliar os três? Que dificuldades você encontra?

24. Em que medida as rápidas mudanças ditadas pelo mundo globalizado afeta as atividades dos médicos e médicas? Como administrar essas mudanças? Você acha que afeta médicas e médicos de forma distinta?