



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

REBECA CONTRERA AVILA

**TORNAR-SE CIRURGIÃ NO BRASIL:  
UM ESTUDO SOBRE A CONSTRUÇÃO DAS  
DISPOSIÇÕES DE GÊNERO QUANTO À ASPIRAÇÃO  
PROFISSIONAL E À ESCOLHA DA ESPECIALIDADE  
MÉDICA**

CAMPINAS  
2017

REBECA CONTRERA AVILA

**TORNAR-SE CIRURGIÃ NO BRASIL:  
UM ESTUDO SOBRE A CONSTRUÇÃO DAS  
DISPOSIÇÕES DE GÊNERO QUANTO À ASPIRAÇÃO  
PROFISSIONAL E À ESCOLHA DA ESPECIALIDADE  
MÉDICA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutora em Educação, na área de concentração de Educação, Conhecimento, Linguagem e Arte.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Fonseca de Almeida

O ARQUIVO DIGITAL CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA ALUNA REBECA CONTRERA ÁVILA, E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. ANA MARIA FONSECA DE ALMEIDA

CAMPINAS  
2017

**Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s):** Não se aplica.

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Educação  
Rosemary Passos - CRB 8/5751

Avila, Rebeca Contrera, 1965-  
Av55t Tornar-se cirurgiã no Brasil: um estudo sobre a construção das disposições de gênero quanto à aspiração profissional e à escolha da especialidade médica / Rebeca Contrera Avila. – Campinas, SP: [s.n.], 2017.

Orientador: Ana Maria Fonseca de Almeida.  
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.

1. Sociologia da educação médica. 2. Desigualdade de gênero. 3. Currículo oculto. 4. Especialidades médicas. 5. Residência médica. 6. Cirurgiões Formação. I. Almeida, Ana Maria Fonseca de, 1963-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** To become a woman surgeon in Brasil: a study on the construction of gender dispositions regarding professional aspirations and choice of medical specialty

**Palavras-chave em inglês:**

Sociology of medical education

Gender inequality

Hidden curriculum

Medical specialties

Medical residency

Surgeons - Training

**Área de concentração:** Educação, Conhecimento, Linguagem e Arte

**Titulação:** Doutora em Educação

**Banca examinadora:**

Ana Maria Fonseca de Almeida [Orientador]

Cláudio Marques Martins Nogueira

Écio Antônio Portes

Graziela Serroni Perosa

Helena Altmann

**Data de defesa:** 18-08-2017

**Programa de Pós-Graduação:** Educação

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**

**FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

**TESE DE DOUTORADO**

**TORNAR-SE CIRURGIÃ NO BRASIL:  
UM ESTUDO SOBRE A CONSTRUÇÃO DAS  
DISPOSIÇÕES DE GÊNERO QUANTO À ASPIRAÇÃO  
PROFISSIONAL E À ESCOLHA DA ESPECIALIDADE  
MÉDICA**

**Autora: Rebeca Contrera Avila**

**COMISSÃO JULGADORA:**

Profa. Dra. Ana Maria Fonseca de Almeida

Prof. Dr. Cláudio Marques Martins Nogueira

Prof. Dr. Écio Antônio Portes

Profa. Dra. Graziela Serroni Perosa

Profa. Dra. Helena Altmann

A Ata da Defesa assinada pelos membros da Comissão Examinadora, consta no processo de vida acadêmica do aluno.

**2017**

Dedico esta tese às estudantes de medicina, residentes de  
cirurgia e cirurgiãs do Brasil.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus. Criador, mantenedor e condutor da minha vida. Todos os dias antes de começar a jornada eu orava em busca de sabedoria.

À Profa. Dra. Ana Maria Fonseca de Almeida pelo acompanhamento atento, por todas as incontáveis contribuições, pela confiança em meu trabalho, pelo compromisso e competência, por estabelecer uma relação orientadora-orientanda baseada no respeito e no afeto.

À Profa. Dra. Marília Pinto de Carvalho e à Profa. Dra. Helena Altmann pelas orientações e contribuições dadas por ocasião da qualificação da pesquisa.

Aos professores e colegas do FOCUS.

Aos chefes de departamento de cirurgia, aos coordenadores das Comissões de Residência Médica e aos cirurgiões docentes dos hospitais nos quais as observações foram realizadas. Uma investigação como esta teria sido impossível sem a ajuda e a colaboração amistosa de vocês. Obrigada por demonstrarem um vivo e estimulante interesse pela pesquisa.

Às estudantes de medicina, residentes de cirurgia, cirurgiãs assistentes e cirurgiãs docentes que aceitaram se tornar sujeitos desta pesquisa. A despeito de suas muitas atribuições diárias, essas mulheres encontraram um tempo para me concederem entrevistas e me contarem suas trajetórias de vida. Sem a participação de vocês a pesquisa não teria acontecido.

Às profissionais das equipes dos departamentos de cirurgia por onde transitei. Algumas enfermeiras, assistentes sociais e psicólogas me deram verdadeiras aulas sobre a dinâmica de funcionamento das especialidades cirúrgicas com que trabalhavam.

Ao meu pai, Luiz Contrera, trabalhador incansável, professor dedicado, otimista de carteirinha, um lutador que me mostrou que nunca é tarde para voltar a estudar.

À minha querida mãe, Marly Guerra Contrera um eterno sentimento de gratidão. Àquela que tanto se doou para que eu pudesse chegar até aqui.

Ao meu amado esposo, Reniê Ávila, por sua ajuda, companheirismo e compreensão.

Aos meus filhos, Fábio, Jaqueline e Jonathan, que em muitos momentos foram privados de minha companhia, mas souberam entender meu desejo de prosseguir nos estudos.

A todos(as) que direta, ou indiretamente, contribuíram para que esta tese fosse defendida e publicada.

## RESUMO

Esta tese teve como objetivo promover um maior entendimento sobre o processo de construção da identidade médica em articulação com a “socialização de gênero” que leva à interiorização de disposições quanto às aspirações profissionais e à escolha da especialidade médica por parte das mulheres egressas do curso de Medicina no Brasil. Os esforços de pesquisa foram direcionados, primeiramente, para o estudo da trajetória de formação de residentes e cirurgiãs que ocupam posições estatisticamente improváveis para mulheres. Ao mesmo tempo, tentou-se entender as razões por trás das escolhas que levam muitas profissionais da medicina a se absterem das carreiras cirúrgicas. Fundamentada em estudos que buscam entender os determinantes da ação na construção das disposições individuais, a pesquisa articulou-se a partir de uma tríplice abordagem metodológica: (i) entrevistas com estudantes de medicina, residentes e cirurgiãs em diferentes níveis da hierarquia do processo de formação e de inserção profissional; (ii) observação de caráter etnográfico em hospitais-escola nos quais algumas residentes e docentes de cirurgia foram acompanhadas em diferentes espaços do processo de formação; (iii) análise documental do relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito que investigou violações dos direitos humanos no cotidiano acadêmico de faculdades de Medicina localizadas no estado de São Paulo. A tese está estruturada em três partes. A primeira, examina o lugar ocupado pelas mulheres no campo da medicina no Brasil por meio de um levantamento histórico-demográfico e de uma revisão bibliográfica que aborda as questões que envolvem a permanência da desigualdade de gênero na medicina no atual contexto da feminização da profissão. A segunda, explora o lugar das práticas esportivas e de sociabilidade enquadradas pelas Atléticas como um espaço no qual também se dá o aprendizado de disposições importantes para a carreira. A terceira parte, por fim, examina os processos de formação enquadrados pelo currículo. Entre os resultados obtidos por essa pesquisa, sublinha-se a demonstração de como as relações de gênero contribuem para estruturar relações de poder que, por sua vez, atuam como uma das forças que contribuem para estruturar o acesso de homens e mulheres aos diferentes espaços nos quais se desenvolve a formação médica. Recorrente nas diferentes fases do curso, a clivagem de gênero acaba por influenciar significativamente a experiência de formação, contribuindo para definir padrões de escolha da especialidade que se perpetuam apesar do aumento recente da proporção de mulheres nos cursos de Medicina.

Palavras-chave: Sociologia da educação médica; desigualdade de gênero; currículo oculto; escolha da especialidade médica; residência em cirurgia

## ABSTRACT

The aim of this thesis is to promote a greater understanding on the process of constructing the medical identity in conjunction to the “gender socialization” which interiorizes provisions regarding professional aspirations and the choice of a medical specialty among women who graduated from medical school in Brazil. The efforts of this project were mainly focused on the training trajectory of women residents and surgeons that occupy statistically unlikely positions for women. At the same time, the reasons behind the choices that make many women medical doctors abstain from surgical careers were addressed. Grounded in studies that seek to understand the determinants of action in the construction of individual dispositions, this project is articulated on a triple methodological approach: (i) interviews with women medical students, residents and surgeons in different hierarchy levels of the training process and professional insertion; (ii) ethnographic observation in academic hospitals where several women residents and surgery faculty were followed in different areas of the training process; (iii) documentary analysis of the final report issued by the Parliamentary Inquiry Commission that investigated violations of human rights in medical schools in the state of Sao Paulo. This thesis is structured in three parts. The first examines the place occupied by women in the field of medicine in Brazil through a historic-demographic review of the literature that addresses the issues involving gender inequality in medicine in the current context of feminization in this occupation. The second explores the importance of sports training and the sociability structured by athletic organizations as an environment where there is also learning about important provisions for the career. Finally, the third part examines the training process within the curriculum. One highlighted result obtained by this research is the demonstration of how gender relations contribute to structure power relationships. These in turn, act as one of the forces that structure the access of men and women to the different spaces in which medical training occurs. Recurrent in the different phases of medical school, the gender cleavage ultimately influences the training experience, helping to define patterns of specialty choice that are perpetuated despite the recent increase in the proportion of women in medical school.

Key-words: sociology of medical education; gender inequality; hidden curriculum; choice of medical specialty; surgical residency

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.	Alunos da Faculdade de Medicina da Bahia no gabinete de História Natural Médica em 1910	p.18
Figura 2.	Estudantes da Faculdade de Medicina da Bahia, 1921-1926	p.18
Figura 3.	Egressos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia em 2016	p.19
Figura 4.	Hino da Faculdade de Medicina de Taubaté	p. 151
Figura 5.	Cartaz de apresentação da festa “Membro inferior”	p. 157

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Número de médicos por sexo e origem dos registrados no Serviço Sanitário (1892- 1932)	p. 60
Tabela 2.	Evolução da população de médicos, 1910 a 2010, segundo sexo – Brasil, 2013	p. 63
Tabela 3.	Alunos matriculados em cursos de Medicina de 1991 a 2011 (total, mulheres e homens, dados do Censo da Educação Superior – Inep)	p. 66
Tabela 4.	Evolução do registro de novos médicos entre 2000 e 2014, segundo sexo- BRASIL, 2014	p. 67
Tabela 5.	Médicos generalistas e especialistas, segundo sexo- BRASIL, 2014	p. 72
Tabela 6.	Médicos especialistas, segundo especialidade e sexo- BRASIL, 2013	p. 73

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Dados gerais das estudantes, médicas, residentes e cirurgiãs entrevistadas	p. 33
Quadro 2.	Programas de Residência Médica, segundo acesso direto, pré-requisitos e anos de Formação	p. 71
Quadro 3.	Famílias de origem segundo as classes e frações de classes sociais: escolaridade e ocupação dos pais	p. 108
Quadro 4.	Tipo de rede de ensino frequentada durante a escolarização básica pelas entrevistadas oriundas de famílias das camadas médias	p. 119
Quadro 5.	Relação candidato vaga e nota de corte dos processos seletivos dos anos de 2015 e 2016 de algumas universidades públicas do estado de São Paulo e do Sisu	p. 130
Quadro 6.	Rodízio dos residentes R1 e R2 pelas especialidades do programa de formação em Cirurgia Geral	p. 236
Quadro 7.	Apresentação geral das cirurgiãs que são mães	p. 302

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALESP	Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo
AMB	Associação Médica Brasileira
CBC	Colégio Brasileiro de Cirurgiões
CFM	Conselho Federal de Medicina
COBRALT	Comitê Brasileiro das Ligas do Trauma
COREME	Comissão de Residência Médica
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRM	Conselho Regional de Medicina
EMSCV	Faculdade de Medicina da Santa Casa de Vitória
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
FCMS	Faculdade de Ciências Médicas de Santos
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
FMJ	Faculdade de Medicina de Jundiaí
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LEAMES	Liga Esportiva das Atléticas de Medicina do Estado de São Paulo
MEC	Ministério da Educação e Cultura
PRM	Programa de Residência Médica
PROUNI	Programa Universidade para Todos
PUC	Pontifícia Universidade Católica
SANTA CASA	Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
SBC	Sociedade Brasileira de Coloproctologia
SBCCV	Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SUS	Sistema Único de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSJ	Universidade Federal de São João del-Rei
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNIMES	Universidade Metropolitana de Santos
UNISA	Universidade de Santo Amaro
UNITAU	Universidade de Taubaté
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>Justificativa e contextualização.....</b>	<b>21</b>
<b>O problema de pesquisa .....</b>	<b>24</b>
<b>Objetivos .....</b>	<b>25</b>
<b>A metodologia da pesquisa .....</b>	<b>26</b>
<b>As mulheres que se colocaram como sujeitos de pesquisa .....</b>	<b>33</b>
<b>Os caminhos trilhados na pesquisa: uma descrição metodológica necessária.....</b>	<b>38</b>
<b>Uma tese organizada em três atos .....</b>	<b>51</b>
<b>PARTE I - UM OLHAR SOBRE O OBJETO DE ESTUDO .....</b>	<b>55</b>
<b>CAPÍTULO 1. O LUGAR DAS MULHERES NA MEDICINA: O QUE DIZ A HISTÓRIA E A DEMOGRAFIA .....</b>	<b>55</b>
<b>1.1. As pioneiras da medicina no Brasil .....</b>	<b>56</b>
<b>1.2 Um crescimento a passos lentos... .....</b>	<b>59</b>
<b>1.3 Mulheres médicas no início do século XX.....</b>	<b>60</b>
<b>1.4 Divisores de águas .....</b>	<b>62</b>
<b>1.5 A reversão da diferença de gênero no curso de Medicina.....</b>	<b>66</b>
<b>1.6 Mulheres na residência médica.....</b>	<b>68</b>
1.6.1 O que determina a legislação.....	69
1.6.2 Demografia médica atual: distribuição de homens e mulheres pelas especialidades médicas .....	72
1.6.3 A feminização da Medicina e o <i>déficit</i> feminino nas especialidades cirúrgica.....	75
<b>1.7 Mulheres cirurgiãs .....</b>	<b>76</b>
<b>CAPÍTULO 2. AS NOVAS FRONTEIRAS DA DESIGUALDADE DE GÊNERO NA MEDICINA .....</b>	<b>84</b>
<b>2.1 Segregação vertical e horizontal: as novas fronteiras da desigualdade de gênero na Medicina .....</b>	<b>84</b>
<b>2.2 Barreiras indiretas que se traduzem como desvantagem para as mulheres no processo de construção da carreira.....</b>	<b>87</b>
2.2.1 Barreiras indiretas na escolha da especialidade.....	92
<b>2.3 O processo de educação médica e a construção social da identidade profissional: uma pedagogia que não é neutra quanto à socialização de gênero.....</b>	<b>97</b>
2.3.1 Construção das disposições quanto à escolha da especialidade médica: um longo processo de socialização de gênero .....	100
<b>PARTE II - TORNANDO-SE MÉDICA: CLIVAGENS DE GÊNERO NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE MÉDICA NO CURSO DE GRADUAÇÃO.....</b>	<b>105</b>

<b>CAPÍTULO 3. A CONSTRUÇÃO DA DISTINÇÃO (EM OPOSIÇÃO AO ESTIGMA) SOCIAL.....</b>	<b>106</b>
<b>3.1 Socialização primária: o início da construção da distinção social.....</b>	<b>106</b>
3.1.1 Entrevistadas oriundas de famílias de camadas populares .....	111
3.1.2 Entrevistadas oriundas de famílias de camadas médias .....	116
3.1.3 Entrevistadas oriundas de famílias pertencentes às elites econômicas e culturais.....	122
<b>3.2. Dificuldade de ingresso e excepcionalidade da admissão em um curso de grande prestígio: a construção precoce da distinção social .....</b>	<b>128</b>
<b>3.3 Matrícula: adentrando o espaço reservado da formação em Medicina.....</b>	<b>135</b>
<b>CAPÍTULO 4. TROTES, FESTAS E CURTIÇÃO: INTERIORIZANDO DIFERENÇAS E HIERARQUIAS.....</b>	<b>141</b>
<b>4.1 Colocando cada um no seu lugar .....</b>	<b>142</b>
4.1.1 Não se trata de uma prática isolada .....	146
<b>4.2 Abuso e violência sexual nas festas e competições esportivas .....</b>	<b>147</b>
4.2.1 Hinos das Associações Atléticas: instrumentos de fomento à objetivação da mulher e à cultura do estupro .....	147
4.2.2 A objetivação da mulher e a apologia ao estupro colocadas em prática ....	151
<b>4.3 Submissão, reprodução, privilégios e ameaças.....</b>	<b>157</b>
<b>CAPÍTULO 5. TREINOS, TROTES, FESTAS E COMPETIÇÕES ESPORTIVAS: O LUGAR DO CURRÍCULO OCULTO NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DE GÊNERO DURANTE O PROCESSO DE FORMAÇÃO MÉDICA .....</b>	<b>167</b>
<b>5.1 O lugar das Atléticas: interiorizando diferenças e hierarquias .....</b>	<b>173</b>
5.1.1 Treinos e competições esportivas .....	174
5.1.2 Como funcionam as hierarquias .....	177
5.1.3 “Sapos”, “veios” e “dinossauros”: os membros mais velhos da “família”. ..	180
5.1.4 Uma hierarquia que tem gerais .....	184
<b>PARTE III. “ENSINAR O PEIXE A NADAR” .....</b>	<b>189</b>
<b>CAPÍTULO 6. ESTÁGIOS EXTRACURRICULARES .....</b>	<b>190</b>
<b>6.1 Colocando a mão na massa .....</b>	<b>190</b>
6.1.2 Estágios extracurriculares: um investimento para a formação profissional e para a residência .....	192
<b>6.2 “Suicídio social” .....</b>	<b>201</b>
<b>6.3 Como uma relação umbilical.....</b>	<b>204</b>
<b>6. 4 Grupos em disputa: as redes de poder que estão em jogo na <i>organização social do curso de Medicina</i>.....</b>	<b>208</b>
<b>6.5 O princípio por trás da “escolha”.....</b>	<b>212</b>
6.5.1 Idade produtiva X idade reprodutiva: uma justificativa recorrente .....	214
6.5.2 Necessidade de grande esforço físico: a mesma justificativa usada no século XIX?.....	219
6.5.3 O primeiro ano da residência: um novo rito de consagração .....	223

6.5.4 “Eu nem tento porque eu não me sinto confortável naquele ambiente” .....225

## **CAPÍTULO 7. INTERNATO: UMA VITRINE DA RESIDÊNCIA EM CIRURGIA..234**

### **7.1 Prova de fogo: a rotina na residência em Cirurgia Geral .....235**

7.1.1 Notas etnográficas de uma subespecialidade: a gastrocirurgia.....239

7.1.2 Plantões e sobrecarga de trabalho.....252

### **7.2 R1: “Um ano de cão que tem dia para começar e dia para terminar” .....255**

7.2.1 A lógica de formação do R1 de Cirurgia Geral .....259

7.2.2 Uma “sociodinâmica da estigmatização” com viés de gênero .....262

7.2.3 Vontade de desistir .....267

7.2.4. Juntando as peças de um quebra-cabeça.....269

## **CAPÍTULO 8. DISPOSIÇÕES “MASCULINAS” X DISPOSIÇÕES “FEMININAS” NA FORMAÇÃO EM CIRURGIA: UMA RELAÇÃO PLURAL .....275**

### **8.1 O que acontece na subespecialidade de Coloproctologia?.....276**

8.1.1 Por que será que nos últimos anos só tem entrado mulheres na residência em Coloproctologia? .....277

8.1.2 A construção de disposições favoráveis quanto à escolha das mulheres pela residência em Coloproctologia .....279

### **8.2 A trajetória de superação de Lúcia .....285**

8.2.1 Pluralidade disposicional de uma prática docente .....287

### **8.3 “Alguns cirurgiões são bravos, mas vocês precisam ver as mulheres”..... 289**

8.3.1 Uma subespecialidade cirúrgica onde só havia docentes e residentes do sexo feminino.....289

8.3.2 Variações disposicionais entre homens e mulheres.....294

## **CAPÍTULO 9 DUAS IMAGENS EM DISPUTA: ESTRATÉGIAS DE CONCILIAÇÃO ENTRE CARREIRA CIRÚRGICA E MATERNIDADE.....300**

9.1 Gravidez e maternidade.....309

9.2 O cuidado com os filhos e a conciliação com a vida profissional .....316

9.3 Redes de apoio: babás, parentes, cônjuge e escolas de educação infantil.....321

9.4 Circunstâncias adversas .....322

9.5 Ser cirurgiã e mãe em um mundo predominantemente masculino .....326

**CONCLUSÃO.....334**

**REFERÊNCIAS .....347**

**APÊNDICES.....374**

**ANEXOS.....384**

## APÊNDICES

Apêndice A	Quadro. Ingresso na faculdade	p. 372
Apêndice B	Quadro. Formação na residência	p. 375
Apêndice C	Grade temática do roteiro de entrevista	p. 377
Apêndice D	Termo de consentimento livre e esclarecido	p. 378

## ANEXOS

Anexo A	Tabela. Distribuição de médicos especialistas, segundo especialidade – Brasil, 2014	p. 382
Anexo B	Tabela. Distribuição de médicos especialistas, segundo especialidades com predominância feminina - Brasil, 2014	p. 384
Anexo C	Tabela. Distribuição de médicos especialistas, segundo especialidades com predominância masculina - Brasil, 2014	p. 385
Anexo D	Tabela. Tempo de frequência a cursinho pré-vestibular dos alunos matriculados no curso de Medicina da USP e da UNICAMP (em %)	p. 386
Anexo E	Cópia da página da Associação dos ex-Alunos de Medicina da PUC-Campinas	p. 387
Anexo F	Cópia da página da Associação dos ex-Alunos de Medicina da USP Pinheiros	p. 388
Anexo G	Cópia da página da Associação dos ex-participantes da Associação Atlética e Acadêmica Samuel Pessoa da faculdade de Medicina da PUC-Campinas	p. 389
Anexo H	Associação de ex-alunos de Medicina da Unicamp	p. 390
Anexo I	Quadro. Notas de campo do serviço de cirurgia do fígado do dia 14/01/2014	p. 391
Anexo J	Quadro. Transcrição da entrevista realizada com a cirurgiã cardiovascular Raissa em 02/06/14	p. 396
Anexo K	Quadro. Notas de campo de Cirurgia Cardiovascular em 02 de junho de 2014	p. 424

## INTRODUÇÃO

**Figura 1. Estudantes da Faculdade de Medicina da Bahia no gabinete de História Natural Médica em 1910.**



Fonte: O Malho, n. 402, edição de 1910, p. 19. Disponível em:  
<http://www.casaruibarbosa.gov.br/omalho/revista.asp?rev=402&ano=1910>

**Figura 2. Estudantes da Faculdade de Medicina da Bahia, 1921-1926**



Fonte: Centro Cultural do Ministério da Saúde<sup>1</sup>. Disponível em:  
<http://www.ccms.saude.gov.br/nisedasilveira/uma-psiQUIATRA-rebelde.php>

<sup>1</sup> A aluna em destaque é Nise da Silveira, médica que se tornou referência como pioneira da psiquiatria humanizada no Brasil.

**Figura 3. Egressos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia em 2016.**



Fonte: arquivo pessoal<sup>2</sup>.

As imagens que escolhi para introduzir esta tese representam a transformação histórica do lugar ocupado pelas mulheres na profissão médica no Brasil. Trata-se de três imagens de diferentes momentos históricos da atual Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, primeira escola de Medicina do Brasil, fundada por D. João VI em 1808, no mesmo ano do estabelecimento da Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro.

A primeira e a segunda imagem representam um período em que, acompanhando uma tendência mundial, a medicina no Brasil era exercida majoritariamente por homens (SCHEFFER, 2013; DALL'AVA-SANTUCCI, 2005)<sup>3</sup>. Eram raras as mulheres que se aventuravam nesse espaço, apesar de já estarem legalmente autorizadas a frequentarem as faculdades de Medicina<sup>4</sup>. Nas primeiras décadas do século XX, a medicina ainda era considerada um ofício masculino e impróprio para mulheres (HAHNER, 1981 e 2003;

<sup>2</sup> Imagem utilizada com a autorização de uma estudante egressa da turma.

<sup>3</sup> Sobre a História da evolução da população médica feminina em outros países ver Dall'Ava-Santucci (2005).

<sup>4</sup> As primeiras mulheres brasileiras a cursarem o ensino superior tiveram que buscar formação fora do Brasil. Maria Augusta Generoso Estrela e Josefa Agueda Felisbella Mercedes de Oliveira, formaram-se em medicina no New York Medical College and Hospital for Women, respectivamente em 1879 e 1881 (HAHNER, 1981, p. 141; HAHNER, 2003, p. 68; SCHUMAHER e BRAZIL, 2000, p. 299).

RAGO, 2000 e 2008; MARQUES FILHO, 2004). A lei decretada pelo imperador D. Pedro II outorgando às mulheres o direito de acesso ao ensino superior no Brasil havia sido sancionada em 1879<sup>5</sup>, no entanto, o ideário socialmente estabelecido para o comportamento feminino fazia com que as mulheres que ingressavam no curso de Medicina fossem mal vistas e desprezadas pela sociedade a ponto de comentários depreciativos veiculados na imprensa acusarem aquelas que cursavam Medicina de serem “desprovidas de moral, machonas e degeneradas” (HAHNER, 1981, p. 141, 143 e 145; HAHNER, 2003, p. 71 e 74). As pioneiras que exerceram a Medicina no Brasil entre o final do século XIX e início do século XX sofreram intensa pressão social tanto durante o período de formação na faculdade de Medicina como depois, no exercício da profissão (HAHNER, 2003; RAGO, 2000 e 2008)<sup>6</sup>.

A terceira imagem, que se refere à turma de formandos em Medicina da Universidade Federal da Bahia do ano de 2011, representa o momento atual da trajetória histórica da inserção das mulheres nesse campo profissional, indicando a feminização ocorrida<sup>7</sup>.

Trata-se de uma transformação histórica do lugar que as mulheres ocupam na profissão médica. Segundo a pesquisa Demografia Médica no Brasil (SCHEFFER, 2013 e 2015), que documenta essa transformação, a evolução do registro dos novos médicos evidencia que, a partir do ano de 2011, as mulheres passaram a representar a maior parte dos novos licenciados em Medicina e que a diferença a favor das mulheres tem aumentado a partir de então. Em 2014, ano em que foi realizada a pesquisa da versão publicada em 2015, a despeito de a maior parte da força de trabalho médica ainda ser composta por homens (57,5%), entre os profissionais mais jovens, com idade menor ou igual a 29 anos, as mulheres representaram 56,2% da categoria. As projeções para o futuro são de que o processo de

---

<sup>5</sup> Sobre a primeira lei brasileira a estender às mulheres o direito à matrícula no Ensino Superior ver o Decreto n.º 7 247 da Reforma Leôncio de Carvalho (BRASIL, 1879, p. 213). A título de comparação com o Brasil, na Inglaterra, foi somente em 1876 que o Parlamento aprovou o decreto que habilitava as mulheres a receberem o diploma de medicina. Algumas mulheres já haviam concluído o curso nessa época, mas eram proibidas de receber o diploma e exercer a profissão (DALL’AVA-SANTUCCI, 2005, p. 156).

<sup>6</sup> Elizabeth Blackwell, primeira mulher a entrar em uma escola médica nos Estados Unidos (em 1847) não conseguia lugar para morar ao se mudar para a cidade onde iria cursar Medicina porque os proprietários das pensões familiares se recusavam a alojar alguém que era vista como de má reputação. As mulheres que a viam passar se afastavam com desprezo (DALL’AVA-SANTUCCI, 2005, p.107). Sobre a visão que a sociedade francesa do século XIX tinha a respeito de uma mulher que decidia exercer uma profissão considerada masculina, ver também os comentários de Cacouault-Bitaud (2001).

<sup>7</sup> No contexto desta tese o termo “feminização” refere-se a um processo de mudança social com viés de gênero. Trata-se de um processo através do qual algum aspecto da vida social, marcado por uma forte presença masculina, passa a se modificar pela inserção progressiva e crescente de mulheres. “Uma profissão, por exemplo, torna-se feminizada na medida em que o número de mulheres que nela trabalham torna-se maioria. Assumem ocupações que antes eram dominadas por homens” (JOHNSON, 1997, p. 111).

feminização deve se intensificar e em 2028 as mulheres deverão passar a representar 50,23% da população médica do país.

### **Justificativa e contextualização**

Por se configurar um fenômeno de abrangência mundial<sup>8</sup> e uma mudança de grande impacto no campo da medicina contemporânea<sup>9</sup>, a feminização da profissão e as implicações decorrentes desse fenômeno têm sido foco de pesquisas realizadas em diferentes países, por diferentes áreas de interesse, com diferentes abordagens, dentre as quais, destaco as seguintes: (i) pesquisas estatísticas realizadas por órgãos oficiais de governos e instituições médicas com foco em demografia médica e saúde pública<sup>10</sup>; (ii) pesquisas realizadas por programas de pós-graduação ligados a escolas de Medicina com foco nas mudanças pelas quais a profissão médica e a educação médica tem passado nas últimas décadas<sup>11</sup>; (iii)

---

<sup>8</sup> Em países como Reino Unido, Austrália, Canadá, Estados Unidos (MACMURRAY *et al*, 2002; ALLEN, 2005; WILLIAMS, PECENCO e BLAIR-LOY, 2013), Suíça, Alemanha (BUDDEBERG-FISCHER e STAMM, 2010) e Holanda (SOETHOUT, TEN CATE e VAN DER WAL, 2004) as mulheres têm representado em torno de 60% dos novos licenciados em medicina. Na Austrália e em Portugal, as mulheres representavam, no final da década de 1990, respectivamente, 68% e 69% dos novos ingressantes na força de trabalho médica (MACMURRAY *et al*, 2002; MACHADO, 2003) e na Rússia, as mulheres já ocupam essa posição desde a década de 1950 (RISKA, 2001).

<sup>9</sup> Além da feminização, as pesquisas têm apontado também para outras mudanças no perfil da profissão médica, dentre as quais: a crescente representação das gerações mais jovens na composição da força de trabalho médica, processo que tem sido denominado de juvenização da medicina (SOETHOUT, TEN CATE e VAN DER WAL, 2004; SCHEFFER, 2015; BOUET, 2014; CONTANDRIOPULOS e FOURNIER, 2007); a diferença de perfil da geração mais jovem, quando comparada às gerações mais velhas, no que diz respeito ao exercício profissional, já que, especialmente as mulheres (mas também os homens) têm optado por estilos de vida que valorizam o equilíbrio entre trabalho e vida familiar, gerando com isso, a redução do número de horas de trabalho semanal (BUDDEBERG-FISCHER e STAMM, 2010; FUKUDA e HARADA, 2010; ROMESTAING, 2003; CONTANDRIOPULOS e FOURNIER, 2007; DIVAY, 2006; DENOYEL-JAUMARD e BOCHATON, 2015); a carência de médicos mais jovens para preencher a lacuna produzida pela aposentadoria das gerações mais velhas em determinadas especialidades (CONTANDRIOPULOS e FOURNIER, 2007; DENOYEL-JAUMARD e BOCHATON, 2015; POPPAS *et al*, 2008; LEMPP e SEALE, 2006; FUKUDA e HARADA, 2010; DE MARIA, 2008); as novas formas de contrato e condições de trabalho têm levado à perda da autonomia sobre os serviços prestados e a perda do controle sobre os honorários médicos, fazendo com que a maior parte da força de trabalho médica esteja dependente da intermediação do poder público ou de empresas gestoras de planos de saúde (BUDDEBERG-FISCHER e STAMM, 2010; REICHENBACH e BROWN, 2004; CRUZ, 2010; MACHADO, 1997 e 1998).

<sup>10</sup> A grande contribuição das pesquisas apresentadas por órgãos governamentais ligados à saúde pública e por instituições médicas (como os Conselhos Federais de Medicina, por exemplo) tem sido os abrangentes estudos estatísticos sobre demografia médica (BOUET, 2014; RAULT e LE BRETON-LEROUVILLOIS, 2014; AAMC, 2010a; CONTANDRIOPULOS e FOURNIER, 2007; MEDICAL COUNCIL of IRELAND, 2012; BMA, 2015; MARTINS, SILVEIRA e SILVESTRE, 2013; SCHEFFER, 2013 e 2015). Tais pesquisas têm abordado o fenômeno da feminização da medicina como uma questão diretamente relacionada à distribuição desigual da força de trabalho médica pelas diferentes especialidades e pelas diferentes formas de inserção profissional, segundo o sexo e a idade.

<sup>11</sup> University of Medical Sciences and Technology, Sudan (ALAWAD *et al*, 2015); University of California- San Diego (WILLIAMS, PECENCO e BLAIR-LOY, 2013); University of Pennsylvania (BOULIS e JACOBS, 2008); Radboud University, Netherlands (ALERS *et al*, 2014a); University of New South Wales, Australia (GRIGG, ARORA e DIWAN, 2014); Umea University, Sweden (DIDERICHSEN, 2013); University Medical Center Utrecht The Netherlands (SOETHOUT, TEN CATE e VAN DER WAL, 2004); University of Minnesota

pesquisas de abordagem sociológica com foco na Sociologia da Educação Médica e na Sociologia do Trabalho<sup>12</sup>.

A despeito dos diferentes enfoques, ao analisarem os impactos e as implicações do processo de feminização, além de apontarem para as modificações com respeito às conquistas profissionais das mulheres no campo da Medicina, as pesquisas convergem para as questões de gênero presentes nesse prestigioso campo profissional. De uma profissão antes predominantemente masculina e proibida para as mulheres, em muitos países, a medicina passou a ser uma profissão na qual a maior parte dos novos licenciados são mulheres (DALL'AVA-SANTUCCI, 2005; TSOUROUFLI, 2015). No entanto, as pesquisas têm apontado, também, para o paradoxo que, de acordo com Hirata (2015), faz parte da estrutura da divisão sexual do trabalho e das relações de gênero tanto em profissões de menor qualificação profissional, como em profissões de alto prestígio e qualificação: a significativa inserção quantitativa das mulheres na medicina não tem se traduzido em real igualdade de gênero na profissão (WILLIAMS, PECENCO e BLAIR-LOY, 2013; HEATH, 2004; RISK, 2009 e 2010; SZUMACHER, 2005; BUDDEBERG-FISCHER et al, 2010; MASON e EKMAN, 2007; MACHADO 1997; SANTOS, 2010a; UIC, 2011; TSOUROUFLI, 2015).

A complexidade do paradoxo que envolve a inserção das mulheres no mundo do trabalho, inerente à atual fase das relações de trabalho da sociedade capitalista, tem sido amplamente discutida no campo dos estudos de gênero. Na percepção de pesquisadoras como HIRATA e KERGOAT (2003), SOUZA-LOBO (1991), MARUANI (2011) e LOMBARDI (2017a), para descrever a nova tendência com relação à força de trabalho feminina é preciso falar também das segregações que permeiam o mundo do trabalho; é preciso falar também da permanência de todo um conjunto de determinações sociais que atribuem ao trabalho do homem um peso e um valor maior do que ao trabalho, da mulher; é preciso elucidar particularmente as questões referentes às permanências e não necessariamente às mudanças.

---

Medical School (SHOLLEN, 2009); Zurich University Hospital (BUDDEBERG-FISCHER e STAMM, 2010 e BUDDEBERG-FISCHER et al, 2010); University of Illinois at Chicago (UIC, 2011); University of Wisconsin in Madison, Australian Medical Workforce Advisory Committee in North Sydney (MACMURRAY, 2002); University of Westminster (ALLEN, 2005); University of Leipzig, Germany (PÖGE, 2010); Oxford University (TAYLOR, LAMBERT e GOLDACRE, 2009); Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (CRUZ, 1976 e 2010); Universidade do Estado de São Paulo (RAMOS-CERQUEIRA e LIMA, 2002); Universidade Federal Fluminense (JESUS, 2008); Hospital Geral do Estado da Bahia (LINS, ADRY e BRANDÃO, 2013); Universidade Federal do Rio de Janeiro (FRANCO e SANTOS, 2010); Universidade Federal do Rio Grande do Sul (SANTOS, 2009 e 2010a).

<sup>12</sup> LEMPP e SEALE (2006); RUSCONI e SOLGA (2007); ZOLESI (2010); RISK (2009, 2010, 2011, 2015); RISK e WEGAR (1993); DIVAY (2006); BOULIS e JACOBS (2008); HAFFERTY e CASTELLANI (2009); WILLIAMS, PECENCO e BLAIR-LOY (2013); BAUDELLOT e ESTABLET (1992); MASON e EKMAN (2007); MACHADO (1997 e 1998); SANTOS (2005, 2008, 2009, 2010a); SIQUEIRA e ROCHA (2008); TSOUROUFLI (2015).

Ainda justificando a importância do debate em torno dessa problemática, ao fazer a introdução de um dossiê sobre os desafios que envolvem a feminização de profissões de prestígio no Brasil a pesquisadora Maria Rosa Lombardi ressalta que:

[...] os autores dos artigos deste dossiê entenderam que a feminização é um processo complexo, heterogêneo e ambíguo, não fixo, sujeito a inúmeras influências e a avanços e retrocessos. A feminização numérica, também chamada de feminilização, indica apenas a diminuição da exclusão de um sexo em relação ao outro e não é sinônimo de igualdade, embora não deixe de significar as inegáveis conquistas das mulheres no mundo do trabalho e das profissões. Como todos os trabalhos demonstraram, porém, no processo de feminização de uma profissão outrora masculina, reproduz-se internamente a divisão sexual do trabalho e se reconfiguram as relações de poder, assim como persistem as concepções de gênero que geram discriminações e violências simbólicas e explícitas contra as mulheres, que desvalorizam as profissionais e obstaculizam as suas carreiras (LOMBARDI, 2017a, p. 14).

Ao tratarem sobre as questões de gênero na medicina, Reichenbach e Brown (2004, p. 792) argumentam que a suposta igualdade de gênero em termos de número de homens e mulheres cursando as faculdades de Medicina e ingressando no mundo do trabalho não pode ser entendida como sinônimo de equidade de gênero no campo da medicina. Segundo esses autores, a igualdade só poderá ser atingida quando forem garantidas às mulheres equidade e justiça na estrutura de oportunidades da construção da carreira e na prática da atividade profissional. Corroborando esse pensamento, Mason e Ekman (2007, p. iv) também tratam da “armadilha da igualdade” e da falsa ideia de que a grande inserção das mulheres em um campo profissional, antes predominantemente masculino, seja sinônimo de igualdade. Ao contrário disso, argumentam que, abrir as portas da profissão para as mulheres sem alterar a cultura e a estrutura política das instituições é realimentar a desigualdade e a discriminação de gênero.

Por um lado, as mulheres são hoje a maioria dos novos ingressantes na profissão médica, mas, por outros caminhos, a desigualdade de gênero permanece presente no campo da medicina. As médicas continuam a ser submetidas a posições hierárquicas inferiores por meio de outros tipos de mecanismos de segregação que não o veto explícito, como acontecia no passado (BUDDEBERG-FISCHER e STAMM, 2010; RISKÁ, 2009, 2010 e 2011; ALERS et al, 2014a; TSOUROUFLI, 2015). Nessa mesma linha de raciocínio, Bourdieu (2007a)<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Embora esteja consciente de todo o debate teórico existente em torno da obra “A dominação masculina” de Bourdieu (2007), especialmente aquele empreendido por Corrêa (1999), entendo, a partir das reflexões feitas por outras pesquisadoras que também analisaram a referida obra de Bourdieu (ADKINS e SKEGGS, 2005; CARVALHO, 2011; SETTON e VIANNA, 2014), que a citação a certos fragmentos desse texto é profícua diante do objeto de estudo desta tese.

explica que, no que diz respeito às conquistas femininas na escolarização e no mundo do trabalho, muitas vezes as mudanças visíveis mascaram a permanência de estruturas invisíveis.

Embora o ciclo de reprodução da desigualdade de gênero no campo da medicina seja de natureza complexa e multidimensional, e as barreiras que submetem as mulheres a posições de desvantagem em relação aos homens possam se manifestar em diferentes espaços e sob diferentes configurações, a literatura especializada tem apontado um ponto de convergência para a busca do entendimento dessa questão: é no processo de construção das expectativas quanto à escolha da especialidade (e da carreira a ser seguida no futuro) que esse ciclo tem origem (MACMURRAY et al, 2002; REICHENBACH e BROWN, 2004, DIVAY, 2006; SIQUEIRA e ROCHA, 2008; BUDDEBERG-FISCHER e STAMM, 2010; ALERS et al, 2014a e 2014b; TSOUROUFLI, 2015) e é por meio do sistema educacional, nos termos utilizados por Hafferty e Castellani, (2009), que esse ciclo é realimentado e, possivelmente, possa um dia ser rompido (DIVAY, 2006; RISKÁ, 2009; RISKÁ, AALTONEN e KENTALÁ, 2015; TSOUROUFLI, 2015).

### **O problema de pesquisa**

Essa foi a razão que justificou minha tese de doutorado em Educação ter como problema de pesquisa o atual contexto que envolve a persistência da desigualdade de gênero no campo da medicina no Brasil. Apesar da feminização da profissão médica, a desigualdade de gênero tem sido tradicionalmente realimentada pelo ciclo de reprodução que se manifesta na interdependência entre os diferentes currículos que estruturam o processo de educação médica. Que fatores estariam contribuindo para consolidar (e até naturalizar) as diferenças de gênero com relação à escolha<sup>14</sup> da especialidade médica? Como entender a dinâmica das práticas educativas que levam muitas das mulheres estudantes de medicina a construir aspirações profissionais fortemente influenciadas por estereótipos de gênero? Como são e como se configuram as pedagogias invisíveis vivenciadas no processo de socialização de gênero dos futuros médicos e médicas no interior do sistema de educação médica? Em que espaços e de que forma essa socialização de gênero tem se manifestado nas escolas médicas brasileiras? Essas foram algumas das questões postas como desafio à pesquisa sociológica e resumem o problema que deu origem a esta tese.

---

<sup>14</sup> Com relação ao processo de escolha como um desafio para a investigação sociológica ver Nogueira (2004 e 2010).

## Objetivos

Pensada e organizada em função desse problema de pesquisa, a tese que aqui apresento tem como principal objetivo oferecer uma contribuição para um maior entendimento sobre como as novas fronteiras da desigualdade de gênero têm se manifestado e se reproduzido no âmbito da educação médica no Brasil; mas também, ao mesmo tempo, para um maior entendimento sobre como as barreiras de gênero na medicina têm sido enfrentadas e transpostas por um grupo de mulheres brasileiras. Não tenho a pretensão de oferecer conclusões definitivas para as questões apresentadas, mas espero poder contribuir para um avanço em torno da compreensão de como as práticas educativas vivenciadas durante o processo de formação médica podem contribuir para realimentar a desigualdade de gênero ou, ao contrário, para promover a equidade de gênero na medicina brasileira.

Corroborando a interpretação de outros estudos de abordagem sociológica (DIVAY, 2006; RUSCONI e SOLGA, 2007; HAFFERTY e CASTELLANI, 2009; RISK, 2009, 2010 e 2011; TSOUROUFLI, 2015), parto do pressuposto, de que as barreiras que agem como fatores promotores da desigualdade de gênero na medicina contemporânea não representam mecanismos de segregação isolados de outros mecanismos de segregação que envolvem as relações de poder no campo da medicina, mas, ao contrário disso, fazem parte de uma complexa teia de interdependência profundamente arraigada na cultura médica através, principalmente, de práticas de socialização vivenciadas em todos os estágios do processo de formação, desde o início da graduação até os níveis mais avançados da residência médica. Essa teia de interdependência entre os múltiplos espaços de socialização presentes no processo de formação profissional se configura uma categoria de análise especialmente importante para apreender, ainda que em parte, como são constituídas as novas fronteiras da desigualdade de gênero no campo da medicina.

Partindo dessa linha de interpretação sociológica, esta tese tem como objetivos específicos, apreender, no contexto da educação médica no Brasil, como têm se constituído: (i) as práticas de socialização de gênero presentes nas diferentes etapas do processo de educação médica que, profundamente arraigadas na cultura médica, têm servido para reproduzir e realimentar a desigualdade de gênero na medicina contemporânea; (ii) a rede de interdependência pedagógica entre as diferentes instituições de ensino que interagem no complexo processo de educação médica e, especificamente, no processo de interiorização das disposições de gênero quanto à escolha da especialidade; (iii) o processo de construção e interiorização das disposições de gênero quanto às aspirações profissionais e à escolha da

especialidade; (iv) a trajetória de formação e construção da carreira de algumas cirurgiãs que têm rompido as barreiras da segregação vertical e horizontal na medicina contemporânea.

### **A metodologia da pesquisa**

Segundo Lahire (2002), duas estratégias metodológicas podem ser utilizadas para tratar o objeto de pesquisa que se dedica ao estudo das disposições: o estudo dos casos que tendem a ter uma construção disposicional estatisticamente repetitiva ou o estudo dos casos que se configuram como exceções estatísticas. Desde o início da pesquisa eu queria entender as razões (por trás da escolha) que levam tantas mulheres médicas a se absterem das carreiras cirúrgicas e queria fazer isso não através de um estudo macrossociológico com base na grande maioria das médicas que decidiu não se especializar em cirurgia, mas através do estudo das exceções estatísticas, com base em um estudo microssociológico da trajetória de mulheres que fizeram opção por uma carreira cirúrgica. Direcionei meus esforços de pesquisa para o estudo da trajetória de formação e de construção da carreira profissional de algumas mulheres que ocupavam posições estatisticamente improváveis no campo da medicina. Tratava-se de mulheres que escolheram a cirurgia como carreira profissional. Quatro delas ocupavam posições de chefia em prestigiosas instituições médicas. Cinco delas eram casadas e eram mães. Então, assim como na pesquisa de Emannelle Zolesio<sup>15</sup>, que se dedicou a entender a gênese das variações disposicionais de um grupo de cirurgiãs gastrointestinais na França, fiz opção pelo estudo das exceções estatísticas no que se refere à construção das disposições de gênero quanto à aspiração profissional e à escolha da especialidade médica.

Mas, por que estudar as exceções estatísticas? Por que se dedicar ao estudo da trajetória escolar somente de mulheres? Justificando a escolha pela opção do estudo dos casos atípicos de cirurgiãs gastrointestinais, Zolesio (2010) explica que o estudo das trajetórias das cirurgiãs poderá, também, lançar luz sobre as relações de gênero que estão em disputa no interior do processo de formação médica, tanto na formação primária, nas escolas de Medicina, como na formação em cirurgia, durante a residência médica. No caso da pesquisa de Zolesio, a decisão por estudar cirurgiãs gastrointestinais não somente lhe permitiu explicar

---

<sup>15</sup> Fundamentada em uma abordagem qualitativa do campo teórico da Sociologia da Educação, a pesquisa realizada por Emannelle Zolesio (2010), sob a orientação de Bernar Lahire, reconstruiu a trajetória de escolarização de algumas cirurgiãs gastrointestinais francesas (consideradas exceções estatísticas) para apreender como se deu a construção das disposições quanto ao futuro profissional durante o processo de formação dessas mulheres.

como se deu a incursão improvável de algumas mulheres pelo campo cirúrgico, como lhe permitiu compreender, ainda que em parte, o percurso dessas mulheres em comparação com as outras mulheres que evitaram essa subespecialidade, e ainda, em compreender o percurso dessas mulheres em relação aos homens que optaram pela formação na mesma subespecialidade.

Escolhi estudar as desigualdades de gênero na medicina a partir do estudo da trajetória de formação e de construção da carreira de cirurgiãs e mulheres residentes de cirurgia porque, assim como Santos (2010b), Riska (2010) e Zolesio (2010), entendo que essa é a área da medicina na qual as questões de gênero emergem com maior nitidez. O que teria levado essas mulheres a escolherem a cirurgia como carreira profissional? Como se deu, para elas, o processo de formação em cirurgia? Que obstáculos tiveram que enfrentar e superar durante o processo de formação e, mais tarde, durante a entrada no mundo do trabalho? Para aquelas que são mães, como conciliaram as exigências do campo profissional e a maternidade?

Juntamente com o processo de formação, procurei estudar também o processo de construção da carreira das cirurgiãs porque, assim como Hafferty e Castellani (2009) e Tsouroufli (2015), entendo que a educação médica não se esgota nos currículos formais das escolas médicas, mas se dá também pela aproximação, ainda na faculdade, com o mundo do trabalho, em particular, com os hospitais e clínicas nos quais desenvolverão suas trajetórias profissionais<sup>16</sup>.

A abordagem microssociológica de investigação privilegiada por esta tese fundamentou-se teoricamente nos estudos que buscam entender os determinantes da ação na construção das disposições (BOURDIEU, 1991, 1996a, 1996b; BOURDIEU e PASSERON, 1973; LAHIRE, 2002, 2004). A escolha dessa abordagem teve por objetivo reconstruir e interpretar a trajetória de formação e a pluralidade das lógicas de ação que fizeram com que as residentes e cirurgiãs, sujeitos sociais desta pesquisa, chegassem aonde chegaram em termos de formação profissional.

A concepção de trajetória abordada nesta pesquisa apoiou-se no conceito sociológico empregado por Bourdieu (1996a, p. 72, 81 e 82). Nessa perspectiva, a noção de

---

<sup>16</sup> O fato de as estudantes, ainda nos primeiros anos de formação, poderem observar modelos femininos que ocupam cargos de comando e atuam em especialidades cirúrgicas, tem sido apontado pela literatura especializada como uma importante estratégia de formação para a promoção da equidade de gênero na medicina (BOULIS, JACOBS e VELOSKI, 2001; UIC, 2011; PÖGE, 2011; POPPAS, 2008; SHOLLEN, 2009; CPELAND, 2013; WILLIAMS, PECENCO e BLAIR-LOY, 2013; ALERS, 2014b; GRIGG, ARORA e DIWAN, 2014; TSOUROUFLI, 2015).

trajetória refere-se à série de posições sucessivamente ocupadas por um mesmo agente no espaço social<sup>17</sup> ao longo de sua história biográfica. No entanto, não se trata de descrever uma trajetória biográfica apenas como uma série de acontecimentos sucessivos. Trata-se de perceber os acontecimentos biográficos que dão sentido às trajetórias pessoais como formas de alocações e de deslocamentos dos agentes em um espaço social heterogêneo, contraditório e em constante transformação.

Para Bourdieu (1996a, p. 71), os fluxos e a intensidade da trajetória individual de um agente e da posição que ele ocupa no espaço social só podem ser compreendidos quando analisados em articulação com o conjunto das relações que esse agente vivencia com os demais agentes envolvidos no mesmo espaço de possíveis de um determinado campo em uma conjuntura e em um momento histórico específicos. Logo, o sentido das posições sucessivas (muitas vezes, concomitantes e contraditórias) que o agente percorre ao longo de sua trajetória são constituídos e definidos a partir da relação que esse agente singular estabelece com os demais agentes envolvidos nos diferentes campos nos quais interage ao longo de sua existência.

Assim como em outras pesquisas de trajetória realizadas no campo da Sociologia da Educação<sup>18</sup>, na tese que aqui apresento, a definição sociológica do termo trajetória é direcionada não somente para o campo educacional e entendida como o percurso biográfico da escolaridade dos sujeitos pesquisados, como também, para as influências recebidas por esses sujeitos no decorrer de toda a vida quando em interação com outros sujeitos de suas redes de interdependência. A trajetória diz respeito ao percurso, mas também diz respeito às influências que os sujeitos recebem no decorrer da vida e às estratégias que utilizam em face das incertezas desse trajeto. Nunca é um trajeto em linha reta e definido por um sujeito o tempo todo prevenido e calculista (BOURDIEU, 1996; LAHIRE, 2002 e 2004).

Na perspectiva sociológica dos estudos sobre trajetórias escolares, essa investigação tem por objetivo entender como se deu o percurso de escolarização dos sujeitos desde os primeiros anos de escolarização até os mais altos níveis da hierarquia do sistema escolar. Além de tentar entender “como” se deu a trajetória escolar desses sujeitos, busca-se entender também o “porquê” sociológico dos resultados alcançados.

---

<sup>17</sup> O espaço social é definido por Bourdieu (1996a, p. 50 a 52), como um campo de poder, por tratar-se de um espaço de relações de forças e de relações de lutas entre os agentes pela disputa e a apropriação dos mais diferentes tipos de capital que estão em jogo no interior dos campos mais específicos. Ao apresentar a noção de espaço social, Bourdieu apreende a realidade social como multidimensional e relacional (NOGUEIRA e NOGUEIRA, 2006, p. 48).

<sup>18</sup> Dentre outras, as pesquisas realizadas por: Lahire (1997 e 2004), Nogueira (2000 e 2002), Zolesio (2010), Romanelli (2000), Lacerda (2006), Portes (1998; 2001).

Além do embasamento teórico-metodológico do campo da Sociologia da Educação, adotando o desafio teórico proposto por especialistas dos estudos de gênero (SCOTT, 1995; CONNELL e MESSERSCHMIDT, 2013), busquei também, analisar os processos de construção dos significados e símbolos de diferenciação sexual presentes no processo de educação médica, enfatizando não somente as relações de socialização estabelecidas entre os homens e as mulheres, mas também, entre as diferentes manifestações de masculinidade e feminilidade presentes na diversidade dos grupos que compõem o universo dos homens e das mulheres. “O gênero é sempre relacional, e os padrões de masculinidade são socialmente definidos em oposição a algum modelo (real ou imaginário) da feminilidade” (CONNELL e MESSERSCHMIDT, 2013, p. 265).

Ao interpretar o significado que Scott (1995) apresenta sobre o conceito de gênero, Carvalho (2011, p.104) explica que

[...] o gênero não é um conceito que descreva as relações entre homens e mulheres, mas uma categoria teórica referida a um conjunto de significados e símbolos construídos sobre a base da percepção da diferença sexual, significados estes que são utilizados na compreensão de todo o universo observado, incluindo as relações sociais e, mais particularmente, as relações entre homens e mulheres.

As técnicas de coleta de dados

O estudo que realizei inspirou-se, inicialmente, na pesquisa etnográfica realizada por Howard Becker em conjunto com outros pesquisadores durante a década 1950 com um grupo de estudantes de medicina da universidade do Kansas nos Estados Unidos (BECKER et al, 2005). O objetivo dos sociólogos com essa pesquisa era observar e analisar as experiências e ações dos estudantes de medicina em interação com seus professores. Pretendiam analisar não somente as formas coletivas de ação social, como também, os efeitos dessa socialização sobre a formação dos estudantes. Queriam ainda, analisar a escola médica como instituição formadora de profissionais médicos e entender como se dava o processo de aprendizagem das habilidades e competências desses profissionais. O principal método de investigação da pesquisa foi a observação participante e os pesquisadores observaram diferentes grupos de estudantes em diferentes situações de aprendizagem como nas salas de aula, nas reuniões de discussão de casos, nos laboratórios, nos ambulatórios e nos momentos de refeição. A presença dos pesquisadores era conhecida dos sujeitos envolvidos e eles acompanharam diferentes grupos de estudantes em diferentes espaços de formação por períodos que variaram de duas semanas a dois meses durante dois anos. Além da observação participante também

foram realizadas entrevistas (estruturadas ou casuais). Embora o foco de análise e a abordagem interpretativa que utilizei em minha pesquisa não tenha seguido a mesma utilizada por Becker e sua equipe, fiz uso das mesmas técnicas de coleta de dados: a observação de caráter etnográfico e a entrevista<sup>19</sup>.

### *Entrevistas*

A reconstrução da trajetória escolar dos sujeitos, empreitada nunca simples, pressupõe a ideia de que os destinos e os resultados escolares se encontram relacionalmente e dialeticamente vinculados a uma hereditariedade social e cultural (a um trabalho histórico empreendido por sucessivas gerações e a um passado incorporado), mas também, ao mesmo tempo, ao contexto e à conjuntura de um campo específico no tempo presente (BOURDIEU, 1996a; LAHIRE, 2002 e 2004). Daí a justificativa teórica para o uso da entrevista de caráter biográfico como instrumento de coleta de dados da pesquisa de trajetória que realizei. Segundo Lahire (2004, p. 39):

Existem essencialmente duas razões para essa escolha biográfica: por um lado, a vontade de captar as variações intra-individuais, e, por outro, na medida do possível, a tentativa de abordar a questão da gênese das disposições que fazem parte do patrimônio individual atual. O retorno ao passado incorporado, muitas vezes permite compreender melhor as variações dos contextos atuais por solicitarem antigas experiências incorporadas.

Fundamentando-se teoricamente nessa relação dialética entre o retorno ao passado incorporado das gerações dos ancestrais e a pluralidade dos universos de socialização nos quais os sujeitos interagem ao logo de sua existência, nas pesquisas de trajetória as entrevistas biográficas são esboçadas de forma a seguirem uma linha condutora semiestruturada. As entrevistas que realizei foram conduzidas de forma “informal”, como uma conversa sobre a história pessoal das cirurgiãs, mas foram, ao mesmo tempo, trabalhadas a partir de grades temáticas<sup>20</sup> previamente estruturadas. No momento da entrevista não utilizei perguntas previamente formuladas. Deixei a conversa fluir de maneira (aparentemente) espontânea e fui conduzindo as perguntas de forma a contemplar toda a grade de entrevistas que eu havia programado.

---

<sup>19</sup> Os dados coletados por meio das entrevistas e das observações feitas em campo pela pesquisadora foram tratados de forma a preservar a identidade dos sujeitos da pesquisa, dos sujeitos com os quais interagiram e das instituições às quais estão vinculados. Dessa forma, os nomes dos(as) entrevistados(as) mencionados na tese são fictícios.

<sup>20</sup> As grades temáticas que serviram de base para as entrevistas que realizei foram geradas a partir dos estudos de Pierre Bourdieu (1979, 1996a, 2007b) e Bernard Lahire (1997, 2004). O roteiro de entrevista pode ser visualizado no Apêndice C (p.377).

Entre os anos de 2013 e 2014 realizei vinte e quatro entrevistas de trajetória de caráter biográfico<sup>21</sup> com residentes e cirurgiãs em diferentes níveis de formação e em diferentes níveis de inserção na hierarquia profissional, algumas das quais ocupavam, na época, cargos de chefia e docência em importantes instituições médicas brasileiras. Também realizei entrevistas de trajetória com uma ex-residente de cirurgia, uma médica psiquiatra e três estudantes de medicina. No total foram realizadas 29 entrevistas de trajetória. Além dessas entrevistas mais específicas, ao longo da pesquisa de campo também realizei entrevistas e estabeleci conversas informais com diferentes profissionais que interagem diretamente com as residentes e docentes que acompanhei durante a pesquisa de caráter etnográfico, dentre os quais, cirurgiões assistentes, cirurgiões docentes de cirurgia, estudantes de medicina, enfermeiros (as), dentre outros.

#### *Observação inspirada pela etnografia*

Além das entrevistas também tive a oportunidade de observar diferentes momentos e espaços do processo de formação na residência em cirúrgica, como reuniões do corpo docente e discente, visitas aos pacientes internados na enfermaria, conversas informais entre docentes, residentes e estudantes de medicina, discussão de casos, atendimento ambulatorial e cirurgias.

A coleta dos dados referente à observação de caráter etnográfico aconteceu em três hospitais localizados em diferentes municípios do estado de São Paulo. A seguir faço uma rápida descrição dessas instituições.

A primeira instituição é um hospital público (100% SUS) localizado em um município com aproximadamente 300.000 habitantes. O hospital atende casos de uma microrregião com mais de 1 milhão de habitantes e faz aproximadamente 1 500 internações por mês. Por ser um hospital de referência, recebe também pacientes de outros estados. Oferece atendimento a nível secundário<sup>22</sup> e terciário em 37 subespecialidades médicas e conta com UTI Neonatal, UTI pediátrica e UTI adulto, além de um complexo cirúrgico com mais de 1 800m<sup>2</sup>. Trata-se de um hospital público classificado nos níveis 2 e 3 de Certificação de

---

<sup>21</sup> O Anexo J contém uma dessas entrevistas na íntegra (p.396).

<sup>22</sup> O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é organizado em redes regionalizadas em níveis de atenção à saúde que são hierarquizados em atendimentos de baixa, média e alta complexidade. O atendimento primário compreende os serviços de menor complexidade e maior frequência e volume de casos. São os atendimentos que são feitos em postos de saúde e funcionam como a porta de entrada para o sistema. Conforme aumenta a complexidade do problema de saúde do paciente este é encaminhado para unidades referenciadas de maior complexidade. O nível quaternário é aquele que atende os casos mais complexos e que demandam maiores habilidades cirúrgicas e sofisticados métodos e equipamentos, como os diversos tipos de transplantes.

Acreditação Hospitalar, uma classificação que o coloca entre os 10 melhores hospitais do Brasil no quesito assistência. O programa de residência específico do hospital conta com 40 vagas distribuídas em nove especialidades.

A segunda instituição é um hospital de clínicas de grande porte (100% SUS) vinculado a uma universidade pública. Trata-se de um hospital que oferece atendimento a nível terciário e quaternário em 44 especialidades médicas (que se subdividem em 580 subespecialidades) para uma região que conta com mais de 6 milhões de habitantes. Por ser um hospital de referência nacional, recebe também pacientes de outros estados. O hospital tem como prioridade o atendimento de casos de alta complexidade clínica e cirúrgica. São realizados, em média, mais de 1.000 atendimentos ambulatoriais e 40 cirurgias por dia. Realiza transplantes de fígado, rins, coração, medula óssea e pâncreas. O hospital conta com mais de 600 médicos, dos quais mais da metade compõem o quadro docente da Faculdade de Medicina. Por tratar-se de um hospital-escola, além dos médicos, aproximadamente 220 estudantes participam do atendimento aos pacientes nos estágios de internato (5º e 6º ano de medicina) e 600 médicos nos estágios de residência.

A terceira instituição é um complexo hospitalar público (100% SUS) considerado um dos maiores centros de pesquisa e tratamento cardiológico do país e da América Latina. Localiza-se em um importante centro econômico do estado de São Paulo e atende pacientes procedentes de todo o estado e até mesmo de outros estados do país. O complexo hospitalar possui 60.000m<sup>2</sup> de área construída e tem capacidade para 453 leitos. Todos os dias são realizadas mais de 20 cirurgias em 12 salas equipadas com o que há de mais moderno em aparelhos cirúrgicos. O programa de residência conta com 32 vagas para residência em Cirurgia Cardiovascular e recebe residentes oriundos de diferentes estados do Brasil e de outros países.

#### *Análise documental: relatório da CPI das Universidades*

Durante a maior parte da pesquisa a análise documental não foi uma técnica de coleta de dados sequer cogitada, no entanto, já na etapa final da pesquisa, ao confrontar os dados gerados pelas entrevistas com o documento gerado pelo relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) instaurada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo para "investigar as violações dos direitos humanos e demais ilegalidades ocorridas no âmbito das Universidades do Estado de São Paulo ocorridas nos chamados 'trotos', festas e no

seu cotidiano acadêmico"<sup>23</sup> (SÃO PAULO, 2015), entendi que a análise desse documento seria de extrema importância para a construção dos argumentos desta tese.

### As mulheres que se colocaram como sujeitos de pesquisa

As vinte e nove mulheres que compartilharam comigo suas trajetórias pessoais (algumas das quais se deixaram observar durante o processo de formação cirúrgica ou durante o cotidiano de suas rotinas de trabalho como cirurgiãs) compreenderam um grupo bastante diversificado em função, dentre outros aspectos, da faixa etária, da fase de formação ou da fase da carreira em que se encontravam, da especialidade escolhida para a residência, da faculdade onde cursaram Medicina e da instituição na qual fizeram a especialização.

Com o objetivo de fazer uma apresentação geral das mulheres que foram os sujeitos de estudo da pesquisa realizada apresento, a seguir, um quadro resumo explicativo.

**Quadro 1- Dados Gerais das estudantes, médicas, residentes e cirurgiãs entrevistadas**

Pseudônimo Idade Estado civil Filhos (ou não) Especialidade	Profissão/ocupação Tempo de carreira	Local onde exerce a profissão	Instituição em que cursou a universidade	Instituição em que fez a especialização
Alice 32 anos Solteira (Não tem filhos) Coloproctologia	Cirurgiã Coloproctologista  5 anos de profissão	Hospital da rede pública  Universidade Pública estadual  Consultório particular	Universidade Pública Estadual localizada no estado de São Paulo	Hospital de Clínicas de uma Universidade pública localizada no estado de São Paulo
Aline 27 anos Solteira (Não tem filhos) Gastrocirurgia	Médica Residente (R3) em Gastrocirurgia	Universidade Pública estadual	Universidade Pública Estadual localizada no estado de São Paulo	Hospital de Clínicas de uma Universidade pública localizada no estado de São Paulo
Bianca 29 anos Casada (Não tem filhos)  Ex residente de Cirurgia Geral  Ultrassonografia	Médica Ultrassonografista  Residente de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (R3) ex-residente de Cirurgia Geral	Clínica Privada de Ultrassonografia	Universidade Pública Estadual localizada no estado de São Paulo	Hospital de Clínicas de uma Universidade pública localizada no estado de São Paulo

<sup>23</sup> Como é tratada no próprio relatório, a fim de diminuir a extensão do nome da Comissão, tratarei dessa CPI ao longo da tese como CPI das Universidades.

Pseudônimo Idade Estado civil Filhos (ou não) Especialidade	Profissão/ocupação Tempo de carreira	Local onde exerce a profissão	Instituição em que cursou a universidade	Instituição em que fez a especialização
Denise 32 anos Solteira (Não tem filhos) Coloproctologia	Cirurgiã Coloproctologista 3 anos de profissão	Hospital da rede pública  Universidade Pública estadual  Consultório particular	Faculdade da Rede privada localizada no estado de São Paulo	Hospital de Clínicas de uma Universidade pública localizada no estado de São Paulo
Elenice 37 anos Solteira (Não tem filhos) Gastrocirurgia	Gastrocirurgiã Docente 10 anos de profissão	Hospital da rede pública  Universidade Pública estadual  Consultório particular	Universidade Pública Estadual localizada no estado de São Paulo	Hospital de Clínicas de uma Universidade pública localizada no estado de São Paulo
Ilary 31 anos Solteira (Não tem filhos) Gastrocirurgia	Gastrocirurgiã recém-formada  Residente (R5) de endoscopia e colonoscopia	Hospital da rede pública  Universidade Pública estadual  Consultório particular	Universidade Pública Estadual localizada no estado de São Paulo	Hospital de Clínicas de uma Universidade pública localizada no estado de São Paulo
Isabel 60 anos Casada (Quatro filhos) Gastrocirurgia	Gastrocirurgiã 27 anos de profissão  Livre-Docente  Chefe de departamento da Faculdade de Medicina	Universidade Pública estadual  Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina	Universidade Pública Estadual localizada no estado de São Paulo	Hospital de Clínicas de uma Universidade pública localizada no estado de São Paulo
Jéssica 28 anos Solteira (Não tem filhos) Cirurgia Cardiovascular	Médica Residente (R2) de Cirurgia Cardiovascular	Hospital da rede pública no Brasil	Universidade pública Federal localizada na Venezuela	Hospital da rede pública especializado em cardiologia localizado no estado de São Paulo
Joyce 29 anos Solteira (Não tem filhos) Coloproctologia	Médica Residente (R3) de Coloproctologia	Universidade Pública estadual	Universidade Pública Estadual localizada no estado de São Paulo	Hospital de Clínicas de uma Universidade pública localizada no estado de São Paulo
Kátia 32 anos Solteira (Não tem filhos) Cirurgia torácica	Cirurgiã Torácica 3 anos de profissão	Hospital da rede pública  Universidade Pública estadual  SAMU  Consultório particular	Universidade Pública Estadual localizada no estado de São Paulo	Hospital de Clínicas de uma Universidade pública localizada no estado de São Paulo
Kelly 30 anos Solteira (Não tem filhos) Gastrocirurgia	Gastrocirurgiã Recém egressa da residência	Hospital da rede pública  Universidade Pública estadual  Consultório particular	Universidade da Rede privada localizada no estado de São Paulo	Hospital de Clínicas de uma Universidade pública localizada no estado de São Paulo

Pseudônimo Idade Estado civil Filhos (ou não) Especialidade	Profissão/ocupação Tempo de carreira	Local onde exerce a profissão	Instituição em que cursou a universidade	Instituição em que fez a especialização
Lúcia 51 anos Solteira (Não tem filhos) Gastrocirurgia	Gastrocirurgiã Docente  20 anos de profissão	Hospital da rede pública  Universidade Pública estadual  Consultório particular	Universidade Pública Estadual localizada no estado de São Paulo	Hospital de Clínicas de uma Universidade pública localizado no estado de São Paulo
Ludmila 44 anos Casada Cirurgia (Um filho) Cardiovascular	Cirurgiã cardiovascular  16 anos de profissão  Docente  Chefe de departamento em faculdade de Medicina	Universidade Pública estadual  Hospital da rede privada  Consultório particular	Universidade pública Federal localizada no estado de Minas Gerais	Hospital da Rede privada localizado no estado de São Paulo
Marcela 47 anos União estável (Dois filhos) Cirurgia Cardiovascular	Cirurgiã cardiovascular  20 anos de profissão  Docente  Chefe da residência	Hospital da rede pública  Hospital da rede privada  Universidade Pública Federal	Universidade Pública Estadual localizada no estado do Pará	Hospital da Rede Privada especializado em cardiologia localizado no estado de São Paulo
Mirela 28 anos Solteira (Não tem filhos) Cirurgia Geral	Médica  Residente (R2) de Cirurgia Geral	Universidade Pública estadual	Universidade Pública Estadual localizada no estado de São Paulo	Hospital de Clínicas de uma Universidade pública localizada no estado de São Paulo (em curso)
Mônica 27 anos Solteira (Não tem filhos) Cirurgia Geral	Médica  Residente (R2) de Cirurgia Geral	Universidade Pública estadual	Universidade Pública Estadual localizada no estado de São Paulo	Hospital de Clínicas de uma Universidade pública localizada no estado de São Paulo (em curso)
Nayara 30 anos Solteira (Não tem filhos) Psiquiatra	Médica Psiquiatra  1 ano de profissão	Consultório Particular	Universidade Pública Estadual localizada no estado de São Paulo	Hospital de Clínicas de uma Universidade pública localizada no estado de São Paulo
Núbia 30 anos Casada (Não tem filhos) Coloproctologia	Cirurgiã Coloproctologista  4 anos de profissão	Hospitais da rede pública em dois municípios do interior paulista Consultório particular	Faculdade da Rede privada localizada no estado de São Paulo	Hospital de Clínicas de uma Universidade pública localizada no estado de São Paulo
Patrícia 29 anos Solteira (Não tem filhos) Cirurgia Cardiovascular	Médica  Residente (R3) de Cirurgia Cardiovascular	Equipe de renomado cirurgião cardíaco em Hospital da Rede Privada	Universidade Pública Estadual localizada no estado de São Paulo	Hospital da Rede Privada localizado no estado de São Paulo
Paula 35 anos Solteira (Não tem filhos) Coloproctologia	Cirurgiã Coloproctologista  5 anos de profissão	Hospitais das redes pública e privada  Universidade Pública estadual  Consultório particular	Universidade Pública Estadual localizada no estado de São Paulo	Hospital de Clínicas de uma Universidade pública localizada no estado de São Paulo

Pseudônimo Idade Estado civil Filhos (ou não) Especialidade	Profissão/ocupação Tempo de carreira	Local onde exerce a profissão	Instituição em que cursou a universidade	Instituição em que fez a especialização
Pietra 37 anos Casada (Dois filhos) Cirurgia pediátrica	Cirurgiã Pediátrica 9 anos de profissão	Hospitais das redes pública e privada  Universidade Pública estadual  Consultório particular	Faculdade da Rede privada localizada no estado de São Paulo	Hospital de Clínicas de uma Universidade pública localizada no estado de São Paulo
Raíssa 36 anos Solteira (Não tem filhos) Cirurgia Cardiovascular	Cirurgiã Cardiovascular 6 anos de profissão	Hospital da rede pública e hospital da rede privada	Universidade Pública Estadual localizada no estado de São Paulo	Hospital da Rede Privada especializado em cardiologia localizado no estado de São Paulo
Sara 33 anos Solteira (Não tem filhos) Cirurgia Cardiovascular	Cirurgiã cardiovascular  Residente (R5) de Cirurgia Cardiovascular	Hospital da rede pública	Universidade da Rede privada localizada na Colômbia	Hospital da rede pública especializado em cardiologia localizado no estado de São Paulo
Suelen 29 anos Casada (Não tem filhos) -----	Médica generalista recém-formada	Unidade de Saúde da Família  SAMU	Universidade Pública Federa localizada no estado da Bahia	-----
Stela 20 anos Solteira (Não tem filhos) -----	Estudante  3º ano da faculdade de Medicina	----	Universidade Pública Estadual localizada no estado de São Paulo	-----
Tamara 22 anos 27 anos Solteira (Não tem filhos) -----	Estudante 2º ano da faculdade de Medicina (1ª entrevista)  Médica recém-formada (2ª entrevista)	----	Universidade Pública Estadual localizada no estado de São Paulo	-----
Teresa 28 anos Casada (Um filho) Cirurgia Geral	Médica  Residente (R2) de Cirurgia Geral	Universidade Pública estadual	Faculdade da Rede privada localizada no estado do Espírito Santo	Hospital de Clínicas de uma Universidade pública localizada no estado de São Paulo
Vânia 61 anos Divorciada (Não tem filhos) Cirurgia Cardiovascular	Cirurgiã Cardiovascular  36 anos de profissão	Hospital público estadual  Hospital da rede privada  Consultório particular	Universidade da Rede privada localizada no estado de São Paulo	Hospital da rede pública localizado no estado de São Paulo
Vívian 30 anos Casada (Não tem filhos) Cirurgia Cardiovascular	Médica  Residente (R2) de Cirurgia Cardiovascular	Hospital da rede pública no Brasil	Universidade pública Federal localizada na Venezuela	Hospital da pública especializado em cardiologia localizado no estado de São Paulo

Fonte: entrevistas realizadas pela pesquisadora

Legenda:  Entrevistadas de origem estrangeira  Entrevistadas que não fizeram residência em Cirurgia

Quanto à geração, à faixa etária e à fase da carreira em que se encontravam, as mulheres que entrevistei podem ser divididas em quatro segmentos: (i) aquelas que se encontravam na faixa etária entre 50-60 anos e na fase final da carreira; (ii) aquelas que se encontravam na faixa etária entre 40-50 anos e em uma fase bem consolidada da carreira; (iii) aquelas que se encontravam na faixa etária entre 30-40 anos e na fase inicial da carreira; aquelas que se encontravam na faixa etária entre 20-30 anos e ainda em processo de formação no curso de Medicina ou na residência em cirurgia.

Quanto ao estado civil e à maternidade, oito, dentre as vinte e nove mulheres entrevistadas eram casadas e, dessas, cinco tinham filhos. Uma era divorciada e não tinha filhos e outra vivia em regime de união estável há muitos anos com o pai de seus filhos. As dezoito restantes eram solteiras e não tinham filhos.

Quanto ao estado/país de origem, vinte e uma dentre as mulheres entrevistadas eram brasileiras e haviam nascido e residido em diferentes municípios do estado de São Paulo. Dentre as demais entrevistadas brasileiras uma era originária do Rio Grande do Norte, uma de Minas Gerais, uma do Rio de Janeiro, uma do Espírito Santo e uma da Bahia. Três das entrevistadas nasceram, viveram e fizeram a faculdade de Medicina em outros países da América do Sul, sendo duas venezuelanas e uma colombiana. A maior parte das mulheres entrevistadas (22 delas) fez faculdade em diferentes instituições públicas e privadas localizadas no estado de São Paulo. As demais, fizeram faculdade em outros estados brasileiros (Minas Gerais, Espírito Santo, Bahia e Pará).

Quanto à fase de formação, à fase da carreira em que se encontravam e à especialidade escolhida para a residência, duas estavam ainda em processo de formação na faculdade de Medicina. Mais tarde, voltei a entrevistar uma dessas estudantes e, nessa segunda entrevista ela era recém-formada e atuava como médica generalista, mas pretendia fazer residência em Ginecologia e Obstetrícia. Outra médica recém-formada atuava como generalista e pretendia trabalhar alguns anos em Postos de Saúde da Família antes de se especializar em Medicina da Família. Dentre as entrevistadas já formadas na faculdade, mas ainda em formação na especialidade, nove faziam residência em cirurgia (em especialidades como Cirurgia Geral, Gastrocirurgia, Coloproctologia e Cirurgia Cardiovascular), uma fazia residência em Radiologia e Diagnóstico por Imagem e outra já era formada em gastrocirurgia, mas estava fazendo um complemento em endoscopia e colonoscopia. Dentre as entrevistadas que já haviam concluído a residência e já atuavam profissionalmente em suas especialidades de formação, sete delas se encontravam em início de carreira (em especialidades como Gastrocirurgia, Coloproctologia, Cirurgia Torácica, Cirurgia Cardiovascular e Psiquiatria) e

três delas já tinham mais de cinco anos de profissão (em especialidades como Gastrocirurgia, Cirurgia Pediátrica e Coloproctologia). Dentre as entrevistadas com maior experiência profissional, três eram cirurgiãs docentes com mais de quinze anos de experiência (em especialidades como Cirurgia Cardiovascular e Coloproctologia) e duas eram cirurgiãs docentes que se encontravam na fase final da carreira, sendo uma gastrocirurgiã e outra cirurgiã cardiovascular (ambas na faixa de idade dos 60 anos).

### **Os caminhos trilhados na pesquisa: uma descrição metodológica necessária**

Esta tese é fruto de uma aprofundada pesquisa que demorou seis anos e meio para ser concluída (2011-2017)<sup>24</sup>. Assim como também ocorreu na pesquisa de Becker e seus colaboradores (BECKER et al, 2005) e nos estudos de Elias (2000) sobre *os estabelecidos e os outsiders*, o enfoque privilegiado na análise e na interpretação da tese, assim como a forma como está organizada não foi aquele pensado originalmente, no início dos trabalhos de pesquisa. Ao iniciar a pesquisa eu pensava em fazer a análise e a escrita do texto no mesmo estilo como havia feito minha dissertação de mestrado (ÁVILA, 2010), ou seja, abrangendo as etapas e nuances das trajetórias das estudantes entrevistadas, contemplando desde as matrizes de socialização primária como a escolarização básica, a família e outras configurações das redes de interdependência, até os níveis mais avançados do processo de formação médica na faculdade de Medicina e na residência em cirurgia. No entanto, ao longo dos anos de estudo, conforme novos elementos foram sendo incorporados, novas hipóteses e novas interpretações foram sendo construídas. A dissertação de mestrado havia se baseado fortemente em entrevistas. No caso da pesquisa de doutorado, para além das entrevistas com estudantes de medicina e mulheres cirurgiãs em diferentes etapas da carreira, eu contava com longas observações de tipo etnográfico das interações que aprendizes médicos estabeleciam com seus colegas e professores no quadro das experiências de estágio e residência, onde se desenvolve a dimensão mais prática da formação. Além disso, pude contar com depoimentos de estudantes e professores de faculdades de Medicina de diferentes escolas médicas do estado de São Paulo disponibilizados por ocasião da CPI<sup>25</sup>.

---

<sup>24</sup> A demora na conclusão da pesquisa se deu tanto pela complexidade do problema de pesquisa quanto pela necessidade de conciliar o doutorado com o trabalho de orientadora educacional em uma escola de Educação Básica.

<sup>25</sup> Diferentemente das referências que faço às entrevistas e observações que realizei, cujo anonimato precisou ser mantido para preservar as instituições e os sujeitos envolvidos, as citações feitas a partir dos depoimentos

Como já sublinharam autores de diferentes envergaduras, dentre os quais Marc Bloch (2011), a necessidade de explicitar as condições sociais de produção do conhecimento é uma marca distintiva de toda ciência social. Nessa perspectiva, importa considerar a relação estabelecida com os indivíduos entrevistados, as condições nas quais as observações puderam ser feitas e como foram registradas e, por fim, embora não menos importante, importa realizar uma crítica dos documentos. Com esse objetivo, relato e discuto nos itens seguintes minha aproximação ao espaço de pesquisa – onde realizei entrevistas e desenvolvi observações de inspiração etnográfica – e o modo como se deu a incorporação dos documentos da CPI.

### *Explorando o campo*

Na fase inicial do doutorado minha orientadora e eu já sabíamos que a temática principal da pesquisa seria a construção das disposições de gênero quanto à escolha da cirurgia como especialidade médica no enfoque dos estudos da Sociologia das exceções. Já sabíamos que eu iria entrevistar mulheres residentes de cirurgia e cirurgiãs e que tentaríamos fazer, também, observações de caráter etnográfico do processo de formação cirúrgica dessas mulheres durante a residência. Mas algo me preocupava: eu não tinha nem ideia de como conseguiria ter acesso às residentes de cirurgia e cirurgiãs e, muito menos, como teria acesso ao espaço de formação para observar os processos de interação e as práticas pedagógicas.

De meados de 2011 a meados de 2013, ao mesmo tempo em que cursava as disciplinas do programa de doutorado em três diferentes universidades, também aproveitei para começar a fazer incursões esporádicas por alguns espaços públicos das faculdades de Medicina dessas universidades como uma forma de captar informações sobre a rotina dos estudantes de medicina. Os estudos no campo da Educação Médica eram novos para mim e essas primeiras observações tiveram um caráter bastante exploratório. Meu objetivo era tentar estabelecer contato com estudantes de medicina para, através de conversas informais conhecer um pouco sobre a rotina deles(as) na faculdade e, quem sabe, conseguir uma futura entrevista de caráter exploratório com alguma estudante.

Nos dias em que me era possível, no intervalo entre as aulas, me dirigia para a cantina da Faculdade de Medicina e ficava ali observando o movimento dos estudantes (muito mais mulheres do que homens circulavam nesses espaços). Em uma dessas ocasiões consegui

---

prestados à CPI das Universidades contém os nomes dos docentes, dos estudantes e das instituições às quais fazem parte e sobre as quais tecem críticas.

estabelecer contato com uma estudante. Desde o início de nossa conversa Tamara foi muito receptiva e me contou um pouco sobre sua rotina. No final da conversa eu perguntei se ela poderia se encontrar comigo um outro dia para me contar mais detalhes sobre sua rotina. Ela respondeu que sim e me passou seu contato. Algumas semanas depois, nos encontramos novamente para almoçarmos juntas e conversarmos mais sobre a Faculdade de Medicina. Nesse dia Stela, uma amiga de Tamara, também almoçou conosco e quando viu que eu convidei Tamara para fazer uma entrevista de trajetória ela também se ofereceu para uma entrevista. Demorou ainda algum tempo para marcarmos as entrevistas e essas foram as primeiras entrevistas de trajetória que fiz no doutorado.

Tanto na entrevista com Tamara como na entrevista com Stela (assim como nas entrevistas com as demais mulheres que se colocaram como sujeitos de pesquisa), pedi a elas que descrevessem como foi o primeiro dia e a primeira semana de aula na Faculdade de Medicina. Perguntei como tinha sido a emoção desses primeiros dias na faculdade. As entrevistas que fiz com Tamara e Stela não aconteceram no mesmo dia e uma não esteve presente na entrevista da outra, mas os relatos de ambas foram muito semelhantes diante dessa pergunta. Elas ingressaram na faculdade no mesmo ano e passaram por experiências muito semelhantes.

Os relatos dessas estudantes me pegaram de surpresa porque, ao mesmo tempo que tinham lembranças alegres por terem sido aprovadas no vestibular de Medicina em uma universidade pública de grande prestígio, também tinham lembranças que lhes causavam tristeza e repulsa. Ambas me relataram minuciosamente uma série de situações que envolviam agressões e ameaças sofridas por elas e por seus colegas ingressantes, praticadas por estudantes veteranos e até por médicos residentes. Dentre outras coisas, Stela me contou como a submissão (ou não) aos trotes e à hierarquia da lógica de obediência aos veteranos poderiam se converter em benefícios (ou prejuízos) acadêmicos a partir dos laços de amizade estabelecidos nos trotes que aconteciam nas festas e nas competições esportivas; e Tamara me contou como essa lógica de obediência aos veteranos se estruturava a partir da organização da hierarquia da Atlética de sua faculdade de Medicina e como essa mesma hierarquia se reproduzia nos espaços formais de aprendizagem.

Fiquei muito impressionada com tudo o que Tamara e Stela me contaram, mas na época, não imaginei que esses relatos poderiam ter alguma relação com meu objeto de pesquisa. Essas entrevistas ficaram “esquecidas” e guardadas por mais de dois anos.

### *O contato com a primeira cirurgiã*

No final de 2012, em um de meus momentos de “folga”, enquanto estava de férias do trabalho e das aulas do doutorado, recorri à Internet para fazer uma busca sobre mulheres cirurgiãs e descobri o *site* da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (SBCCV). Me chamou a atenção nesse *site* um evento que havia acontecido em São Paulo: o Encontro Nacional das Mulheres Cirurgiãs Cardiovasculares. Dentre as palestras anunciadas no evento, uma me chamou especial atenção: “Como atrair e manter mulheres na Cirurgia Cardiovascular”. Na mesma hora percebi que precisaria tentar entrar em contato com as cirurgiãs que fizeram parte daquele evento. Pesquisei mais um pouco e através do *site* da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) obtive os contatos (e-mails) de cirurgiãs cardiovasculares de todas as regiões do país. Resolvi enviar um e-mail para as cirurgiãs da Região Sudeste cujos nomes constavam também na SBCCV. Nesse e-mail expliquei sobre minha pesquisa, enviei em anexo alguns artigos acadêmicos que discutiam a problemática e solicitei uma entrevista. A primeira a entrar em contato comigo foi a Dra. Marcela, cirurgiã cardiovascular, chefe da residência em cirurgia cardiovascular em dois grandes hospitais (um público e um privado) localizados em uma grande cidade do estado de São Paulo. Através de Marcela pude estabelecer contato com outras cirurgiãs cardiovasculares que, por sua vez, me apresentaram às residentes e cirurgiãs assistentes que trabalhavam diretamente com elas<sup>26</sup>.

Nesse ínterim, o projeto que inicialmente estava em estágio embrionário, agora já tomava forma. No início de 2013 eu já havia delimitado que iria estudar a trajetória e o processo de formação de mulheres residentes de cirurgia e cirurgiãs para tentar entender como se deu a trajetória atípica dessas mulheres.

Para fazer as entrevistas e ter acesso aos hospitais e espaços de formação das cirurgiãs precisaria submeter o projeto ao Comitê de Ética das instituições onde iria fazer a pesquisa de campo. As portas começaram a se abrir através da influência da Dra. Marcela. Preparei o projeto para o Comitê de Ética, consegui as autorizações dos chefes de departamento de cirurgia de três hospitais e submeti o projeto à Plataforma Brasil<sup>27</sup>. Esse processo demorou mais de seis meses. Em julho de 2013 o projeto havia sido aprovado, mas eu só consegui me inserir em campo em outubro. Essa demora para começar a fazer as

---

<sup>26</sup> Como já observado por pesquisadores que se dedicaram a investigar e entrevistar sujeitos pertencentes às elites culturais ou econômicas, ou ainda, sujeitos pertencentes a determinados estratos das camadas médias, a tarefa de identificar e ter acesso a esses sujeitos de pesquisa não é simples. Na maior parte dos casos será necessário recorrer à indicação e à apresentação de alguém que seja do grupo de confiança do sujeito que se quer entrevistar (ROMANELLI, 1986; NOGUEIRA, 2002; LACERDA, 2006).

<sup>27</sup> Órgão vinculado ao Ministério da Saúde que analisa e aprova projetos que envolvem seres humanos.

observações e as entrevistas me incomodou, no entanto, depois percebi que a forma como minha inserção em campo aconteceu, fez toda a diferença para o sucesso da pesquisa.

### *A inserção em campo e as entrevistas com as cirurgiãs*

Assim que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética comecei a fazer entrevistas de trajetória com as estudantes de Medicina, residentes e cirurgiãs com as quais já havia estabelecido contato e tratei de agendar uma reunião com os diretores dos departamentos de cirurgia dos hospitais onde fiz a pesquisa de campo.

Dr. Jorge, diretor do departamento de cirurgia de um desses hospitais me apresentou à Dra. Lúcia, cirurgiã docente e, na ocasião, preceptora dos residentes. A primeira entrevista que fiz nesse hospital foi com a Dra. Lúcia, na casa dela (ela me recebeu em um domingo à tarde). No dia da entrevista já combinamos que na semana seguinte eu iniciaria as observações no ambulatório de cirurgia. Era o dia 06 de outubro de 2013. A seguir reproduzo uma parte das anotações que fiz no meu primeiro dia em campo para mostrar como se deu minha apresentação para as residentes e como isso fez toda a diferença para o sucesso da pesquisa.

Primeiro dia com as residentes!!! VIVA!!

Cheguei às 7h30 na universidade. Levei o jaleco para fazer barra [Dra. Lúcia havia me falado que eu precisaria usar um jaleco]. Cheguei no ambulatório cirúrgico às 8h20. O saguão estava cheio de pacientes aguardando a chamada para a consulta. Havia uma secretária atendendo os pacientes que chegavam. Me apresentei a ela e perguntei sobre a Dra. Lúcia. Eu disse: “quando a Dra. Lúcia terminar de atender um paciente você pode, por favor, avisar para ela que eu estou aqui”? Ela me disse que a Dra. Lúcia não fazia atendimento a pacientes, perguntou se a doutora sabia que eu vinha, se estava marcado. Eu disse que sim. Ela me pediu para aguardar no saguão de espera e eu esperei ali por 10 minutos, aproximadamente. Então ela me chamou e disse que a doutora estava me esperando na sala de reuniões e me indicou que era a última sala do lado esquerdo do corredor.

[...]

Ao entrar na sala de reuniões havia ali três residentes [mulheres] e a professora. Dra. Lúcia estava sentada à mesa que ficava próxima à entrada da sala [de costas para a porta]. Ao lado dela estava a residente Aline. Do outro lado da mesa, havia mais duas médicas, uma na cabeceira oposta à que estava perto da Dra. Lúcia [Núbia] e outra, em pé, perto da mesa de lanches [Laura]. Dra. Lúcia se levantou e veio ao meu encontro. Me abraçou e beijou e logo em seguida me apresentou para as residentes da seguinte forma: “Esta é a Rebeca, ela é pesquisadora de doutorado e está fazendo uma pesquisa sobre a formação das mulheres cirurgiãs. Ela vai observar a rotina das cirurgiãs e fazer entrevistas com todas vocês. Depois vocês combinam um horário com ela para fazer a entrevista. Vocês determinam o dia, o horário e o local. Eu já fiz a entrevista com ela no domingo, lá na minha casa”. Dr. Marcos e Dra. Laura entraram na sala depois, e ela fez toda a apresentação novamente. Laura foi me falando os nomes dos médicos e médicas e qual a função deles no ambulatório. Mais tarde, entrou na sala o Dr. Cícero [chefe do departamento] e ela também me apresentou a ele. Ele veio até onde eu estava, estendeu a mão, me cumprimentou e me perguntou se eu só iria entrevistar as mulheres. Eu respondi que

não. Disse que iria entrevistar alguns homens também. Ele riu e disse: “Eu vou te falar como elas estão me influenciando”. Já no final da manhã, apareceu a Dra. Paula e a Dra. Lúcia me apresentou a ela. A forma como a Dra. Lúcia me apresentou, penso eu, vai ser fundamental para o desenrolar da pesquisa e para a forma como as(os) residentes e as(os) médicas(os) me receberão no espaço de trabalho delas(es). Desde a aprovação do projeto pelo comitê de ética até a efetiva entrada em campo foram aproximadamente seis meses de espera, mas entendo que valeu a pena esperar. A receptividade está sendo muito boa. Fui muito bem recebida por todos (Notas de campo, 15/10/2013).

A partir daí, durante pouco mais de um ano, fiz a maior parte das entrevistas e acompanhei a rotina de formação de residentes e a atuação profissional de cirurgiãs de diferentes especialidades e gerações, em diferentes fases da carreira.

Na maior parte das vezes fui apresentada para as residentes pelo(a) docente chefe do departamento ou chefe da residência. As entrevistas aconteceram em lugares e momentos os mais diversos como a sala de descanso durante o plantão, dentro do carro em movimento enquanto a cirurgiã se deslocava de um plantão para outro, a sala da enfermagem no centro cirúrgico, o consultório da cirurgiã e algumas entrevistas aconteceram nas residências das entrevistadas.

Não foram poucas as entrevistas nas quais as entrevistadas se emocionaram e choraram ao se lembrarem de situações dramáticas pelas quais passaram ao longo de suas trajetórias de vida. Em alguns casos, cheguei a ficar surpresa com a intimidade das narrativas dos dramas pessoais e familiares que me foram confiados, como conflitos familiares e traições conjugais, doença e morte na família, casos de tentativa de suicídio na família, momentos de instabilidade psicológica e conflitos no trabalho. Muitas vezes, ao terminar a entrevista e agradecer às entrevistadas a oportunidade que me haviam concedido, ouvi delas que o sentimento era recíproco. Uma delas me disse: “Foi uma terapia... Porque, na verdade, essas coisas a gente não fala com todo mundo”. Em outra ocasião, enquanto observava uma equipe na discussão de casos do ambulatório fiz a seguinte anotação em meu caderno de campo:

Laura e Aline estão conversando sobre a terapeuta delas. Laura disse que a terapeuta falou que hoje ela está parecendo uma menininha. Aline disse: “contei minha vida pra ela”. Elas riram e olharam para mim. Aí que eu entendi que estavam falando de mim. Foi muito engraçado. Rimos juntas (Fragmento de anotações do diário de campo, 28/11/2013).

No início, nos primeiros dias de observação etnográfica junto a uma nova equipe tanto eu quanto os docentes e residentes tivemos um certo estranhamento mútuo. Eu estava receosa de que minha presença incomodasse ou atrapalhasse, de alguma forma; e alguns deles, possivelmente estivessem incomodados com a presença de uma pesquisadora

observando tudo o que acontecia ali. Todos sabiam que eu fazia anotações porque isso era bem visível. Eu não gravava as conversas, mas ficava o tempo todo digitando em meu computador. Em alguns momentos, como quando alguém falava um palavrão, outro lembrava: “estamos sendo observados”. Eu estava presente na sala de cirurgia, na sala de reuniões do ambulatório e em outros espaços, mas era uma pessoa de fora. No entanto, com o passar do tempo, percebi que em muitas situações eles estavam tão concentrados no que faziam que até se esqueciam da minha presença. Em muitas outras situações eles me incluíam nas conversas e atividades como se eu fizesse parte do grupo. Em um dos serviços de cirurgia passei até a levar alguns quitutes de Minas Gerais para contribuir com o lanche comunitário que acontecia na sala de reuniões do ambulatório e fui convidada para participar do churrasco de fim de ano da equipe.

Embora essa fase da pesquisa tenha sido muito prazerosa para mim, foi também muito extenuante. Eu morava em uma cidade localizada na mesorregião do Campo das Vertentes, no estado de Minas Gerais, e a pesquisa foi realizada em três municípios do estado de São Paulo. Para dar conta das obrigações de meu trabalho como orientadora educacional e de minha pesquisa de doutorado, eu passava duas noites por semana no ônibus, percorrendo o trajeto Minas Gerais - São Paulo. Para acompanhar a rotina das residentes e fazer as entrevistas no horário estipulado por elas precisei adaptar meus horários na escola onde trabalhava com as agendas das residentes e docentes que acompanhei. Em geral, eu me dedicava à pesquisa de quinta-feira a domingo. Durante o período de coleta de dados, os feriados e os meses de férias do trabalho (dezembro e janeiro de 2013 e julho de 2014) também foram dedicados integralmente à pesquisa de campo.

### *Uma nova linha de interpretação*

A qualificação do texto para o prosseguimento e finalização da escrita da tese aconteceu em novembro de 2014. Nessa época eu já havia finalizado a pesquisa de campo e as entrevistas de trajetória, já havia feito as transcrições das entrevistas e estava em processo de codificação e análise dos dados.

O trabalho de análise dos dados coletados na pesquisa estava em sua fase final quando foi publicado no Diário Oficial do Estado de São Paulo o relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) instaurada para "investigar as violações dos direitos humanos e demais ilegalidades ocorridas no âmbito das Universidades do Estado de São Paulo

ocorridas nos chamados 'trotos', festas e no seu cotidiano acadêmico"<sup>28</sup>, (SÃO PAULO, 2015). Como poderá ser observado durante a leitura da tese esse relatório, cujo conteúdo é composto por dezenas de depoimentos de estudantes e de docentes de diferentes escolas de Medicina do estado de São Paulo, acabou por se constituir um *corpus* valioso para a construção das análises e causou uma reviravolta em minha linha de interpretação<sup>29</sup>.

Ao começar a ler os depoimentos contidos no documento da CPI das Universidades me deparei com descrições de situações muito semelhantes às que me haviam sido relatadas pelas estudantes Stela e Tamara nas entrevistas exploratórias que eu havia feito no início da pesquisa: os mesmos tipos de violência física e psicológica praticadas nos trotos, nas festas, nos treinos e nas competições; os mesmos tipos de discursos e ameaças que prometiam prejudicar quem não se submetesse à lógica das hierarquias dos trotos; as mesmas características presentes nas relações de interdependência e nas relações de poder entre o que acontecia nos ambientes informais dos jogos e dos treinos e o que acontecia nos ambientes formais de aprendizagem nos estágios do internato, das Ligas Acadêmicas e na residência. As similaridades eram muito grandes para eu ignorar a relevância desse documento. Além disso, os relatos reproduziam com maior ou menor fidelidade os achados já publicados por pesquisadores como Almeida Júnior (2011), Akerman (2015) e Akerman, Conchão e Boaretto (2014), cujas pesquisas são dedicadas ao estudo da prática do trote nas universidades e nas faculdades de Medicina. Por fim, o próprio fato de que as declarações viessem de docentes e estudantes de cursos de Medicina de diferentes universidades do estado de São Paulo permitiam pensar que estávamos diante de um fenômeno que ia além da percepção idiossincrática de grupos isolados.

Com respeito à similaridade nos depoimentos das duas estudantes de medicina que entrevistei e dos(as) estudantes que prestaram seus depoimentos na CPI, uma observação relevante tem a ver com o fato de que os relatos de Stela e Tamara foram feitos a mim mais de dois meses antes de o relatório final da CPI das Universidades ter sido levado a público.

Em conjunto, a redundância do material produzido no quadro da CPI tanto com relação às entrevistas que eu havia realizado anteriormente, quanto com os resultados das pesquisas de Almeida Júnior (2006; 2011) e Akerman e seus colaboradores (2014; 2015)

---

<sup>28</sup> Como é tratada no próprio relatório, a fim de diminuir a extensão do nome da Comissão, tratarei dessa CPI ao longo da tese como CPI das Universidades.

<sup>29</sup> O uso de materiais produzidos com o objetivo de acusar ou defender alguém ou alguma instituição – como é o caso de depoimentos dados a uma CPI – deve ser acompanhado de alguns cuidados já que é fundamental reconhecer a particularidade das condições de produção de discursos nessas circunstâncias.

autorizaram o uso desse material para adensar a descrição que eu me propus a fazer nessa tese.

Mas que relação esse documento teria com meu problema de pesquisa? Que relação os trotes, os treinos, as competições esportivas e a hierarquia das Atléticas teriam com a construção das disposições quanto às aspirações profissionais e à especialidade médica?

A leitura do documento gerado pelo relatório da CPI me fez refletir sobre a importância da participação nos treinos e competições esportivas presentes nas trajetórias de algumas das residentes e cirurgiãs que entrevistei. Desde o início da pesquisa empírica duas questões haviam me deixado intrigada nas trajetórias de várias das entrevistadas brasileiras que pertenciam às gerações mais jovens (que ingressaram na faculdade após o final da década de 1990): (i) a importância que as práticas esportivas e a relação com as Atléticas tiveram na agenda das atividades cotidianas dessas mulheres durante a faculdade de Medicina; (ii) o fato de que, a despeito de essas residentes e cirurgiãs terem feito a faculdade em diferentes escolas de Medicina do estado de São Paulo, haver uma similaridade na forma como as práticas esportivas, a frequência às competições e o vínculo com as Atléticas se fez presente na trajetória de quase todas elas.

Enquanto estudantes, nove dentre as dezesseis residentes e cirurgiãs brasileiras das gerações mais jovens participaram intensamente de treinos e competições esportivas promovidos e organizados pelas Atléticas<sup>30</sup> de suas faculdades de Medicina. Dessas, uma foi tesoureira e outra foi presidente da Atlética e duas foram diretoras de modalidade esportiva. Cinco dentre as dezesseis residentes e cirurgiãs mais jovens, não treinavam, mas foram em competições esportivas para torcer por suas faculdades e investir em um tipo de capital social. Apenas uma não treinava e não ia nas competições. Houve ainda uma dentre as dezesseis entrevistadas mais jovens sobre a qual eu não tenho informações se ela treinava ou ia nas competições. Essa última foi a única desse grupo que não fez faculdade no estado de São Paulo.

Conforme fazia as entrevistas com essas mulheres e as práticas esportivas voltavam a se destacar como atividades importantes durante a faculdade eu me perguntava como faziam para conciliar os estudos com os treinos para as competições esportivas. Na ocasião em que fiz as entrevistas eu ainda não havia elaborado a hipótese de que esse envolvimento com as práticas esportivas e com as Atléticas talvez pudesse ter alguma relação com a construção das disposições de gênero quanto às aspirações profissionais e à escolha da

---

<sup>30</sup> Associações Atléticas e Acadêmicas

cirurgia como especialidade médica, no entanto, quanto mais eu avançava na leitura do relatório da CPI das Universidades, mais me vinham à mente cenas descritas pelas estudantes Stela e Tamara, e também pelas residentes e cirurgiãs brasileiras das gerações mais jovens que foram entrevistadas. Quanto mais a leitura avançava, mais eu relacionava a experiência dessas mulheres com os escritos de Bourdieu (1982, 1991, 1996b) sobre os ritos de consagração como uma investidura de instituição dos estudantes nas escolas de elite francesas; e com os escritos de Elias e Scotson (2000) sobre as relações de poder presentes nas interações sociais entre os *estabelecidos* e os *outsiders*.

Diferentemente das observações feitas por Stela, Tamara e pelos estudantes que deram seus depoimentos à CPI das Universidade, quanto às violências sofridas durante os trotes e assédios praticados nas festas, nas competições esportivas e em outras atividades que envolviam a Atlética de suas faculdades, as narrativas das residentes de cirurgia e cirurgiãs que entrevistei não demonstraram qualquer indício de que elas houvessem sofrido violências semelhantes. Ao contrário disso, especialmente as residentes e cirurgiãs brasileiras das gerações mais jovens demonstraram ter um vínculo bem próximo com as Atléticas de suas faculdades ou com as atividades promovidas por elas.

Quando por ocasião das entrevistas, essa aproximação das residentes e cirurgiãs brasileiras mais jovens com as Atléticas e o silêncio por parte delas com relação a uma possível aversão à lógica das práticas dessas instituições não despertou qualquer interesse de minha parte. Porém, ao confrontar os depoimentos feitos à CPI das Universidades e os depoimentos de Stela e Tamara com as trajetórias das residentes e cirurgiãs, o silêncio dessas mulheres começou a fazer outro sentido para mim. O sentido de que, também para elas, as experiências vivenciadas nos trotes, nos treinos e nas competições, possivelmente, tenham feito parte de um tipo de rito de consagração e de investidura ao grupo que Elias e Scotson (2000) denominam como os *estabelecidos*.

Como uma típica pesquisa qualitativa, a pesquisa que deu origem a esta tese não teve, inicialmente, uma hipótese central a ser testada. As hipóteses foram surgindo conforme o desenrolar da pesquisa e, ao serem confrontadas com os dados da pesquisa empírica e com a literatura passaram também a exigir novas abordagens metodológicas, mas não havia mais tempo hábil para isso no âmbito desta pesquisa. O que percebemos na tese que defendemos é que ela própria acabou por se constituir uma hipótese teórica que precisará ser testada empiricamente por futuras pesquisas.

Os caminhos percorridos pela pesquisa acabaram por fazer com que o objeto de estudo, que no início tinha como foco bem estabelecido o estudo das trajetórias de residentes

e cirurgiãs na busca por apreender o “como” e o “porquê” dos resultados atípicos alcançados por essas mulheres, se desmembrasse em uma segunda frente de análise que, de forma simultânea e interdependente à primeira, me levou ao estudo da construção das disposições de gênero no interior do processo de educação médica. São dois pólos de análise de um mesmo problema de pesquisa: de um lado, as trajetórias das mulheres que optaram pela cirurgia; do outro lado, a descrição da “organização social do curso de medicina”, que poderia, ou não, ter efeitos sobre as escolhas.

Entendo que esses dois pólos de análise têm relação um com o outro, mas são diferentes e exigem metodologias diferentes. Nesta tese, aponto as relações de interdependência que percebo existir entre as relações de poder que estruturam a organização social dos cursos de Medicina de algumas das mais conceituadas escolas de Medicina do Brasil e a construção das disposições de gênero quanto às aspirações profissionais e à escolha da especialidade por parte das mulheres egressas dos cursos de Medicina.

Embora a análise em profundidade dessas relações de interdependência fuja ao escopo dessa tese, a combinação dessas duas frentes de análise levou à construção de hipóteses que, esperamos, possam orientar estudos futuros sobre as razões para a persistência da desigualdade de gênero horizontal no campo da medicina no Brasil. As hipóteses que foram construídas e discutidas ao longo da pesquisa se expressam nos seguintes argumentos:

- (i) As configurações das relações sociais de gênero que promovem a permanência da desigualdade de gênero na medicina contemporânea não se dão de forma isolada das relações sociais de poder mais amplas que, tradicionalmente, se encontram presentes na forma como são organizadas as relações pedagógicas dos cursos de Medicina.
- (ii) O processo de construção das disposições de gênero que acontece durante a graduação médica encontra-se inserido em uma complexa rede de poder e de interdependência pedagógica da qual fazem parte não somente as instituições de ensino formalmente constituídas, como as escolas médicas e os hospitais de clínicas vinculados a essas escolas, mas também, instituições de formação médica informalmente constituídas, como as Ligas Acadêmicas e as Atléticas dos cursos de Medicina. Esse parece ser o caso, especialmente, das relações de interdependência que se estabelecem entre, de um lado, os currículos formais, informais e ocultos presentes no processo de educação médica de algumas faculdades de Medicina do estado de São Paulo e dos hospitais de clínicas

vinculados a essas faculdades, e do outro lado, os currículos informais e ocultos das Associações Atléticas, das Ligas acadêmicas vinculadas a essas escolas de Medicina.

- (iii) As razões que se encontram na gênese da auto exclusão das médicas brasileiras das especialidades cirúrgicas teriam sua origem não somente na apregoada e comumente aceita justificativa em torno da incompatibilidade entre carreira cirúrgica, maternidade e vida familiar. Embora essa seja a principal razão apresentada por algumas mulheres para se manterem afastadas das especialidades cirúrgicas, e ainda, embora haja obstáculos reais que dificultam a conciliação entre carreira cirúrgica e vida familiar, a gênese da persistência da desigualdade de gênero no que se refere à escolha das especialidades na medicina precisaria ser buscada no processo de construção das disposições de gênero que são subjetivamente incorporadas, não somente ao longo da socialização primária que advém da interação dos sujeitos com a família, a escola e suas redes de interdependência social, mas especialmente, no encontro dessas disposições com os princípios que organizam o processo de socialização que se dá durante a formação médica. Construção social esta que, de forma paulatina e persistente, tem levado à internalização, na forma de *disposições* incorporadas, de aspirações profissionais marcadas por uma cultura médica hegemonicamente masculina. Há indícios de que, mesmo que de forma inconsciente e não intencional, o modelo de organização social e de organização pedagógica tradicionalmente institucionalizado nos cursos de Medicina de algumas conceituadas escolas médicas do estado de São Paulo, possivelmente esteja cooperando para a construção das disposições de gênero que têm levado muitas estudantes de medicina a se absterem das carreiras cirúrgicas.

Apresentar as relações de poder que estão em jogo no interior do processo de formação médica como uma possível razão que contribui para a abstenção das profissionais da medicina das carreiras cirúrgicas não refuta a explicação clássica que a literatura levanta sobre as razões para essa exclusão, mas acrescenta elementos que têm sido pouco explorados e necessitam ser melhor investigados. Os discursos em torno de argumentos de que a cirurgia não é uma carreira apropriada para mulheres porque essa é uma profissão incompatível com a maternidade e a vida familiar (ou ainda, porque é uma profissão que demanda muitos anos de

formação e exige grande força e resistência física do profissional) são ainda fortemente reproduzidos tanto por parte da socialização que acontece no âmbito do curso de Medicina como na socialização que acontece no âmbito familiar. A representação social construída em torno desses discursos continua a ter forte influência sobre os processos decisórios das estudantes de medicina quanto à escolha da carreira profissional a ser seguida após o término da graduação.

O estudo das trajetórias sociais das cirurgiãs e residentes de cirurgia que entrevistei não me permitiu chegar a uma conclusão a respeito da construção das disposições para agir de determinada maneira e, mais especificamente, para buscar um determinado tipo de inserção profissional e social. Para testar a pertinência (ou não) das hipóteses que foram sendo levantadas nesta tese será necessário o emprego de outras metodologias que poderão ser desenvolvidas em pesquisas futuras.

A natureza microssociológica da pesquisa que realizei e os dados obtidos das entrevistas e observações não foram suficientes para estabelecer uma relação conclusiva entre os trotes, as hierarquias de poder das Atléticas e à construção das disposições quanto às aspirações profissionais e à escolha da especialidade; mas, por outro lado, foram suficientes para construir uma linha de interpretação em torno do argumento de que o modelo de educação médica praticado em algumas das mais conceituadas escolas de formação médica do estado de São Paulo tem se fundamentado, tradicionalmente, em uma complexa rede de interdependência entre, de um lado, as relações de poder estabelecidas nos espaços informais de formação médica, que ocorrem, especialmente, no âmbito das festas, dos treinos, das competições esportivas e dos trotes e, do outro lado, as relações de poder estabelecidas nos espaços de formação médica que ocorrem, especialmente, no âmbito dos estágios formais do internato e dos estágios extracurriculares informais, como as Ligas Acadêmicas.

Essa rede de interdependência, denominada no âmbito desta tese de *organização social do curso de Medicina*, encontra-se na base de uma série de práticas de socialização que têm atuado nessas instituições como instrumentos de perpetuação das hierarquias (inclusive de gênero) e das estruturas de poder em todas as etapas do processo de formação médica, desde a primeira semana de aula na faculdade de Medicina, até os níveis mais avançados da residência médica.

Isso não é algo que acontece no plano do consciente. E também não é algo que deva ser encarado como um “fantasma da conspiração” ou como uma “vontade malévola”, para utilizar as palavras que Bourdieu utiliza (1996a, p. 44) ao tratar sobre a teoria da ação e descrever a relação existente entre a construção da trajetória dos agentes singulares e as forças

dos campos nos quais esses agentes se encontram inseridos. A maior parte das decisões práticas que são tomadas no dia a dia tem sua origem, não em um projeto intencional colocado em prática por um agente o tempo todo calculista, mas em uma espécie de *senso prático* socialmente construído, incorporado e ajustado às tendências próprias do campo (ou dos campos) em que esse sujeito se encontra inserido.

Essa é a interpretação que faço das diferentes relações de poder presentes na hierarquia dos espaços formais e informais de formação médica apresentadas nesta tese. Tanto no que se refere aos agentes que sofrem os diferentes tipos de violência impostos pelos ritos de instituição (ou pela estigmatização social), como no que se refere aos agentes que se colocam como autores dessas violências.

Dessa forma, de antemão, convido o(a) leitor(a) a fazer uma interpretação das relações de poder que serão tratadas nesta tese não sob a ótica do “fantasma da conspiração, como se os(as) estudantes, residentes e docentes ligados às hierarquias de poder presentes no sistema de Educação Médica agissem de forma malévola e intencional, mas sob a ótica apresentada por Bourdieu (1996b) ao estudar o processo de investidura e consagração dos estudantes que ingressam em escolas e campos profissionais de elite, e também, sob a ótica apresentada por Elias e Scotson (2000) ao tratarem sobre a sociologia das relações de poder. Ótica essa, baseada no entendimento de que tanto os grupos estigmatizados (os *outsiders*) como os grupos que exercem instrumentos sociais de dominação (os *estabelecidos*), são ambos, sujeitos de uma mesma espécie de armadilha social que se fundamenta em tradições coletivas profundamente arraigadas no sistema de organização e hierarquia social. “A estigmatização, como um aspecto da relação estabelecidos-*outsiders*, associa-se, muitas vezes, a um tipo específico de fantasia coletiva criada pelas tradições do grupo estabelecido” (ELIAS e SCOTSON, 2000, p.35). A compreensão da natureza dos laços de interdependência que unem, separam e hierarquizam indivíduos e grupos sociais implica na percepção dessa concepção de relação de poder.

### ***Uma tese organizada em três atos***

Estrategicamente, escolhemos trabalhar a organização e a redação da tese de forma a priorizar a apresentação de uma interpretação fundamentada na relação de interdependência entre a organização social do curso de Medicina e a construção das disposições de gênero como uma hipótese possível para se tentar entender, ainda que em

parte, a grande exclusão das mulheres das especialidades cirúrgicas. Para a construção desta tese houve a necessidade de se fazer uma escolha a respeito da forma como apresentaríamos o texto e a organização da tese acabou por priorizar a socialização que acontece nos espaços de formação médica em detrimento de uma discussão mais ampla sobre a socialização primária e até sobre outras formas de socialização, como a socialização familiar, por exemplo.

Não se trata, contudo, de ignorar a socialização primária e toda a influência da família, da escolarização básica e de toda uma rede de interdependência na construção das disposições de gênero das estudantes de medicina, como se essas mulheres ingressassem no curso de Medicina destituídas da influência de possíveis estereótipos de gênero que as acompanharam desde a infância. Também não se trata de ignorar toda a rede de interdependência presente na constituição da trajetória das estudantes de medicina, como se somente a socialização ligada ao processo de formação médica fosse suficiente para explicar a construção das disposições de gênero quanto às aspirações profissionais e à escolha da especialidade.

No entanto, tendo como pressuposto teórico os escritos de Bourdieu (1996b) sobre a escolarização das elites acadêmicas e profissionais, no caso específico do processo de socialização que envolve a incorporação de disposições de gênero quanto às aspirações profissionais e à escolha da especialidade por parte das estudantes de medicina, ainda que os longos anos de socialização familiar e escolar exerçam forte influência sobre a construção dos projetos e perspectivas pessoais é fundamental considerar que o contexto vivenciado por essas mulheres (e também por seus colegas do sexo masculino) durante o processo de formação médica têm um efeito direto sobre a forma como essas disposições são constituídas e incorporadas.

A tese, então, encontra-se organizada em três partes. A primeira parte, dividida em dois capítulos, lança um olhar sobre o objeto de estudo a partir da literatura especializada. O capítulo 1 contextualiza histórica e demograficamente a inserção e o lugar das mulheres na medicina no Brasil desde o período em que era vedado a elas o ingresso nas escolas de formação médica até o contexto atual, no qual as mulheres representam a maior parte dos estudantes de medicina do país. Devido à multidimensionalidade do objeto de pesquisa, o capítulo 2 apresenta a fundamentação teórica da tese de forma a combinar interdisciplinarmente, os campos do Gênero, da Educação Médica, da Sociologia da Educação e da Sociologia da Educação Médica. Esse referencial teórico foi articulado de forma a problematizar quais têm sido, no atual contexto, as novas fronteiras da desigualdade de gênero na medicina, bem como a relação da disseminação dessa desigualdade com o processo de

educação médica. Processo esse, que não é neutro no que se refere à socialização de gênero e à construção das disposições quanto às aspirações profissionais e à escolha da especialidade médica.

A segunda parte da tese procura mostrar como, a partir da construção da distinção social imposta aos estudantes de medicina através de diferentes ritos de instituição, as clivagens que se encontram na base da teimosa persistência da desigualdade de gênero se alicerçam, de forma paulatina e constante, ao longo de todo o processo de formação médica. Os três capítulos dessa segunda parte encontram-se organizados de forma a tentar desvelar o lugar do currículo oculto e o lugar das Atléticas das Faculdades de Medicina na construção da identidade médica e das disposições de gênero que levam à interiorização das diferenças e hierarquias que se encontram na base da desigualdade de gênero na medicina. O capítulo 3 trata da concepção de que a cerimônia de matrícula e todos os rituais de iniciação a que os estudantes denominados “calouros” são submetidos durante a primeira semana de aula (e o primeiro ano do curso), precisam ser entendidos como ritos de instituição, como na concepção de Bourdieu (1982, 1991, 1996b), que consagram a investidura da distinção social. No capítulo 4 a forma como se constroem as interações sociais em torno dos trotes e de outras práticas coercitivas que acontecem nas festas, nos treinos e nas competições esportivas é interpretada nesta tese como um eficiente instrumento simbólico de interiorização das diferenças e hierarquias que serão reproduzidas nos espaços formais de educação médica e até mesmo no campo profissional. O capítulo 5 explora o lugar das Atléticas como instituições de formação médica, bem como a lógica de estruturação dos trotes, das festas, dos treinos e das competições esportivas, como práticas que consolidam as hierarquias de poder que formam as bases da *organização social do curso de Medicina*. Nesse capítulo, começo a levantar a hipótese teórica de que as relações de poder que envolvem a construção das disposições de gênero quanto às aspirações profissionais e à escolha da especialidade médica poderiam, também, ter relação com as relações de poder que, num sentido mais amplo, encontram-se na base da *organização social do curso de Medicina*.

A terceira parte da tese está organizada em quatro capítulos. Fundamentada empiricamente na observação de práticas de socialização e em depoimentos de entrevista, tenta estabelecer uma relação de interdependência entre, de um lado, o currículo oculto que se dá na informalidade dos jogos, das festas e outros eventos esportivos, e do outro lado, simultaneamente, o currículo formal, colocado em prática no cotidiano das interações pedagógicas dos estágios oficiais do período de formação médica denominado internato e o currículo paralelo que acontece na informalidade dos estágios extracurriculares. No capítulo 6

procuro mostrar como o capital social construído em torno das relações estabelecidas nas festas, nos jogos, nos trotes e na rede de influência das Atléticas pode interferir nas práticas pedagógicas extracurriculares da formação médica e proporcionar (ou não) oportunidades de estágios, privilégios acadêmicos, e possivelmente, interferir até mesmo no processo de escolha da especialidade. O capítulo 7 trata sobre o estágio formal denominado “internato” como uma vitrine para a residência. Durante os anos de internato, ao passarem pelos estágios das diferentes especialidades, os internos têm uma experiência prática de como é a residência em cada especialidade. Nesse capítulo vou contar relatos do que presenciei em minha experiência prática ao acompanhar o processo de formação em cirurgia durante a pesquisa etnográfica. Muito daquilo que observei enquanto estive nesse espaço também é o que os internos observam. Pude observar os residentes e os docentes em interação com os internos em diferentes momentos. No capítulo 8, trago à discussão a concepção de que as lógicas de ação, bem como os arranjos sociais empreendidos por homens e mulheres não se reduzem a um tipo específico de “feminilidade” ou “masculinidade”, mas à pluralidade de um tipo de flexibilidade disposicional. As lógicas de ação e as interações sociais vivenciadas por residentes e cirurgiões docentes nas relações pedagógicas do processo de formação em cirurgia não se limitaram às disposições de gênero consideradas “masculinas”. Ao contrário, as interações sociais vivenciadas por cirurgiões e residentes de ambos os sexos incorporaram alternadamente disposições “masculinas” e “femininas” que variaram conforme as diferentes fases do processo de formação, e ainda, conforme o contexto vivido e os interlocutores com quem interagem.

O 9º e último capítulo da tese, traz os casos exemplares, estatisticamente improváveis, das trajetórias de formação e construção da carreira de cinco cirurgiãs (quatro das quais, ocupam cargos de chefia em prestigiosos hospitais e serviços de residência médica no Brasil). São casos exemplares e estatisticamente improváveis porque essas mulheres romperam, não somente com a segregação horizontal e vertical presente no campo da medicina no Brasil, mas também, com os estereótipos em torno da incompatibilidade entre carreira cirúrgica, vida familiar e maternidade.

## **PARTE I - UM OLHAR SOBRE O OBJETO DE ESTUDO**

A complexidade e a multidimensionalidade da problemática investigada na pesquisa que deu origem a esta tese me levou, obrigatoriamente, a construir uma discussão fundamentada sobre diferentes campos de pesquisa. Nesta primeira parte da tese, que está dividida em dois capítulos, busco fundamentar teoricamente a forma como conduzo as discussões que faço na segunda e na terceira parte da tese.

### **CAPÍTULO 1. O LUGAR DAS MULHERES NA MEDICINA: O QUE DIZ A HISTÓRIA E A DEMOGRAFIA**

Na clássica obra “História Geral da Medicina Brasileira”, Santos Filho (1977) argumenta que o ano de 1808 é considerado historicamente como o marco que dá início ao segundo período da História da Medicina no Brasil, denominado de “Medicina pré-científica”. Esse marco se deve mais aos efeitos que teve sobre a oficialização da prerrogativa do exercício da profissão médica do que com o fim, propriamente dito, da prática da medicina rudimentar, já que a transição da medicina indígena, africana e jesuítica, (amplamente praticada no Brasil Colônia) para a medicina científica só se daria no século XX. O período da História da Medicina no Brasil que se inicia em 1808 é caracterizado pelo início do ensino especializado através da criação das escolas de Medicina e Cirurgia (de Salvador e do Rio de Janeiro) e pela prerrogativa de que o exercício da profissão médica só poderia ser praticado por profissionais detentores do título de Doutor oficialmente conferido por escolas de Medicina reconhecidas pela coroa portuguesa.

Mas o acesso ao curso de Medicina e ao título de “Doutor” não estava acessível à população em geral. Tendo se configurado, desde o início como um curso para a formação profissional dos filhos das famílias pertencentes às elites políticas e econômicas, a faculdade de Medicina se configurou, desde a sua origem como um espaço condicionado e hierarquizado em função da origem socioeconômica, racial e de gênero, sendo frequentada predominantemente por homens brancos de elite (SANTOS FILHO, 1977; CORADINI, 1997). Assim como também aconteceu em relação às primeiras faculdades de Direito e Engenharia criadas no país após a chegada da família real portuguesa ao Brasil, as recém-criadas faculdades de Medicina eram espaços proibidos para as mulheres (RAGO, 2000).

Pautada em um modelo patriarcal, a sociedade da época via a educação das mulheres como algo perigoso. Segundo o discurso do período monarquista, a mulher educada tenderia a abandonar a sagrada missão de ser mãe e esposa, a educação debilitaria sua saúde e sua capacidade reprodutiva ficaria comprometida. Muitos embates ainda teriam de ser travados para que as mulheres conquistassem o direito a uma posição efetivamente atuante na educação e na política brasileira. Às mulheres continuou vetado o acesso ao Ensino Superior (ALMEIDA, 2000 e 2007).

### **1.1. As pioneiras da medicina no Brasil<sup>31</sup>**

A reivindicação pelo acesso ao ensino superior foi, no final do século XIX, uma das bandeiras das feministas brasileiras pela luta dos direitos sociais das mulheres. Ao descrever a luta por esses direitos Hahner (2003, p. 68), comenta que as primeiras mulheres brasileiras a cursarem o ensino superior tiveram que buscar essa formação fora do Brasil. Especialmente na medicina <sup>32</sup>, destacam-se os nomes de Maria Augusta Generoso Estrela e Josefa Agueda Felisbella Mercedes de Oliveira, que foram estudar medicina no New York Medical College and Hospital for Women.

Através de alguns dos aspectos da biografia de Maria Augusta Generoso Estrela comentada por Hahner (2003) e também por Schumacher e Brazil (2000), percebe-se que a moça era filha de uma importante família da elite carioca e teve acesso a um tipo de educação que a maior parte das moças de sua época não teve. Obteve formação escolar no Colégio de Madame Gross, uma escola para moças localizada no bairro de Laranjeiras, no Rio de Janeiro, e posteriormente no Colégio Brasileiro, um internato destinado à elite feminina carioca. Aos 13 anos viajou para a Europa com o pai, o empresário português Albino Augusto Generoso Estrela. No retorno dessa viagem o pai a deixou na Ilha da Madeira, onde estudou no Colégio Villa Real. Maria Augusta falava quatro idiomas (inglês, francês, espanhol e alemão) e destacava-se nos estudos sob a influência e incentivo do pai. Em 1874, aos 14 anos, ao ler uma reportagem de um jornal publicado nos Estados Unidos, Maria Augusta toma conhecimento da história de uma jovem que havia se formado em medicina no New York

---

<sup>31</sup> Para falar sobre as pioneiras da medicina no Brasil me fundamentei principalmente nas obras da historiadora June Edith Hahner que fez um cuidadoso trabalho de pesquisa documental em jornais e revistas da segunda metade do século XIX, dentre outras fontes primárias de pesquisa documental. Outra obra consultada para o resgate de uma parte da história das pioneiras da medicina no Brasil foi o Dicionário das Mulheres no Brasil que utilizou como fonte de pesquisa, dentre outras, os arquivos pessoais da família de Maria Augusta Generoso Estrela.

<sup>32</sup> Nos Estados Unidos, a primeira mulher a entrar em uma faculdade de medicina foi a inglesa (naturalizada americana) Elizabeth Blackwell, em 1847 (DALL-AVA SANTUCCI, 2005, p106).

Medical College and Hospital for Women. Ela, então, convence o pai a mandá-la para os Estados Unidos para estudar nessa mesma instituição. Aos 15 anos, já nos Estados Unidos, Maria Augusta se inscreve em um curso preparatório no Saint-Louis Academy de Oswego e em 1876, aos 16 anos ingressa no New York Medical College and Hospital for Women para cursar Medicina. Formou-se com distinção em 1879, mas como não tivesse ainda a idade exigida para receber o diploma (21 anos), ficou nos Estados Unidos por mais dois anos, ocasião aproveitada para fazer estágios e uma especialização<sup>33</sup>.

Em determinado ponto da trajetória de formação na faculdade de Medicina, os negócios do pai de Maria Augusta sofreram sérios revezes e a permanência da estudante nos Estados Unidos só foi possível graças à rede de relações ou, melhor, ao *capital social*<sup>34</sup> acionado pelo pai. A rede de contatos sociais do pai era de tal influência que ela recebeu uma bolsa de estudos concedida por decreto do imperador D. Pedro II. Essa bolsa cobriu as mensalidades da faculdade de Medicina e as despesas de manutenção pessoal da moça (HAHNER, 1981, p. 139). Outro aspecto que também demonstra a força do capital social que a família Estrela possuía junto à elite do Rio de Janeiro foi a notoriedade que foi dada pela elite carioca, nos jornais femininos de circulação da época, ao que se considerou o grande feito da jovem Maria Augusta. Jornais como *A Mulher*, *America Illustrada*, *O Sexo feminino*, publicavam com frequência notas e artigos sobre a trajetória de Maria Augusta nos Estados Unidos (HAHNER, 1981, p. 140).

Segundo Duarte (2003), na Europa, e também no Brasil, as páginas impressas por meio de romances e biografias, mas, principalmente, por meio de artigos de jornais e revistas direcionados ao público feminino, foram os primeiros veículos públicos de disseminação dos ideais femininos por emancipação e acesso ao ensino superior, ao trabalho remunerado e aos direitos políticos. A própria Maria Augusta, em parceria com Josefa Agueda Felisbella Mercedes de Oliveira publicou artigos denunciando as injustiças sociais impostas às mulheres e exortando as mulheres brasileiras a lutarem pela conquista de seus direitos (HAHNER, 1981, p. 142).

---

<sup>33</sup> Ao retornar para o Brasil, para exercer a profissão como médica Maria Augusta teve que se submeter aos exames de revalidação de diploma junto à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Casou-se em 1884, teve quatro filhos e exerceu a medicina por muitos anos sendo médica de mulheres e crianças (SCHUMAHER e BRAZIL, 2000, p. 367).

<sup>34</sup> Nos escritos de Bourdieu, o conceito de *capital social* refere-se às diferentes formas de ganhos materiais com as quais os sujeitos podem se beneficiar a partir de seus contatos sociais. A influência da rede de interdependência social ou familiar pode ser uma forma de acesso a bens materiais como empréstimos, doações, bolsas de estudo, indicação para emprego, dentre outras. Para obter benefícios através do capital social, uma vasta rede de relações não é o suficiente. É necessário que os contatos sociais tenham posição socioeconômica privilegiada (NOGUEIRA e NOGUEIRA, 2006).

A historiadora June E. Hahner (1981, p. 141), também comenta alguns aspectos da biografia de Josefa Águeda Felisbella Mercedes de Oliveira. A moça, pernambucana, nascida em 1864, era filha do advogado e jornalista Clodoaldo Alves de Oliveira. Josefa acompanhava nos jornais femininos da época as notícias escritas sobre a “aventura” de Maria Augusta na faculdade de Medicina nos Estados Unidos e conseguiu autorização do pai para também cursar Medicina na mesma instituição. Em março de 1879, o pai da moça, com o apoio do deputado Tobias Barreto, fez um pedido de concessão de bolsa de estudo que, inicialmente, foi negado. Josefa foi para os Estados Unidos mesmo assim e, mais tarde o governo de Pernambuco acabou concedendo a bolsa de estudos. Segundo Schumacher e Brazil (2000, p. 299), assim como Maria Augusta, Josefa defendia os direitos das mulheres e escreveu vários artigos, e mesmo um livro (O Dever, em 1880) as proibições que impediam as mulheres de terem acesso à educação superior.

Ainda obtendo informações sobre a trajetória de Maria Augusta a partir da descrição de Hahner (1981 e 2003), não podemos deixar de reconhecer o fato de que a experiência pioneira vivida por ela nos Estados Unidos despertou o interesse da sociedade da época e do próprio imperador D. Pedro II, que, em 1879, acabou por sancionar o decreto nº. 7 247 da Reforma Leôncio de Carvalho<sup>35</sup> que outorgou às mulheres o direito de acesso ao ensino superior<sup>36</sup>. Maria Augusta se destacou na luta das mulheres pelo direito à educação e foi fonte de inspiração para outras mulheres precursoras da medicina no Brasil. No entanto, também não podemos deixar de salientar que as conquistas adquiridas foram consequência não de um ato heróico isolado, mas de toda uma conjuntura social e política. Desde o início do século XIX, a discussão sobre a instrução do sexo feminino fazia parte dos debates políticos do governo imperial, tendo progressivamente se transformado em uma “questão”, isto é, objeto de estudos, debates, lutas com o objetivo de influenciar políticas públicas. No final do século, o crescimento dos centros urbanos com o conseqüente aparecimento de uma classe média urbana, o movimento médico-higienista, os ideais liberais do movimento republicano, a pressão política pelo fim da monarquia e a própria proclamação da república desencadearam modificações significativas no que se refere às lutas femininas por educação, emancipação e cidadania. Todo esse contexto foi, claro, bastante influenciado pela conjuntura internacional.

---

<sup>35</sup> Decreto nº. 7 247 da Reforma Leôncio de Carvalho (BRASIL, 1879).

<sup>36</sup> Na Inglaterra, em 1876 o Parlamento aprova o decreto que habilita as mulheres a receberem o diploma de Medicina. Algumas mulheres já haviam concluído o curso de Medicina nessa época, mas eram proibidas de receber o diploma e exercer a profissão (DALL’AVA-SANTUCCI, 2005, p. 156).

## 1.2 Um crescimento a passos lentos...

Mesmo após a legalização da frequência das mulheres ao ensino superior a inserção feminina a esse segmento de ensino se deu de forma lenta e marcada pela desigualdade<sup>37</sup> (HAHNER, 2003, p. 71). A lei estava posta, mas as normas sociais estabelecidas para o comportamento feminino da época faziam com que as mulheres que ingressavam no curso de Medicina fossem mal vistas pela sociedade e fossem até motivo de chacota. Segundo Hahner (2003, p. 74), em 1889 esteve em cartaz no Rio de Janeiro a comédia “As Doutoradas”, uma peça teatral que ridicularizava a mulher na profissão médica. Baseados em argumentos fisiológicos, que atribuíam a inferioridade das mulheres a razões biológicas e ao tamanho do cérebro, médicos influentes faziam discursos e comentários públicos sobre a falta de capacidade física e intelectual das mulheres para a prática da medicina. Um dos argumentos utilizados pelo médico Malaquias Gonçalves foi o de que a fraqueza física e o cérebro anatomicamente inferior das mulheres impediam que elas pudessem dar conta dos estudos de medicina (HAHNER, 1981, p. 141).

Ao escrever sobre a ruptura do mundo masculino da medicina pelas mulheres no século XIX, Rago (2000) comenta que as médicas pioneiras que viveram nesse período sofreram intensa pressão social tanto durante o período de formação no curso de Medicina como depois, no exercício da profissão. Apesar das muitas tentativas para mantê-las afastadas da medicina elas tiveram a coragem de questionar as estruturas de poder e transgredirem as normas de conduta sociais, morais e culturais impostas às mulheres naquela época.

Desmascarando as supostas teorias científicas vigentes à época, positivistas, evolucionistas e higienistas todas defensoras da inferioridade da mulher, da sua debilidade moral e intelectual, as pioneiras da medicina exerceram acentuada pressão política no sentido de criar as condições do que entendo ter sido o **momento de ruptura** [grifo da autora] do mundo masculino da medicina” (RAGO, 2000, p. 225).

---

<sup>37</sup> Mesmo após a “liberação” formal para que as mulheres pudessem frequentar as faculdades de Medicina, estudos mostram que as pioneiras da medicina nos Estados Unidos e na Europa também enfrentaram dificuldades e restrições para formarem-se médicas. Os casos das irmãs Elizabeth e Emily Blackwell estudados por Dall’Ava-Satucci (2005), são instrutivos. Mesmo tendo se formado com louvor e, obtido as melhores médias dentre todos os seus colegas, foi somente através da intervenção de um iminente professor que a médica conseguiu autorização da universidade para receber seu diploma. Em 1852, Emily Blackwell, após nove tentativas frustradas para entrar em uma faculdade de Medicina, consegue, finalmente, ser admitida pela Universidade de Chicago; no entanto, sob pressão da Associação Médica de Illinois, no ano seguinte sua matrícula não foi renovada pela universidade. As sociedades médicas exerciam forte poder sobre a comunidade médica e ameaçavam banir da entidade aqueles professores que aceitassem mulheres como suas alunas. A AMA (American Medical Association), a mais renomada associação médica dos Estados Unidos só aceitaria uma mulher como associada em 1915. Em 1854, durante a cerimônia de formatura das primeiras oito egressas do The Female Medical College of Pensilvânia (primeira faculdade de Medicina só para mulheres dos Estados Unidos) houve uma manifestação pública que visava impedir a entrega dos diplomas e as laureadas precisaram ser escoltadas por policiais (DALL’AVA-SATUCCI, 2005, p. 113).

Assim como também observado por Elias, com respeito às mudanças de comportamento entre diferentes períodos históricos, “(...) a ruptura não foi marcada por uma súbita exigência de novos estilos de comportamento, opostos aos anteriores” (ELIAS, 1990, p. 90). Nas idas e vindas, velhos discursos vão continuar e novos discursos vão emergir no que diz respeito à luta das mulheres pelo direito ao ensino superior e ao trabalho. No período de transição do XIX para o século XX as principais funções sociais da mulher continuavam a ser o casamento, a procriação e o cuidado da casa. Eram raras as mulheres que se aventuravam em ofícios considerados masculinos, como a medicina (RAGO, 2000).

### 1.3 Mulheres médicas no início do século XX

Assim como foram poucas as mulheres brasileiras que obtiveram um diploma de Medicina, também são escassos os documentos e os relatos históricos que dão pistas de como foram as trajetórias de formação e de inserção profissional dessas mulheres.

Os resultados da pesquisa documental realizada por Mott et al (2008) a partir da análise dos livros de registro do Serviço de Fiscalização Pública do estado de São Paulo sobre o exercício da profissão dos médicos e médicas entre os anos de 1890 e 1936 esclarece alguns aspectos sobre o exercício profissional das mulheres médicas no período estudado. Conforme mostra a tabela a seguir, as mulheres representavam menos de 1% dos profissionais da medicina com registro no estado de São Paulo no período estudado.

**Tabela 1- Número de médicos por sexo e origem dos registrados no Serviço Sanitário (1892-1932)**

	Brasileiros	Estrangeiros	ND*	Total
Homens	3.290	293	79	3.662
Mulheres	25	8	-	33
Total	3.315	301	79	3.695

\*Nacionalidade não declarada.

Fonte: MOTT *et al*, 2008.

Segundo a análise realizada pelas pesquisadoras, das 33 médicas registradas entre 1892 e 1932, 24% eram estrangeiras<sup>38</sup> e 76% brasileiras. A idade média das médicas por

<sup>38</sup> Dentre as estrangeiras, merece destaque a belga Maria Rennotte, primeira médica a exercer a profissão no Brasil. Como mostra Mott (2005), Maria Rennotte veio para o Brasil em 1878 e atuou como preceptora e professora. Aos 40 anos foi para os Estados Unidos cursar Medicina no Woman's Medical College of Pennsylvania. Ao retornar para o Brasil, faz os exames de revalidação e exerce a profissão em São Paulo, onde

ocasião do registro era de 29 anos, sendo a mais nova registrada com 23 anos e a mais velha com 47 anos. Muitas delas tinham outros familiares que exerciam a medicina e, não raro, eram casadas com colegas de profissão ou acadêmicos da mesma instituição onde haviam se formado. Todas as mulheres (assim como os homens) eram oriundas de camadas médias e de frações das elites da época, sendo filhas de médicos, engenheiros, advogados, militares, desembargadores e barões (MOTT *et al.*, 2008).

Outros pontos em comum na trajetória de grande parcela das médicas pioneiras que exerceram a profissão no final do século XIX e início do século XX é que elas eram casadas e tinham filhos, haviam recebido uma formação para o Magistério, dedicaram-se à Ginecologia, Obstetrícia ou Pediatria, destacavam-se pela luta militante pelos direitos das mulheres e escreviam periodicamente em jornais e revistas femininos da época (RAGO, 2008; MOTT, 2005). Há registros, também, de que uma significativa parcela das pioneiras que se formaram em Medicina, acabou não exercendo a profissão. Segundo Marques Filho (2004), várias dessas mulheres se casaram com colegas do curso de Medicina ou com algum “bom partido” pertencente à elite e abriram mão da carreira para se dedicarem à função de esposas e mães. Esse foi o caso de Odette Nóra Azevedo e Délia Ferraz Fávero, graduadas em 1918, na primeira turma da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (instituição incorporada à Universidade de São Paulo em 1934). Ambas se casaram com colegas de turma e não exerceram a profissão.

Além daquelas que se formavam e desistiam da profissão, havia aquelas que se matriculavam e desistiam no meio do curso. Em busca de pistas sobre o processo de formação das mulheres nas faculdades de Medicina do início do século XX, a historiadora Márcia Aparecida de Lima Vieira (2006) realizou uma pesquisa documental nos arquivos de duas instituições de formação médica desse período: a Universidade Livre de São Paulo e a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Foram analisados documentos tais como requerimentos de matrícula, atestados de saúde e de boa conduta moral, certificados de conclusão do ensino secundário, recibos de taxas pagas, provas escritas, dentre outros. A pesquisa sobre a Universidade Livre de São Paulo revelou que, dentre os documentos analisados, os atestados de boa conduta moral não foram encontrados nas pastas dos homens. Somente nas pastas das treze mulheres. Esse é um dado importante e revela o preconceito de gênero presente no processo de seleção das mulheres. Outro dado relevante foi que a maior parte das mulheres que fez requerimento de matrícula desistiu do curso antes da formatura.

---

foi reconhecida como médica de senhoras e crianças. Maria Rennotte era defensora dos direitos da mulher e escreveu muitos artigos nos mais importantes jornais da época.

Apenas duas das alunas que ingressaram se formaram: Amélia Pacheco e Mariângela Matarazzo. Ambas concluíram o curso em outra instituição porque a Universidade Livre de São Paulo foi fechada em 1917. No caso da Faculdade de Medicina e Cirurgia, até o ano de 1932, doze mulheres concluíram o curso, mas essas representavam a menor parte das mulheres matriculadas e a documentação não registrava a razão da evasão.

#### **1.4 Divisores de águas**

As décadas de 1960 e 1970 são consideradas divisores de águas no que se refere ao longo caminho de construção de oportunidades para as mulheres no ensino superior e no mundo do trabalho (BLAY, 2001). Na medicina não foi diferente. Em um estudo sobre a História do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), o período de 1960-1969 é considerado como a década da emancipação para o ingresso das mulheres na medicina (MARQUES FILHO, 2004).

O ingresso das mulheres na profissão médica só progrediu de forma significativa a partir de meados da década de 60, quando a emancipação feminina mudou o perfil do mercado de trabalho em escala mundial. Além da luta feminista, pesaram a favor do ingresso crescente das mulheres na Medicina a pílula anticoncepcional, que permitiu à mulher um controle maior sobre o próprio corpo, e a necessidade de mão-de-obra (*sic*) especializada (MARQUES FILHO, 2004, p.24).

Seguindo uma tendência mundial, até a década de 1960 a medicina no Brasil era exercida majoritariamente por homens. Foi somente a partir da década de 1970 que as faculdades de Medicina passaram a ser um espaço de maior circulação das mulheres, aumentando gradativamente ao longo da década de 1980 e 1990 e mais aceleradamente na primeira década do século XXI (MACHADO, 1998).

Além de ser o resultado da luta histórica do movimento feminista, a maior inserção das mulheres ao ensino superior é fruto, também, de toda uma conjuntura histórica e social desencadeada pelo processo de industrialização, urbanização e expansão econômica pelo qual o país passava. A partir desse período a inserção feminina na profissão médica teve uma ascensão constante. “Desde então, a derrubada das barreiras tem sido um processo lento, que ainda está longe de terminar” (MARQUES FILHO, 2014, p. 24).

A tabela analisada a seguir, faz parte de um conjunto de dados históricos e estatísticos apresentados pelo Conselho Federal de Medicina em uma pesquisa sobre demografia médica no Brasil (SCHEFFER, 2013). Analisando a evolução da população dos(as) profissionais da medicina na primeira metade do século XX, pode-se perceber a

presença de 2.956 mulheres atuando como médicas no final da década de 1910. Esse é um número que, apesar de pequeno (quando comparado ao número total de médicos do mesmo período), não pode ser desprezado. Não podemos esquecer que se trata de uma época em que as hierarquias que organizavam as relações de gênero faziam com que a sociedade, em geral, encarasse a medicina como uma profissão imprópria para mulheres (HAHNER, 1981, p. 143 e 145). Se observarmos, ainda, que até o final do século XIX o número de médicas em atividade no Brasil não passava de umas poucas dezenas, o crescimento do número de mulheres formadas em medicina entre o final do século XIX e o início do século XX foi significativo (RAGO, 2000).

**Tabela 2- Evolução da população de médicos, 1910 a 2010, segundo sexo – Brasil, 2013**

Década/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	30.273	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	124.601	69,20
2000	104.554	35,82	187.372	64,18
2010	145.568	39,91	219.189	60,09

Fonte: CFM; Pesquisa Demografia Médica no Brasil, 2013.

Observa-se uma pequena porcentagem de crescimento da população médica feminina entre as décadas de 1910-1940, uma média em torno de 2% por década; enquanto no mesmo período, a porcentagem média de crescimento da população médica masculina foi de 20,2%. Da década de 1950 para 1960 houve um aumento de 31,4% no número de médicas e 28,7% no número de médicos. Entre 1910 e 1970 a porcentagem média de homens na população médica foi de, aproximadamente, 83%. A população médica feminina correspondeu, em média a 17% do total de médicos do período.

Como já apontado anteriormente e, observado na tabela 2, da década de 1960 para a década de 1970 houve um crescimento de 107% na população médica feminina. O *boom* de crescimento da população médica feminina foi ainda maior nas décadas de 1980 (com um crescimento de 246%) e 1990 (com um crescimento de 109%). De 1960 para 1990 a população médica feminina passou de 4.519 para 67.483. O *boom* de crescimento na população médica masculina aconteceu entre as décadas de 1970 e 1980 com um crescimento de 111,8%.

Conforme explica Jorge Luiz do Amaral (2007), em sua tese de doutorado sobre os duzentos anos de ensino médico no Brasil, o crescimento da população médica brasileira esteve diretamente relacionado à abertura de novas escolas de Medicina no país e o crescimento do número de instituições de educação médica não se deu de forma gradativa e continuada. Ao contrário, se deu de forma alternada entre períodos de estagnação e períodos de surtos de intenso crescimento. Segundo Bueno e Pieruccini (2005), até o ano de 1948 havia apenas 13 escolas de medicina no país. Após a criação das duas primeiras escolas de Medicina, em 1808, se passaram 90 anos até ser criada a terceira (em 1898 no Rio Grande do Sul). Todas essas instituições eram públicas e se localizavam nas principais capitais brasileiras, sendo quatro dessas faculdades localizadas na cidade do Rio de Janeiro. Em 1956, havia 24 escolas de formação médica no Brasil.

Um dos surtos de intenso aumento do número de escolas médicas se deu nas décadas de 1960 e 1970 como resultado dos desdobramentos do acordo MEC/USAID<sup>39</sup>. Em 1964 havia 36 escolas médicas. Entre 1965 e 1976 surgiram 39 novas escolas de Medicina no país, fazendo com que em 1976 o país tivesse um total de 76 instituições de educação médica. “A análise da explosão ocorrida no período do regime militar, entre 1964 a 1985, demonstra que, das 40 escolas médicas surgidas no período, 67,5% estavam abrigadas no interior, e quanto à relação público/privada, 73,0% eram privadas, com predomínio de 68,0% de faculdades isoladas” (AMARAL, 2007, p. 145). Durante a década de 1980, houve um período de estagnação devido à proibição da abertura de novos cursos por parte do Conselho Federal de Educação. No período de 1981 a 1996 surgiram oito novas escolas de Medicina no país. Outro surto de crescimento vai acontecer no período de 1997 a 2007 quando foram criadas 83 novas escolas de Medicina. Dessas, 77% estavam vinculadas à iniciativa privada e 23% vinculadas ao setor público. Em 2007, havia 167 escolas de educação médica no Brasil. A maior parte das quais vinculadas ao setor privado. Segundo dados de pesquisas recentes, o Ministério da Educação autorizou a criação de 2.535 novas vagas e a criação de novos cursos

---

<sup>39</sup> Os desdobramentos do acordo MEC/USAID foram reunidos em documentos oficiais que definiram os critérios para a expansão do ensino superior e a reforma universitária. “Os termos do acordo MEC/USAID foram transformados em leis, portarias, resoluções e decretos, servindo aos interesses das organizações internacionais e do Estado autoritário” (AMARAL, 2007, p. 81). Sobre a intervenção das organizações internacionais na nova proposta curricular dos cursos de Medicina implementada no Brasil ver Pierucci (2007).

nas Universidades Federais das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste entre os anos de 2012 a 2014. Em 2013, existiam no Brasil 197 cursos de Medicina (BRASIL, 2013b).

Voltando a observar o crescimento da população médica masculina e feminina apresentado na tabela 2, observa-se que da década de 1980 para a década de 2010, apesar de haver um constante aumento da população masculina de médicos, houve uma diminuição da porcentagem que essa população representa no total da população médica no Brasil. Isso se explica porque a população feminina aumentou numa proporção maior que a população masculina. A porcentagem de mulheres no total da população médica brasileira passou de 23,47% para 39,91%. E a porcentagem de homens, no total da população médica brasileira, passou de 76,53% para 60,09%.

Segundo a pesquisa Demografia Médica no Brasil (SCHEFFER, 2013), quando se analisa o crescimento da população médica por faixas de idade, observa-se que quanto maior a idade da população médica, maior também a porcentagem de homens em relação às mulheres. Conforme a idade da população vai diminuindo, a proporção de mulheres vai aumentando. Entre a população mais jovem, com idade menor ou igual a 29 anos, a proporção era de 54,50% de mulheres para 45,50% de homens. As projeções da pesquisa são de que, em 2028, as mulheres passarão a representar 50,23% da população médica do país. Como pode ser observado na tabela a seguir, esses dados têm relação direta com o número de estudantes matriculados nos cursos de Medicina no Brasil nas últimas décadas. Em 2011 as mulheres representaram 54,3% dos estudantes matriculados nos cursos de Medicina e os homens representaram 45,7%.

Como pode ser observado na tabela a seguir, entre os anos de 1991 e 2011, houve um aumento progressivo do número de homens e mulheres matriculados nos cursos de Medicina no Brasil. No entanto, a partir do ano de 2005, o número de mulheres matriculadas aumentou em uma proporção maior do que o de homens.

**Tabela 3- Alunos matriculados em cursos de Medicina de 1991 a 2011 (total, mulheres e homens, dados do Censo da Educação Superior – Inep)**

Ano	Matrículas (total)	Matrículas (mulheres)	Matrículas (homens)
1991	46.881	21.771	25.110
1992	47.753	22.437	25.316
1993	47.386	22.804	24.582
1994	47.919	22.608	25.311
1995	47.934	22.728	25.206
1996	48.667	22.350	26.317
1997	48.667	21.859	26.808
1998	50.879	23.167	27.712
1999	52.304	23.724	28.580
2000	55.486	25.393	30.093
2001	57.930	26.946	30.984
2002	59.755	28.250	31.505
2003	60.912	29.418	31.494
2004	64.965	31.994	32.971
2005	68.834	34.555	34.279
2006	74.034	37.835	36.199
2007	79.246	41.151	38.095
2008	85.567	45.144	40.423
2010	103.312	55.498	47.814
2011	108.033	58.626	49.407

Fonte: Martins, Silveira e Silvestre, 2013, p. 41.

### 1.5 A reversão da diferença de gênero no curso de Medicina

Dados do INEP sobre a presença das mulheres na educação superior brasileira entre 1991 e 2005 (RISTOFF et al., 2007) revelaram que, ao longo do período, as mulheres não só representaram a maior parte dos inscritos nos vestibulares, como a maioria dos ingressantes no ensino superior e a maior parcela dos concluintes, tendo obtido mais sucesso acadêmico do que os homens. Em 2010, as mulheres representaram 60,9% dos matriculados nos cursos de ensino superior no Brasil e os homens 39% (BRASIL, 2011).

Em se tratando, especificamente, da formação superior em Medicina, um conjunto de dados que ajuda a visualizar a dinâmica de ascensão da população médica feminina é a evolução dos registros dos novos médicos junto aos Conselhos regionais e ao Conselho Federal de Medicina (SCHEFFER, 2015). Trata-se de uma população recém-formada e

representa bem os egressos dos cursos de Medicina no Brasil, já que todos os egressos saem do curso de Medicina com seus registros junto aos Conselhos Estaduais de Medicina.

Como observado na tabela a seguir, no período compreendido entre os anos de 2000 e 2014 a evolução do registro de novos médicos demonstrou um crescimento, tanto da população de novos médicos como de novas médicas, mas houve uma mudança no perfil de crescimento: a proporção de homens em relação à proporção de mulheres foi diminuindo paulatinamente e a partir do ano de 2010 as mulheres passaram a representar a maior parte dos novos licenciados. A partir de então, a diferença entre a porcentagem de licenciados tem aumentado a favor das mulheres. Além disso, vale lembrar que a maior parte dos novos licenciados têm menos de 29 anos, característica que tem levado os pesquisadores da educação médica a apontar não somente para a feminização, mas também para o que tem sido chamado de juvenização da medicina (SCHEFFER, 2013).

**Tabela 4- Evolução do registro de novos médicos entre 2000 e 2014, segundo sexo-BRASIL, 2014**

Década/Ano	Feminino	(%)	Masculino	(%)
2000	5.089	40,8	7.392	59,2
2001	5.233	43,2	6.887	56,8
2002	4.821	42,2	6.593	57,8
2003	5.042	43,1	6.656	56,9
2004	4.937	43,9	6.308	56,1
2005	5.640	45,3	6.816	54,7
2006	5.661	46,8	6.431	53,2
2007	6.064	47,5	6.700	52,5
2008	6.635	48,2	7.136	51,8
2009	7.074	49,1	7.325	50,9
2010	7.136	49,6	7.250	50,4
2011	9.420	52,6	8.480	47,4
2012	9.019	52,2	8.248	47,8
2013	10.292	53,2	9.062	46,8
2014	10.593	54,8	9.040	45,2

Fonte: CFM; Pesquisa Demografia Médica no Brasil, 2015.

Nas décadas finais do século XX a diferença de gênero que, durante tanto tempo, produziu um déficit de escolarização das mulheres com relação aos homens, foi revertido em todos os níveis de ensino no Brasil. O nível superior foi aquele em que essa conquista foi mais expressiva, com desdobramentos importantes para o mundo do trabalho. Dentre as transformações estruturais da sociedade brasileira no que diz respeito às questões de gênero, a inserção da mulher no espaço universitário tem se mostrado uma das mais significativas (BELTRÃO e ALVES, 2009). Ao contrário do que ocorreu ao longo de boa parte da história das mulheres, com a dificuldade que encontraram para ascender ao ensino superior,

atualmente as mulheres são maioria nesse nível de ensino no país. Isso também ocorreu em muitos outros países, tanto entre os considerados desenvolvidos, como Estados Unidos e França, quanto países em desenvolvimento, podendo ser considerado como um desdobramento de um fenômeno internacional de grandes proporções (BAUDELOT e ESTABLET, 1992). Aproprio-me da fala de Elias (1990, p. 83) para dizer que entendo que, no que se refere às questões de gênero, isso “(...) é sinal de uma mudança comportamental de grandes proporções”. Ainda que seja o produto (não acabado) de transformações lentas e graduais, neste início do século XXI, a sociedade brasileira tem vivenciado a fronteira de uma longa curva no processo de transição de sua história social. Acesso e permanência, em termos gerais, não podem mais ser compreendidos como resultado de processos de discriminação de gênero<sup>40</sup> no campo da educação superior no Brasil.

No entanto, diferentes pesquisadores que se ocupam das questões pertinentes à mulher no Ensino Superior brasileiro argumentam que, mesmo que ao longo das últimas décadas as mulheres tenham se destacado mais que os homens nos diversos níveis de ensino, inclusive no ensino superior, a desigualdade no campo educacional continua ocorrendo. Essa desigualdade teria mudado de roupagem, na medida em que não é mais um resultado apenas do cerceamento ao acesso, mas tornou-se efeito de processos complexos que ocorrem no interior do próprio sistema de ensino ou na relação do sistema de ensino com as famílias. Isso incide sobre os processos de escolha das carreiras, levando à formação de guetos profissionais masculinos e femininos (BELTRÃO e ALVES, 2009; BLAY e LANG, 2007; QUEIROZ, 2000; ROSEMBERG e AMADO 1992).

No caso da formação médica, os efeitos desse processo de escolha da carreira podem ser muito bem observados por meio do estudo dos processos que levam à escolha da residência e, posteriormente, dos processos de formação que acontecem ao longo da residência. Os próximos itens apresentam de maneira mais precisa essa questão.

## **1.6 Mulheres na residência médica**

A residência médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação direcionada para a especialização dos profissionais da medicina. Trata-se de uma formação prática em serviço em que o(a) residente atua diretamente com os pacientes no ambiente do hospital sob a supervisão e orientação de uma equipe médica experiente e qualificada.

---

<sup>40</sup> Como tentei mostrar em minha dissertação de mestrado (ÁVILA, 2010), que examinou o caso de mulheres mães e donas de casa que decidiram frequentar a universidade, se no quesito acesso ao Ensino Superior a desigualdade de gênero parece estar superada, em outras instâncias, como na ausência de uma distribuição equitativa no âmbito do trabalho doméstico, o mesmo não acontece.

Sabe-se que na Europa já havia programas de residência no início do século XIX. Na França, por exemplo, o concurso para a residência médica foi instituído em 1802 (DALL’AVA-SANTUCCI, 2005, p. 125). No entanto, esses programas não aliavam ensino, pesquisa e assistência. O primeiro programa de residência oficial a ser implantado em um formato semelhante ao que existe atualmente surgiu nos Estados Unidos no final do século XIX com a criação da escola de Medicina da universidade Johns Hopkins em 1893. Esta foi a primeira escola de Medicina a ter um hospital-escola e um programa de especialização em que os egressos recém-formados dos cursos de Medicina pudessem dar continuidade à sua formação por meio de um intensivo treinamento prático em serviço (FLEXNER, 1910).

Seja nos Estados Unidos, nos países da Europa ou no Brasil, para as pioneiras da medicina do século XIX conseguir o acesso aos cursos de Medicina não significou o fim das lutas pelo direito à formação médica. Essas mulheres teriam ainda muitos obstáculos a derrubar. “Para as médicas, trata-se de conquistar, em primeiro lugar, o título de doutora em medicina; depois, o acesso ao hospital que, a partir de então, torna-se espaço de aprendizado; e, finalmente, o direito de fazer o prestigioso concurso para a residência” (DALL’AVA-SANTUCCI, 2005, p. 91). As mulheres que conseguiam terminar o curso de Medicina eram impedidas de fazer residência médica e serem aceitas para estágios nos hospitais.

Ao traçarem um histórico sobre a residência médica no Brasil Michel, Oliveira e Nunes (2011) explicam que os primeiros programas de residência médica foram instituídos no país na década de 1940 junto a alguns hospitais públicos e universidades públicas. Em 1944, tem início, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, os programas de residência em Cirurgia, Clínica Médica e Físio-Biologia Aplicada. Tanto na USP como nos demais serviços, as vagas eram muito limitadas. Além disso, como os programas não eram regulamentados por normas federais, cada serviço, hospital ou universidade estabelecia suas próprias normas de funcionamento. A regulamentação da Residência Médica só aconteceu em 1977 com a criação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), por ordem de um decreto presidencial.

#### 1.6.1 O que determina a legislação

Segundo a legislação brasileira (BRASIL, 1958), após concluir os seis anos do curso de Medicina em uma instituição reconhecida pelo MEC o estudante gradua-se médico e, ao registrar-se no Conselho Regional de Medicina (CRM) de sua jurisdição, encontra-se apto a exercer a medicina. Nesse início de carreira o egresso entra no mundo do trabalho

obrigatoriamente como generalista<sup>41</sup>. A grande maioria dos médicos mais jovens (90,15%), com 29 anos ou menos, atua como generalista (SCHEFFER, 2013). A maior parte dos médicos recém-formados tem a intenção de cursar uma especialização, mas os serviços de residência não têm vagas suficientes para todos. Há um déficit de vagas na residência em comparação com o número de egressos dos cursos de Medicina e esse déficit tem se intensificado (SCHEFFER, 2013 e 2015).

Caso o médico generalista faça opção por especializar-se em alguma área específica, terá necessidade de passar por outras etapas em seu processo de formação. Há duas formas de se obter o título de especialista: uma forma é através de um Programa de Residência Médica (PRM) reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) e a outra forma é através de concursos promovidos pelas sociedades de especialidades das diferentes áreas da medicina, realizados após o profissional ter concluído um curso, estágio ou outra forma de capacitação. Em ambos os casos precisa haver o devido registro no CRM ao término do processo de formação (SCHEFFER, 2013).

Atualmente, a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº. 2.149/2016 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2016) é a norma regulamentadora para o reconhecimento e denominação das 54 especialidades e 57 áreas de atuação na medicina, bem como para a forma de concessão e registros de títulos de especialista. A resolução apresenta uma descrição normativa e técnica de como se estrutura o Programa de Residência Médica e estabelece os critérios para o reconhecimento e denominação de especialidades e áreas de atuação na medicina, bem como a forma de concessão e registros de títulos de especialista.

Para concorrer a uma vaga em um PRM os interessados deverão submeter-se a um concurso público promovido pela Comissão de Residência Médica (COREME) da instituição. Para os PRM das áreas básicas, de acesso direto, o candidato irá submeter-se a um único processo de seleção. Já para os PRM mais especializados e avançados, como as especialidades cirúrgicas, o candidato deverá realizar um PRM de acesso direto (normalmente de 2 ou 3 anos) como pré-requisito, para depois submeter-se a um novo processo de seleção<sup>42</sup>.

---

<sup>41</sup> Médico generalista é aquele que não tem um título de especialista. Na hierarquia do atendimento aos pacientes, normalmente, esse é o médico que presta os serviços primários e, caso necessário, encaminha o paciente para um atendimento mais especializado. Médico especialista é aquele que tem um título de especialista em uma das 53 especialidades reconhecidas no Brasil e presta serviços em instância secundária, terciária e quaternária.

<sup>42</sup> Por exemplo, para ser aprovado no processo de seleção para a Residência em Cirurgia Cardiovascular (4 anos de duração) o candidato precisa primeiro ter participado do PRM em Cirurgia Geral (2 anos de duração).

**Quadro 2- Programas de Residência Médica, segundo acesso direto, pré-requisitos e anos de formação**

<b>Especialidades de Acesso Direto, segundo a CNRM</b>			
Acupuntura	2 anos	Medicina Nuclear	3 anos
Anestesiologia	3 anos	Medicina Preventiva e Social	2 anos
Cirurgia Geral	2 anos	Medicina de Emergência	3 anos
Cirurgia da Mão	2 anos	Neurocirurgia	5 anos
Clínica Médica	2 anos	Neurologia	3 anos
Dermatologia	3 anos	Obstetrícia e Ginecologia	3 anos
Genética Médica	3 anos	Oftalmologia	3 anos
Homeopatia	2 anos	Ortopedia e Traumatologia	3 anos
Infectologia	3 anos	Otorrinolaringologia	3 anos
Medicina de Família	2 anos	Patologia	3 anos
Medicina do Tráfego	2 anos	Patologia Clínica/ Medicina Laboratorial	3 anos
Medicina do Trabalho	2 anos	Pediatria	2 anos
Medicina Esportiva	2 anos	Psiquiatria	3 anos
Medicina Física e Reabilitação	3 anos	Radioterapia	3 anos
Medicina Legal e perícia médica	3 anos		
<b>Especialidades que têm como pré-requisito a Clínica Médica</b>			
Alergia e Imunologia	2 anos	Gastroenterologia	2 anos
Angiologia	2 anos	Geriatria	2 anos
Cancerologia / Clínica	2 anos	Hematologia e Hemoterapia	2 anos
Cardiologia	2 anos	Nefrologia	2 anos
Endocrinologia e metabologia	2 anos	Pneumologia	2 anos
Endoscopia	2 anos	Reumatologia	2 anos
<b>Especialidades que têm como pré-requisito a Cirurgia Geral</b>			
Cirurgia Geral Avançada	2 anos	Cirurgia Plástica	3 anos
Cancerologia cirúrgica	2 anos	Cirurgia Torácica	2 anos
Cirurgia cardiovascular	4 anos	Cirurgia vascular	2 anos
Cirurgia de cabeça e pescoço	2 anos	Coloproctologia	2 anos
Cirurgia do Aparelho Digestivo	2 anos	Urologia	3 anos
Cirurgia Pediátrica	3 anos		
<b>Com pré-requisito em Ginecologia Obstetrícia ou Cirurgia Geral</b>			
Mastologia (2 anos)			
<b>Com pré-requisito em Anestesiologia, Cirurgia Geral ou Clínica Médica</b>			
Medicina Intensiva (3 anos)			
<b>Com pré-requisito em Pediatria</b>			
Cancerologia Pediátrica (2 anos)			
<b>Com pré-requisito em Clínica Médica ou Cirurgia Geral</b>			
Nutrologia (2 anos)			

Fonte: CFM; Pesquisa Demografia Médica no Brasil, 2013. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2016.

O quadro que acaba de ser apresentado traz as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, o pré-requisito para cursar a especialidade e os anos de formação exigidos para cada uma delas. Os residentes aprovados e oficialmente matriculados no PRM terão direito a bolsa de estudo paga pela Secretaria de Estado da Saúde, auxílio moradia, alimentação e férias anuais de 30 dias estabelecidas pelos departamentos e referendadas pela COREME. Após a conclusão do PRM, o(a) especialista precisará ainda passar por exames para a certificação de sua área de atuação. Os exames da AMB para certificação de áreas de atuação acontecem vinculados às Sociedades de Especialidade, como por exemplo, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular ou a Sociedade Brasileira de Coloproctologia.

#### 1.6.2 Demografia médica atual: distribuição de homens e mulheres pelas especialidades médicas

A pesquisa denominada *Demografia Médica no Brasil* publicada em 2015 indica que, em números absolutos, tanto no que se refere ao segmento dos médicos generalistas como ao segmento dos médicos especialistas há mais homens médicos do que mulheres médicas no Brasil. No entanto, em termos relativos, a proporção de homens e de mulheres que ocupam esses segmentos profissionais se encontra muito próxima, demonstrando que a busca por uma especialidade se dá em proporções semelhantes entre os sujeitos de ambos os sexos (SCHEFFER, 2015).

**Tabela 5- Médicos generalistas e especialistas, segundo sexo- BRASIL, 2014**

Sexo	Generalista	(%)	Especialista	(%)	Total
Masculino	91.576	41,0	131.661	59,0	223.237
Feminino	67.764	41,1	97.201	58,9	164.965
Total	<b>159.340</b>	<b>41,1</b>	<b>228.862</b>	<b>58,9</b>	<b>388.202</b>

Fonte: CFM; Pesquisa Demografia Médica no Brasil, 2015.

Analisando a formação de homens e mulheres nas diferentes especialidades da residência médica no Brasil, para quais especialidades homens e mulheres estariam se dirigindo? Haveria equilíbrio (ou discrepância) na distribuição de homens e mulheres nas diferentes especialidades?

A tabela apresentada na próxima página apresenta a distribuição das mulheres e dos homens pelas 53 especialidades médicas e vai ajudar a responder os questionamentos acima.

**Tabela 6- Médicos especialistas, segundo especialidade e sexo- BRASIL, 2013**

Especialidade	Masculino	(%)	Feminino	(%)	Total
Acupuntura	1.489	50,61	1.453	49,39	2.942
Alergia e Imunologia	461	39,17	716	60,83	1.177
Anestesiologia	11.732	64,36	6.496	35,64	18.228
Angiologia	542	82,87	112	17,13	654
Cancerologia	1.696	65,84	880	34,16	2.576
Cardiologia	8.582	74,23	2.979	25,77	11.561
Cirurgia Cardiovascular	1.806	90,53	189	9,47	1.995
Cirurgia da Mão	364	88,78	46	11,22	410
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	544	86,21	87	13,79	631
Cirurgia do Aparelho Digestivo	1.832	92,34	152	7,66	1.984
Cirurgia Geral	18.599	83,55	3.661	16,45	22.260
Cirurgia Pediátrica	835	67,07	410	32,93	1.245
Cirurgia Plástica	3.823	79,45	989	20,55	4.812
Cirurgia Torácica	709	92,92	54	7,08	763
Cirurgia Vascular	2.370	82,26	511	17,74	2.881
Clínica Médica	10.728	49,04	11.149	50,96	21.877
Coloproctologia	1.105	76,52	339	23,48	1.444
Dermatologia	1.606	27,10	1.321	72,90	5.927
Endocrinologia e Metabologia	1.212	34,99	2.252	65,01	3.464
Endoscopia	1.788	75,35	585	24,65	2.373
Gastroenterologia	2.211	63,57	1.267	36,43	3.478
Genética Médica	67	33,50	133	66,50	200
Geriatrics	579	50,48	568	49,52	1.147
Ginecologia e Obstetrícia	12.375	49,47	12.640	50,53	25.015
Hematologia e Hemoterapia	820	43,14	1.081	56,86	1.901
Homeopatia	1.139	46,34	1.319	53,66	2.458
Infectologia	1.152	44,48	1.438	55,52	2.590
Mastologia	876	60,46	573	39,54	1.449
Medicina de Família e Comunidade	1.476	45,37	1.777	54,63	3.253
Medicina do Trabalho	8.862	69,52	3.886	30,48	12.748
Medicina do Tráfego	2.386	75,51	774	24,49	3.160
Medicina Esportiva	592	85,80	98	14,20	690
Medicina Física e Reabilitação	478	59,45	326	40,55	804
Medicina Intensiva	3.037	71,06	1.237	28,94	4.274
Medicina Legal e Perícia Médica	521	83,23	105	16,77	626
Medicina Nuclear	441	67,02	217	32,98	658
Medicina Preventiva e Social	714	51,26	679	48,74	1.393
Nefrologia	1.583	54,91	1.300	45,09	2.883
Neurocirurgia	2.226	91,72	201	8,28	2.427
Neurologia	2.071	64,54	1.138	35,46	3.209
Nutrologia	697	59,17	481	40,83	1.178
Oftalmologia	6.237	63,30	3.616	36,70	9.853
Ortopedia e Traumatologia	9.954	94,85	540	5,15	10.494
Otorrinolaringologia	3.364	67,63	1.610	32,37	4.974
Patologia	911	45,46	1.093	54,54	2.004
Patologia Clínica / Medicina Laboratorial	841	52,04	775	47,96	1.616
Pediatria	9.138	30,37	20.954	69,63	30.092
Pneumologia	1.477	56,98	1.115	43,02	2.592
Psiquiatria	4.429	58,63	3.125	41,37	7.554
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	5.217	65,86	2.704	34,14	7.921
Radioterapia	348	70,16	148	29,84	496
Reumatologia	783	48,01	848	51,99	1.631
Urologia	4.001	98,30	69	1,7	4.070

Fonte: CFM; Pesquisa Demografia Médica no Brasil, 2013.

Observando-se a ordem das especialidades com maior número de profissionais quanto ao gênero, percebe-se que a especialidade de acesso direto com maior número de homens é a Cirurgia Geral, enquanto que para as mulheres é a Pediatria. A especialidade de Ginecologia e Obstetrícia vem, empatada, como a segunda maior escolha tanto para os homens como para as mulheres. Duas especialidades, a Pediatria e a Ginecologia e Obstetrícia, reúnem 26,5% do universo de especialistas<sup>43</sup>. É importante destacar, no entanto, que entre os profissionais mais jovens (com menos de 29 anos) tem havido um aumento do número de mulheres e uma diminuição do número de homens na escolha dessas especialidades e a diferença percentual tem aumentado em vantagem para as mulheres. Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Dermatologia, são algumas das especialidades que mais têm se feminizado.

No período analisado os homens representaram a maior parte dos especialistas em 40 especialidades com predominância de 75% em comparação às mulheres, que eram maioria em 13 especialidades. Na maior parte das especialidades em que as mulheres representaram a maioria a diferença percentual com relação aos homens foi pequena. Dentre as especialidades em que as mulheres foram maioria destacam-se: Pediatria (69,63%), Medicina de Família (63%), Clínica Médica (50,96%) e Ginecologia e Obstetrícia (50,53%). A especialidade em que as mulheres tiveram a maior vantagem percentual em relação aos homens foi a Dermatologia, onde elas corresponderam a 72,9% dos profissionais. As especialidades em que os homens tiveram maior vantagem percentual em relação às mulheres foram as especialidades cirúrgicas, onde a população masculina representou 98,30% dos profissionais da Urologia, 92,92% da Cirurgia Torácica, 92,34% da Cirurgia do Aparelho Digestivo, 91,72 da Neurocirurgia, 90, 45% da Cirurgia Cardiovascular, dentre outras. A especialidade cirúrgica<sup>44</sup> com maior percentual de mulheres foi a Cirurgia Pediátrica (32,93%), seguida da Cirurgia Plástica (23,48%).

Observando-se somente as especialidades cirúrgicas, percebe-se que a população médica feminina corresponde a 16,45% dos profissionais em Cirurgia Geral e a 14,3% dos profissionais em todas as outras especialidades cirúrgicas combinadas<sup>45</sup>. Quando se observam as especialidades cirúrgicas separadamente, em algumas delas, como na Urologia, na Cirurgia

---

<sup>43</sup> Ver tabela com distribuição de médicos especialistas, segundo especialidades, 2014 no Anexo A (p. 382).

<sup>44</sup> Os profissionais das especialidades de Ginecologia e Obstetrícia, Otorrinolaringologia e Oftalmologia podem atuar tanto em procedimentos clínicos quanto em procedimentos cirúrgicos.

<sup>45</sup> Além daquelas que têm no nome o termo “Cirurgia” são também consideradas cirúrgicas as seguintes especialidades: Neurocirurgia, Ortopedia e Traumatologia, Urologia e Coloproctologia.

Torácica, na Cirurgia do Aparelho Digestivo e na Cirurgia Cardiovascular, por exemplo, a porcentagem de mulheres em relação aos homens é inferior a 10%.

### 1.6.3 A feminização da Medicina e o *déficit* feminino nas especialidades cirúrgicas

Ao analisar os dados sobre a distribuição da população médica de ambos os sexos pelas diferentes especialidades, a pesquisa *Demografia Médica no Brasil* apresenta uma projeção estatística e indica que “a feminização da medicina deve se amplificar nos próximos anos e será preciso levar em conta que as mulheres diferem dos homens na escolha de especialidades...” (SCHEFFER, 2013, p. 30).

Assim como no Brasil, pesquisas realizadas em diferentes países têm mostrado que o fenômeno da feminização da medicina acompanhado do crescente aumento de profissionais médicos com idade inferior a 30 anos e a “preferência” das mulheres por especialidades clínicas tem provocado a escassez de profissionais nas especialidades cirúrgicas. Levando-se em consideração que a maior parte dos novos ingressantes na profissão médica são mulheres, e que elas fazem opção por atuarem predominantemente nas áreas clínicas, a aposentadoria dos especialistas cirúrgicos das gerações mais velhas tem causado escassez de profissionais nessas especialidades (ALLEN, 2005; POPPAS, 2008; BUDDEBERG-FISCHER *et al*, 2010; FUKUDA e HARADA, 2010; DE MARIA, 2008). No Japão, uma pesquisa realizada pelo Departamento de Medicina e Saúde Coletiva da Escola de Medicina da universidade de Yamaguchi mostrou que o país passa por uma crise na medicina por falta de profissionais em determinadas especialidades e que essa carência será agravada pelo aumento das mulheres na medicina (FUKUDA e HARADA, 2010). Nos Estados Unidos governo e corporações médicas se preocupam com o fato de que, em um futuro próximo, haverá um déficit de cirurgiões(ãs) cardiovasculares no país (POPPAS, 2008). No editorial do *Journal of the American College of Cardiology*, o editor-chefe, Anthony De Maria (2008), explica que o aumento do número de mulheres médicas tem gerado um desafio emergente para a comunidade cardiovascular internacional: tentar atrair a força de trabalho feminina para essa especialidade, principalmente para a Cirurgia Cardiovascular.

Uma pesquisa que comparou os impactos da feminização da medicina em quatro países de língua inglesa (Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Austrália) constatou que médicos e médicas não constroem a carreira da mesma maneira. Há persistentes diferenças de padrões e da escolha da especialidade entre os sexos que afetarão o futuro planejamento dos recursos de mão-de-obra médica (MACMURRAY *et al*, 2002). Para as pesquisadoras Barbara

Buddeberg-Fischer e Martina Stamm (2010), apesar das grandes mudanças causadas pela feminização da medicina, as instituições de formação médica têm sido lentas em adaptarem-se à nova realidade. Nem as políticas institucionais, nem as condições de formação, nem os requisitos de seleção para as especialidades, têm sido adaptados às necessidades femininas.

### 1.7 Mulheres cirurgiãs

Quando os bisturis da cirurgia  
 Manchados de sangue humano  
 Deixarem sua pele avermelhada,  
 Quem vai acariciar sua mão?  
 As palavras eruditas na sua boca  
 Esfriarão nosso beijo.  
 Nada de muitas doutoras, ora vamos,  
 Nem diplomas, nem concursos...  
 Nós que vivemos dos seus carinhos  
 Preferimos suas saias.

Poema publicado no periódico *Progresso Médico*, em 1895, nos Estados Unidos (LEGAY e BARBIZET, 1988, *apud* DALL'AVA-SANTUCCI, 2005, p. 140).

Esse poema foi escrito por um médico no final do século XIX em repúdio à ideia de as mulheres se tornarem médicas e cirurgiãs. A insistência de algumas mulheres em exercerem a medicina era vista como uma ameaça não só ao prestígio da profissão, como também aos bons costumes sociais e familiares. Na Itália, primeiro país a outorgar um diploma de Medicina a uma mulher, em 1668, o professor de cirurgia Francesco Boselli, da Universidade de Pádua, escreveu um tratado com argumentos considerados por ele como “científicos” para tentar justificar porque as mulheres não deveriam exercer a medicina. Elas poderiam até obter um diploma de Medicina, mas exercer a profissão, nunca. Dentre os argumentos de Boselli, Dall’Ava-Santucci transcreve os seguintes:

‘Em relação ao sexo, podemos dizer, imediatamente, que apenas um está adaptado à arte de Hipócrates’.

‘Essas mulheres, entretanto, devem ser vistas como monstros contingentes e raros’.

‘Fracas, nervosas, covardes, animadas por baixos instintos, cegas pelos sentimentos, recusando as dificuldades, vingativas, irracionais, implacáveis, meio loucas’(DALL’AVA-SANTUCCI, 2005, p.81).

O tratado de Boselli dizia ainda que as mulheres que se enveredavam pela medicina levavam uma vida promíscua e tinham um interesse erótico permanente por ver e apalpar órgãos genitais masculinos. No final do século XIX esse tipo de argumento ainda repercutia no imaginário social.

Segundo Dall’Ava-Santicci (2005), apesar de proibidas de exercerem a medicina algumas das pioneiras ousaram ir mais longe e trabalharam como cirurgiãs no anonimato. No anonimato porque se disfarçaram de homens ou no anonimato porque trabalhavam junto com o cônjuge, que também era um cirurgião. O caso mais conhecido é o do Dr. James Barry, cirurgião condecorado por seu trabalho nos hospitais militares do Império Britânico na primeira metade do século XIX. James era tido por seus colegas de medicina como meio efeminado, mas nunca nenhum dos colegas percebeu que, na verdade, se tratava de uma mulher disfarçada de homem. Barry se formou em 1812 e logo ingressou no exército britânico como médico assistente. Nos hospitais improvisados, numa época em que não havia anestesia, Barry fez cirurgias de amputação a ritmo de guerra. Ao retornar para a Inglaterra foi condecorado com uma medalha de honra por sua bravura na batalha de Waterloo. Em 1858 o conhecido Dr. James Barry é nomeado inspetor geral dos hospitais do Império, o posto mais elevado na hierarquia médico-militar. Somente por ocasião de sua morte, em 1865, é que seu segredo foi revelado e, na autópsia, descobriu-se que, possivelmente, havia passado por uma gravidez. Para evitar um escândalo o alto escalão do exército deu ordens para que ela fosse enterrada como sempre foi conhecida, como o Dr. James Barry (WIRTZFELD, 2009).

Sobre a história das mulheres cirurgiãs Wirtzfeld (2009) comenta que a primeira mulher cirurgiã nos Estados Unidos foi a Dr<sup>a</sup>. Mary Edwards Walker em 1855. Sua inserção como cirurgiã foi possível porque atuou como auxiliar do marido, o cirurgião Albert Miller, seu colega de classe na faculdade. Trabalhou no exército dos Estados Unidos como enfermeira por alguns anos e em 1863 se tornou a primeira cirurgiã do exército americano. Se em tempos de paz as cirurgiãs pioneiras não tinham trânsito fácil pelos hospitais e eram cerceadas em sua prática, em tempos de guerra, diante da escassez de profissionais, os hospitais militares se tornavam um espaço possível de trânsito para elas. Em tempos de guerra os discursos sobre a fragilidade e a falta de força física da mulher deixavam de ser uma justificativa para que não atuassem como médicas ou cirurgiãs.

Entre a primeira mulher a se tornar cirurgiã nos Estados Unidos e a primeira mulher a se tornar cirurgiã no Brasil houve um espaço de tempo de, aproximadamente, um século. O Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC) foi criado em 1929 e a primeira cirurgiã a se registrar nesse órgão representativo foi Merisa Braga de Miguez Garrido, em 1959, como

cirurgiã vascular. Depois dela as próximas a se registrarem foram: Oldea Bertolazzo, em 1964 como cirurgiã obstetra; Maria Luíza Pessoa Cavalcanti, em 1966 como cirurgiã cancerologista; Talita Romero Franco, em 1968, como cirurgiã plástica e Angelita Habr-Gama em 1969, como cirurgiã coloproctologista (FRANCO e SANTOS, 2010). Dez anos depois, em 1979, duas mulheres recebem, pela primeira vez, o título de cirurgiãs cardiovasculares: Vera Lucia Amaral Molari Piccardi e Gueisha Barbosa Moreira (PICCARDI, 2004). A primeira mulher a receber o título de especialista em urologia foi a Dra. Nancy Denicol em 1981<sup>46</sup>.

Os relatos das experiências de muitas dessas mulheres pioneiras da cirurgia no Brasil revelam que a inserção no campo médico cirúrgico nunca foi fácil; teve um “preço” a ser pago por elas. Em 1958, quando Angelita Habr-Gama se tornou a primeira mulher residente em Cirurgia Geral do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), as especialidades cirúrgicas eram redutos exclusivamente masculinos. As especializações aceitáveis para uma mulher eram, preferencialmente, Pediatria e, no máximo, Clínica Médica ou Ginecologia.

Os detalhes da biografia de Angelita Gama que apresento a seguir foram obtidos através de entrevistas que ela concedeu a diferentes periódicos (MARCOLIN, 2006; REVISTA MÉDICA, 2009; JONATHAN, 2014). Entre o final da década de 1950 e o início da década de 1960, a Dra. Angelita Habr-Gama passou pelo programa de residência em Cirurgia do Aparelho Digestivo na Universidade de São Paulo e por um estágio de um ano no Saint Mark's Hospital, em Londres. Ela relata que teve dificuldades para ser aceita no programa de residência de cirurgia da USP porque havia apenas oito vagas e o número de concorrentes homens era grande. No entanto, como ela obteve o primeiro lugar no concurso pôde escolher o serviço cirúrgico que queria frequentar. A vaga como estagiária no Saint Mark's Hospital, em 1961, só foi conseguida após duas recusas anteriores. O diretor do hospital justificava as recusas dizendo que aquele era um hospital somente para cirurgias homens. Após muita insistência, ela foi a primeira mulher a estagiar no Saint Mark's. Angelita passou por diversas situações constrangedoras, desde ser chamada pelos colegas assistentes de "big mother", numa insinuação de que ela deveria assumir a função de servir as refeições para os colegas, até o constrangimento de não ter um vestário feminino para se trocar, situação que acontecia também no Brasil. Tanto no Brasil, quanto na Inglaterra ela se trocava no

---

<sup>46</sup> Informações obtidas no *site* da Sociedade Brasileira de Urologia: [http://sbuserver.org.br/download/teste\\_recet/pdf/2013/3\\_mulher\\_urologia.pdf](http://sbuserver.org.br/download/teste_recet/pdf/2013/3_mulher_urologia.pdf)

vestiário das enfermeiras. Em diversas situações ela foi confundida com uma enfermeira. Os pacientes reagem com estranhamento à presença de Angelita nas consultas pré-operatórias e, frequentemente, perguntavam pelo cirurgião que iria operá-los. Para provar que tinha capacidade para ser cirurgiã Angelita sempre trabalhou mais do que os residentes homens. Ela diz que não foi fácil se inserir como cirurgiã no Brasil; e no exterior foi ainda mais difícil. Ao escolher a carreira de cirurgiã coloproctologista Angelita fez opção, juntamente com o marido, o também cirurgião Joaquim José Gama Rodrigues, de não terem filhos para que ela pudesse investir na carreira. Em entrevista recente Angelita diz que não se arrepende de ter escolhido a profissão em sacrifício da maternidade, mas diz que se tivesse se tornado cirurgiã nos dias atuais não sabe se teria tomado a decisão de não ter filhos.

As injunções às quais Angelita foi submetida refletem a imposição de um imaginário social que se perpetua desde a época das primeiras mulheres a se tornarem cirurgiãs, até os dias atuais: o pensamento de que a cirurgia não é uma profissão adequada para as mulheres por ser incompatível com a constituição de uma família e com a maternidade. Dentre tantas outras, Jennie Smillie Robertson, primeira mulher a se tornar cirurgiã no Canadá em 1911, sofreu esse mesmo tipo de imposição. Ao decidir pela carreira cirúrgica se viu obrigada a escolher entre o casamento e a cirurgia. Em 1898 ela abriu mão de se casar para estudar medicina. Casou-se com o namorado da juventude muitos anos depois, aos 70 anos de idade (WIRTZFELD, 2009).

Muitos dos discursos que acompanharam a inserção das primeiras mulheres cirurgiãs, no século XIX, continuaram presentes no século XX e fazem eco ainda hoje. A ideia de que é muito difícil conciliar a vida familiar, a maternidade e a profissão como cirurgiã é apontada como um dos principais motivos que levam muitas mulheres a não fazerem opção pela cirurgia como especialidade. Aliado a esse motivo, outro discurso que tem contribuído para afastar as mulheres da carreira cirúrgica é a ideia de que a cirurgia demanda grande força e resistência física, e que essas são condições incompatíveis com a condição feminina (SCHEFFER, 2013).

Até a década de 1960 o número de mulheres cirurgiãs no Brasil era extremamente baixo. A partir da década de 1970 houve um crescimento significativo e as décadas de 1980 e 1990 foram as de maior crescimento do número de cirurgiãs no Brasil. Após esse período de crescimento, a década de 2000 mostrou uma queda no ritmo de inserção de mulheres (e também dos homens) nas especialidades cirúrgicas (FRANCO e SANTOS, 2010)

Apesar da maior inserção das mulheres na carreira cirúrgica nas últimas décadas, o número das que optam por alguma especialidade cirúrgica não tem acompanhado esse

crescimento. Em 2008, dados do Colégio Brasileiro de Cirurgiões revelaram que apenas 11,9% dos cirurgiões brasileiros eram mulheres. Os últimos dados da pesquisa *Demografia Médica no Brasil* revelaram que, na maior parte das especialidades cirúrgicas, a porcentagem de mulheres não passava de 10%, valor percentual comparado à porcentagem de mulheres médicas no Brasil em 1910 (SCHEFFER, 2013).

A nível internacional, assim como no Brasil, o percentual de mulheres cirurgiãs aumentou significativamente nas últimas décadas (AAMC, 2010a). No entanto, quando se observa a distribuição das mulheres cirurgiãs pelas diferentes subespecialidades, percebe-se uma acentuada vantagem para as especialidades cirúrgicas ligadas à Pediatria e à Ginecologia e Obstetrícia, ao mesmo tempo em que se observa uma defasagem em especialidades como urologia, neurocirurgia, ortopedia, cirurgia torácica, cirurgia cardíaca, dentre outras. Em termos de porcentagem de mulheres cirurgiãs quando comparadas aos homens cirurgiões, os dados são muito parecidos com os do Brasil.

Nos Estados Unidos, por exemplo, em 2009 as mulheres cirurgiãs representavam 6,5% da Neurocirurgia, 4,4% da Ortopedia, 4,8% da Cirurgia Torácica, 5,6% da Urologia e 47,1% da Cirurgia Obstétrica e Ginecológica. Quando se faz a comparação entre a porcentagem de mulheres que escolhem a especialidade cirúrgica de Ginecologia e Obstetrícia e as mulheres que fazem opção pelas demais especialidades cirúrgicas, a diferença é ainda maior. Das 8.341 mulheres que faziam residência em especialidades cirúrgicas nos Estados Unidos em 2008, 3.781 fizeram opção pela Cirurgia Obstétrica e Ginecológica, valor que representa 45,33% do total de mulheres em residência cirúrgica. Nessa mesma especialidade havia um total de 4.848 residentes, o que fazia com que as mulheres representassem 78% do total de residentes em Cirurgia Obstétrica e Ginecológica (AAMC, 2010b).

Em 2013, a Universidade da Califórnia, através do Centro de Pesquisas de Gênero nas Profissões publicou uma pesquisa sobre o status dos homens e das mulheres na profissão médica (WILLIAMS, PECENCO e BLAIR-LOY, 2013). Segundo a pesquisa, apesar da maior inserção das mulheres nas especialidades cirúrgicas, a segregação de gênero tem permanecido constante quando se observa a distribuição das mulheres pelas diferentes especialidades, já que as especialidades com o maior número de mulheres são a Cirurgia Obstétrica e Ginecológica e a Cirurgia Pediátrica. Outros aspectos que revelam a desigualdade de gênero têm a ver com: (i) o maior esforço que as mulheres precisam fazer para demonstrar que são tão competentes quanto os homens naquilo que fazem (em geral, elas são observadas e cobradas com maior rigorosidade que os homens); (ii) o fato de as mulheres cirurgiãs terem

remuneração menor que os homens da mesma especialidade e com o mesmo tempo de formação (elas ganham, em média, 80% dos salários de seus homólogos homens).

A crescente inserção feminina na profissão médica tem sido objeto de estudo em diferentes centros de pesquisa de diferentes países. Essas pesquisas têm alertado para o fato de que, apesar do número de mulheres cirurgiãs haver aumentado nas últimas décadas, a discriminação de gênero tem permanecido presente tanto durante o processo de formação quanto na inserção das cirurgiãs no mundo do trabalho. Ao mesmo tempo, as pesquisas têm alertado também para uma crise que já vem atingindo os países mais desenvolvidos, provocada pelo *déficit* de especialistas em cirurgia (SCHEFFER, 2013; WILLIAMS, PECENCO e BLAIR-LOY, 2013; MACMURRAY et al, 2002; ALLEN, 2005; FUKUDA e HARADA, 2010; BUDDEBERG-FISCHER e STAMM, 2010; MACHADO, 2003).

Se até a década de 1950 não havia cirurgiãs que servissem como exemplo e estímulo para as jovens recém-formadas em medicina no Brasil, hoje há. São cirurgiãs ortopedistas, cardiovasculares, neurologistas, proctologistas, urologistas, torácicas, transplantadoras, dentre outras especialistas<sup>47</sup>. Como disse Angelita Habr-Gama em entrevista: “A aceitação da mulher realizar operações de grande porte foi progressivamente crescendo. Captei a confiança dos meus pares. Segui todos os passos da carreira universitária” (REVISTA DE MEDICINA, 2009, p.70). Mas, segundo a mesma cirurgiã, em outra entrevista: "Ainda hoje causa estranheza uma mulher ser tão bem-sucedida em uma especialidade dominada por homens" (MARCOLIN, 2006, p. 10).

Se até as décadas de 1950 e 1960 o ambiente de formação cirúrgico era abertamente hostil às mulheres que optavam por uma especialização cirúrgica, atualmente os obstáculos e a discriminação de gênero têm se manifestado por meio de facetas mais sutis. Existe certa pressão por um tipo de comportamento considerado adequado a uma mulher no ambiente cirúrgico. Uma pesquisa realizada com mulheres cirurgiãs nos Estados Unidos, por exemplo, revelou que mulheres que são mães evitam falar sobre suas preocupações com problemas domésticos (até mesmo relacionados à saúde dos filhos) por receio de sofrerem represálias por parte de seus colegas. A mesma pesquisa registra relatos de várias mulheres sobre a expectativa que pesa sobre elas. Precisam sempre provar que são tão capazes quanto seus colegas homens e isso faz com que as exigências que se impõem sobre elas sejam maiores (TROPPEMANN et al, 2009).

---

<sup>47</sup> As sociedades brasileiras de especialidades cirúrgicas têm veiculado reportagens e documentários sobre as mulheres cirurgiãs:

Ver Sociedade Brasileira de Urologia (SBU, 2013).

Ver Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (BALLET DE MÃOS, 2013).

A sutileza das exigências desiguais colocadas sobre as mulheres foi relatada por algumas mulheres neurocirurgiãs brasileiras<sup>48</sup>:

Além dos problemas inerentes ao longo do tempo de formação e o acúmulo de atividades, as mulheres precisam enfrentar o preconceito ainda existente no meio neurocirúrgico. E isso ocorre já na tentativa do ingresso na residência médica. As mulheres que prestam concursos para residência médica em neurocirurgia podem até obter ótimos resultados nas provas teóricas, ficando até mesmo em excelentes colocações, no entanto, por motivação pessoal e falta de credibilidade em sua capacidade, em muitos casos as candidatas são reprovadas durante a entrevista. Muitas vezes, há medo de as mulheres não suportarem a carga de trabalho e desistirem, deixando vagas vazias no serviço e desestruturando-o. Há também receio de gravidez durante a residência, fazendo com que a equipe fique desfalcada. E esse preconceito não vem apenas da preceptoria, mas também dos colegas residentes (LINS, ADRY e BRANDÃO, 2013, p. 9).

A rejeição por parte dos colegas residentes também foi relatada por Nancy Denicol, primeira mulher urologista do Brasil e, atualmente, docente e chefe do transplante renal no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Em entrevista concedida à Sociedade Brasileira de Urologia, a cirurgiã relatou que, em sua época de residência, os comentários mais deletérios eram feitos por seus colegas. Atualmente, a resistência em relação à mulher urologista tem diminuído e a aceitação por parte dos pacientes tem sido bem melhor, mas é comum mulheres urologistas serem questionadas por seus colegas se irão optar por especializarem-se em urologia pediátrica ou urologia ginecológica (SBU, 2013).

Apesar das muitas conquistas femininas na disputa por espaços no campo da medicina, os preconceitos e hierarquias de gênero ainda se fazem presentes. Estão presentes nos discursos que insistem em atribuir às mulheres espaços socialmente demarcados em função da gravidez e da maternidade nas resistências sutis e veladas, como aconteceu com a cirurgiã Lúcia entrevistada para essa pesquisa durante as entrevistas para o processo seletivo da residência. Quando perguntei a ela se alguém a havia desestimulado de fazer residência ela deu a seguinte resposta: “Ninguém me falou isso, mas tinha lugares que eu ia prestar residência e o pessoal perguntava se eu era casada, se eu tinha namorado, se eu pretendia ter filhos. Isso aí ninguém pergunta para os homens. Não é [rindo]?” (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Lúcia, gastrocirurgiã-docente).

---

<sup>48</sup> LERNER, STOLZMANN e GULLA (2009), fizeram um estudo sobre os problemas enfrentados pelas mulheres urologistas norte americanas durante a gravidez. Devido ao extremo rigor dos programas de residência (em relação, por exemplo, às muitas horas de trabalho exigidas) e ao longo processo de formação, as cirurgiãs adiam ao máximo a decisão pela gravidez.

Assim, como se vê, a crescente inserção feminina na medicina e na carreira cirúrgica não deve esconder as tensões e contradições que ainda acompanham a entrada das mulheres nessas carreiras. Não há dúvida de que se observam modificações importantes. No entanto, embora as mulheres tenham conquistado importante espaço na medicina esse deslocamento de fronteiras, lembrando a expressão usada por Souza-Lobo (1991, p.191), “não eliminou a hierarquia de gênero”.

## **CAPÍTULO 2. AS NOVAS FRONTEIRAS DA DESIGUALDADE DE GÊNERO NA MEDICINA**

Neste capítulo apresento uma revisão de literatura que aborda, primeiramente, as implicações em torno das questões que envolvem as formas vertical e horizontal de segregação de gênero presentes no campo da medicina contemporânea, bem como as interpretações mobilizadas pela literatura especializada como possíveis explicações para essas questões. Em seguida, ainda como revisão de literatura, fundamento minha linha de interpretação sociológica em torno da ideia de que as expectativas sociais das mulheres médicas contemporâneas quanto ao tipo de projeto profissional e a forma de concebê-los apresenta uma forte relação com os modelos culturais socialmente construídos, ao longo do processo de formação médica, em torno da diferença entre os sexos e da desigualdade cultural que imputa às mulheres (e aos padrões de feminilidade) certas desvantagens e aos homens (e aos padrões de masculinidade) certos privilégios socialmente condicionados.

### **2.1 Segregação vertical e horizontal: as novas fronteiras da desigualdade de gênero na Medicina**

Segundo a literatura especializada, as novas fronteiras da desigualdade de gênero no mundo do trabalho têm se manifestado por meio de mecanismos de segregação mais sutis presentes tanto no sentido vertical das estruturas hierárquicas dos diferentes campos profissionais com a sub-representação das mulheres em cargos de chefia e comando, como no sentido horizontal, com a sub-representação do sexo feminino em ocupações de maior prestígio e remuneração (CHARLES, 2003; HIRATA, 2015; MARUANI, 2011; BRUSCHINI, 2000 e 2007).

Na medicina, a segregação de gênero horizontal tem se manifestado na forma desigual como homens e mulheres escolhem a especialidade (TAYLOR, LAMBERT e GOLDACRE, 2009; RISKKA, 2009; BUDDEBERG-FISCHER e STAMM, 2010; DIDERICHSEN et al, 2013; ALERS, 2014 a). Os homens tendem a fazer opção por especialidades cirúrgicas, que são também aquelas consideradas as de maior prestígio e remuneração<sup>49</sup> (MACHADO, 1997; RISKKA, 2001 e 2010; PÖGE et al, 2010; BUDDEBERG-FISCHER e STAMM, 2010; SANTOS, 2010a), ou por especialidades clínicas como a

---

49 Sobre as diferenças de remuneração em relação às especialidades no Brasil ver o documento CBHPM-Classificação Brasileira de Honorários e Procedimentos Médicos, produzido pela Comissão Nacional de Honorários médicos (CARDOSO FILHO e ZILLI, 2014). No contexto internacional ver: (SZUMACHER, 2005; BUDDEBERG-FISCHER e STAMM, 2010; PÖGE, 2010; RISKKA, 2010; TSOUROUFLI, 2015).

Cardiologia e a Neurologia. A maior parte das mulheres, por sua vez, tende a fazer opção pela medicina generalista e tem se deslocado para especialidades clínicas como Pediatria, Ginecologia – Obstetrícia, Clínica Médica, Dermatologia e outras especialidades voltadas para o cuidado primário (BOUET, 2014; ALERS et al, 2014b; GRIGG, ARORA e DIWAN, 2014; BMA, 2015).

Como já destacado no capítulo anterior com base nos dados estatísticos divulgados pelo Conselho Federal de Medicina (SCHEFFER, 2015), de maneira semelhante ao que acontece a nível internacional, no Brasil as pesquisas documentam que, a despeito de as mulheres constituírem atualmente a maior parte dos novos ingressantes na profissão médica e de representarem 42,5% dos médicos especialistas no Brasil, em números absolutos, a maior parte das mulheres especialistas (58% delas) concentra-se em apenas três especialidades: Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Clínica Médica. O mesmo estudo indica que entre os homens há uma predominância de atuação nas especialidades cirúrgicas, onde representam em torno de 40% do total dos especialistas do sexo masculino.

Esses dados apontam para a forma desigual como homens e mulheres distribuem-se horizontalmente pelas especialidades médicas no Brasil, mas uma análise mais atenta sobre a proporção homens/mulheres em cada especialidade revela uma desigualdade ainda mais acentuada. Segundo dados da pesquisa Demografia Médica no Brasil (SCHEFFER, 2015), dentre as 53 especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, os homens são maioria em 38 delas (71%) e as mulheres em 15 delas<sup>50</sup>. No Brasil, as duas especialidades nas quais as mulheres representam a maior porcentagem por especialidade quando comparadas aos homens, são a Dermatologia e a Pediatria com, respectivamente, 74,4% e 71,7% de predominância feminina. As especialidades nas quais, proporcionalmente, os homens representam a maior parte dos especialistas quando comparados às mulheres são a Urologia, a Ortopedia e Traumatologia, a Cirurgia Torácica, a Neurocirurgia, a Cirurgia do Aparelho Digestivo e a Cirurgia Cardiovascular, todas elas pertencentes à área cirúrgica e todas elas com mais de 90% de predominância masculina.

A segregação vertical tem igualmente se manifestado no campo da medicina, sendo registrada significativa desigualdade de gênero quanto às posições ocupadas por homens e mulheres na composição da hierarquia médica (MACHADO, 1997; SANTOS, 2010a; RISKÁ, 2009; TSOUROUFLI, 2015). Mesmo em países como a Rússia, onde as

---

<sup>50</sup> Ver nos Anexos B e C (p. 384 e 385) as tabelas intituladas, respectivamente: Distribuição de médicos especialistas, segundo especialidades com predominância feminina - Brasil, 2014 e Distribuição de médicos especialistas, segundo especialidades com predominância masculina - Brasil, 2014.

mulheres representam em torno de 70% dos profissionais da medicina as posições mais elevadas em termos de cargos de chefia e remuneração são ocupadas tradicionalmente por homens, tanto nos espaços de formação das escolas médicas, como nos espaços de atuação profissional nos hospitais e nas entidades representativas (RISKA, 2001). No cenário nacional e internacional são poucas as mulheres que ocupam posições de chefia nos cargos administrativos das instituições médicas (CACOUAULT-BITAUD, 2001; MACMURRAY et al, 2002; UIC, 2011; MACHADO, 1997; SANTOS, 2010a; BUDDEBERG-FISCHER e STAMM, 2010; TSOUROUFLI, 2015). Nas escolas de Medicina, não apenas são raras as mulheres médicas que ocupam cargos de liderança nos diferentes departamentos, como também são raras as mulheres que ocupam cargos como docentes nas disciplinas específicas da atuação médica<sup>51</sup> (MACMURRAY et al, 2002; ALLEN, 2005; LEMPP e SEALE, 2006; MONTAGNER, 2007; SANTOS, 2010b; BUDDEBERG-FISCHER et al, 2010; UIC, 2011; TSOUROUFLI, 2015). A raridade é especialmente notada na docência das especialidades cirúrgicas (SANTOS, 2010b; BUDDEBERG-FISCHER et al, 2010; TSOUROUFLI, 2015).

Além da raridade, quando chegam a ocupar cargos de chefia ou quando chegam aos mais altos níveis da hierarquia docente, na maior parte dos casos, as mulheres precisaram percorrer um trajeto mais longo e acidentado do que os homens que ocupam os mesmos cargos (MASON e EKMAN, 2007; TAYLOR, LAMBERT e GOLDACRE, 2009; BUDDEBERG-FISCHER e STAMM, 2010; SANTOS, 2010a, 2010b, 2011; MOSCHKIVICH e ALMEIDA, 2015). As mulheres tendem a avançar menos na carreira e as chances e oportunidades de ascensão profissional não têm se mostrado as mesmas para homens e mulheres (REICHENBACH e BROWN, 2004; MONTAGNER, 2007; TAYLOR, LAMBERT e GOLDACRE, 2009; SHOLLEN, 2009; BUDDEBERG-FISCHER et al, 2010; MACHADO, 1997; SANTOS, 2010a; MOSCHKIVICH, 2012; TSOUROUFLI, 2015).

Tanto no que se refere à desigualdade vertical, como à desigualdade horizontal, embora haja diferenças em função das particularidades regionais e culturais de cada país, instituição ou departamento, as explicações possíveis indicadas pela literatura nacional e internacional têm apontado para uma base comum que opera como fonte geradora da

---

<sup>51</sup> É importante destacar que, no Brasil, até o terceiro ano da faculdade de Medicina a grade curricular contempla disciplinas de formação básica, como Saúde Pública, Embriologia, Biologia Celular, Genética, Anatomia Humana, Imunologia, e outras disciplinas que também são comuns a outros cursos da área da saúde e, em geral, os(as) docentes que ministram tais disciplinas não são médicos(as). As disciplinas ministradas por médicos(as), em geral, são aquelas mais específicas do atendimento clínico ou cirúrgico e são ministradas a partir do terceiro ano do curso de Medicina.

reprodução da desigualdade de gênero na medicina: a presença de barreiras indiretas<sup>52</sup> profundamente enraizadas na cultura médica e nas políticas de oportunidade de ascensão profissional que se traduzem, na prática, como formas sutis de desvantagem contra as mulheres (MACHADO, 1997 e 1998; SZUMACHER, 2005; MASON e EKMAN, 2007; TAYLOR, LAMBERT e GOLDACRE, 2009; SHOLLEN, 2009; SANTOS, 2010a e 2010b; BUDDEBERG-FISCHER et al, 2010; UIC, 2011; RISK, 2009, 2010 e 2011; TSOUROUFLI, 2015).

## **2.2 Barreiras indiretas que se traduzem como desvantagem para as mulheres no processo de construção da carreira**

A literatura da área tem mostrado que as barreiras indiretas para a ascensão<sup>53</sup> das mulheres a posições de comando no campo da medicina têm se manifestado<sup>54</sup>, especialmente, por meio da permanência de modelos acadêmicos e político-administrativos que, tradicionalmente, conservam práticas pedagógicas que privilegiam os homens e rígidas estruturas de progressão da carreira que prejudicam as mulheres (MCMURRAY, 2002; RISK, 2009, 2010 e 2011; BUDDEBERG-FISCHER et al, 2010; UIC, 2011; TSOUROUFLI, 2015), indo desde a desconfiança na competência das mulheres para assumirem determinados cargos e funções até às regras não explícitas que submetem as mulheres a um escrutínio mais rigoroso do que o imposto aos homens (MACHADO, 1997; MASON e EKMAN, 2007; SHOLLEN, 2009; SANTOS, 2010a).

De forma aparentemente paradoxal, uma das mais sutis e, por isso mesmo, mais impactantes, dentre as barreiras indiretas que se colocam para a ascensão das mulheres médicas às posições profissionais mais elevadas, consiste na visão político-administrativa de que, para promover a igualdade entre os sexos na medicina, homens e mulheres devam ser tratados da mesma forma e estar sujeitos às mesmas exigências quanto à política de

---

<sup>52</sup> Essas barreiras são categorizadas como indiretas pelo fato de não terem o objetivo explícito de impedir as mulheres de alcançarem as mesmas posições que os homens (TAYLOR, LAMBERT e GOLDACRE, 2009). Ao contrário disso, em uma conjuntura na qual as mulheres representam a maior parte dos estudantes de medicina e dos novos ingressantes na profissão, todas as possibilidades parecem estar, ao menos aparentemente, igualmente abertas tanto a homens como a mulheres.

<sup>53</sup> Embora o enfoque principal da minha tese não seja a desigualdade vertical, para as relações que pretendo estabelecer na construção dos argumentos que desenvolvo, entender as questões de gênero em torno da construção da carreira das médicas e dos médicos docentes é fundamental, já que, na dinâmica de interdependência das práticas pedagógicas as diferenças entre os sexos em torno da forma como as carreiras acadêmicas e profissionais são construídas pode desempenhar a função de uma verdadeira pedagogia da exclusão.

<sup>54</sup> No Brasil, as diferentes formas pelas quais as barreiras indiretas podem se manifestar têm sido documentadas através das pesquisas e publicações de Machado (1997 e 1998), Marques Filho (2004), Montagner e Montagner (2010), Santos (2005, 2008, 2009, 2010a, 2010b) e corroboram as posições apresentadas nas publicações internacionais.

progressão da carreira. Parece haver, entre os gestores, uma visão generalizada de que, desde que as normas de ingresso e progressão na carreira médica sejam as mesmas para ambos os sexos, tem-se promovido a igualdade de gênero. No entanto, na percepção de pesquisadores como Mason e Ekman (2007), Tsouroufli (2015) e Riska (2010 e 2011), essa é uma visão equivocada do que seja uma real proposta de democratização de gênero na medicina porque não leva em conta que homens e mulheres não competem em situação de igualdade.

Diferente de seus colegas que, em geral, podem dedicar-se exclusivamente à ascensão profissional desde os primeiros anos da carreira, as médicas que desejam começar uma família, se vêem diante da necessidade de desacelerar e mudar ou adiar seus planos de ascensão profissional (STAMM e BUDDEBERG-FISHER, 2011). Além disso, as médicas que têm marido e filhos tendem a dividir seu tempo diário com as atribuições da vida familiar. Diferente de seus colegas, as médicas continuam a ser as principais responsáveis pela organização da vida doméstica e pelo cuidado com os filhos pequenos (SZUMACHER, 2005; LEMPP e SEALE, 2006; MASON e EKMAN, 2007; LEMPP e SEALE, 2006; BUDDEBERG-FISCHER et al, 2010; BUDDEBERG-FISCHER e STAMM, 2010).

Em uma pesquisa realizada com médicos e médicas filiados ao Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido, Taylor, Lambert e Goldacre (2009) compararam o tempo gasto por homens e mulheres para chegarem ao topo da carreira profissional. Os pesquisadores observaram que não houve diferença de tempo para homens e mulheres sem filhos, no entanto, mulheres com filhos precisaram reduzir o tempo de serviço e levaram vários anos a mais para conseguirem chegar ao topo da carreira.

Historicamente, a medicina tem sido um campo profissional dominado, há muito tempo, pelos homens (DALL'AVA-SANTUCCI, 2005; WIRTZFELD, 2009). Embora tenha havido, nos últimos anos, um crescente movimento voltado para a conscientização da necessidade de mudanças na cultura médica e nas políticas das instituições médicas no sentido de promover a igualdade de gênero (CPELAND, 2013; TSOUROUFLI, 2015), as posições de liderança nos hospitais, nas associações médicas, nas sociedades de especialidades e nas escolas de formação médica são ainda majoritariamente ocupadas por homens e, nesse sentido, as políticas de progressão da carreira na medicina têm sido, ainda, tradicionalmente pensadas a partir de uma visão androcêntrica (SANTOS, 2010a). Apesar das grandes mudanças causadas pela feminização da medicina, as instituições médicas têm sido lentas em adaptarem-se à nova realidade. Nem as políticas de promoção da carreira, nem as condições de trabalho, nem os requisitos de seleção para cargos de chefia, têm sido adaptados às

necessidades femininas (MASON e EAKMAN, 2007; BUDDEBERG-FISCHER e STAMM, 2010; SANTOS, 2010a; UIC, 2011; DIDERICHSEN et al, 2013).

No Brasil, são escassas as pesquisas que se dedicaram a esquadrihar a problemática da segregação de gênero vertical na medicina. Como trabalho pioneiro destaco a pesquisa de Maria Helena Machado sobre a inserção profissional das mulheres na carreira médica no Brasil, publicada como um dos capítulos do livro intitulado “Os médicos no Brasil: um retrato da realidade” (1997). Nesse texto, a partir de uma combinação de dados estatísticos obtidos da pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil” e de dados qualitativos obtidos de sua pesquisa de doutorado sobre a prática profissional e as metamorfoses da profissão médica no Brasil (MACHADO, 1996), a socióloga trata da crescente inserção profissional das mulheres na carreira médica, mas também, do reflexo do que ela chama de “hegemonia cultural masculina”. Para a pesquisadora, a visível desvantagem das mulheres médicas quando em comparação com os homens médicos pode ser observada, por exemplo, na quase inexistência da participação das mulheres em cargos de chefia, na necessidade de a mulher médica ser mais testada do que seus colegas homens para mostrar sua competência para exercer a profissão e na desigualdade de distribuição de rendimentos entre os sexos, que faz com que, mesmo que ocupem as mesmas funções e estejam submetidas à mesma estrutura de prestação de serviço, o rendimento das mulheres médicas seja inferior ao de seus colegas homens (MACHADO, 1997).

Em época mais recente, um estudo exemplar sobre a desigualdade de gênero no campo da medicina no Brasil foi realizado por Tânia Steren dos Santos (2010a) com residentes, médicos(as) contratados(as) e docentes médicos(as) do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS). Embora tenha tratado também da segregação horizontal, a pesquisa abordou com maior destaque a segregação vertical, e teve como objetivo avaliar a influência da categoria “gênero” sobre a construção e a configuração da carreira profissional. Os resultados da pesquisa demonstraram que, no Hospital de Clínicas da UFRS, havia, por ocasião da pesquisa, uma visível segregação de gênero na distribuição dos médicos e médicas quanto à área e especialidade de atuação, à posição ocupada na hierarquia docente e nos cargos administrativos ou de chefia, o tipo de inserção no mundo do trabalho e à produtividade científica (no caso dos/das docentes). Em função da relevância dos resultados dessa pesquisa para se compreender a situação nacional e da estreita correspondência com os resultados das pesquisas internacionais, nos próximos parágrafos abordarei esses resultados com maiores detalhes.

Quanto à área de atuação, a pesquisa de Santos (2010b) constatou uma predominância masculina nos segmentos profissionais ligados à docência, cirurgia e administração, enquanto as mulheres predominaram no atendimento clínico e na área de pesquisa técnica. Quanto à posição ocupada na hierarquia profissional, constatou-se que, para as mulheres, existem maiores obstáculos para se chegar aos níveis mais avançados da carreira e ocupar cargos de liderança, situação que requer, por parte delas, estratégias adicionais e maior esforço pessoal do que o exigido dos homens que aspiram as mesmas posições. A pesquisa mostrou que homens e mulheres têm uma percepção diferente com respeito aos desafios enfrentados para a ascensão na carreira profissional, sendo que a percepção pessoal da existência da discriminação de gênero foi muito mais frequente entre as mulheres do que entre os homens.

Além disso, essa pesquisa constatou, assim como havia constatado Machado (1997), uma estreita relação entre as disparidades de renda entre homens e mulheres e as modalidades de inserção no mundo do trabalho. Por se tratar de uma instituição pública, não há, no Hospital de Clínicas da UFRS, diferença de rendimentos entre homens e mulheres que ocupam as mesmas categorias funcionais. No entanto, apesar de desenvolverem o mesmo tipo de atividade que os médicos e trabalharem o mesmo número de horas por dia, as médicas auferiram rendimentos mensais inferiores aos de seus colegas. A pesquisadora indica que essa diferença de rendimentos decorre principalmente da diferença de modalidade de inserção profissional entre os sexos, uma vez que, diferente do que acontecia com as mulheres que participaram desse estudo, a maior parte dos homens relatou ter outras fontes de renda. Mais especificamente, enquanto os médicos tendem a uma maior inserção profissional em múltiplos empregos, com diversificação entre os setores público e privado (inclusive com maior atuação em consultórios particulares), as médicas exibem uma maior tendência a se concentrarem em empregos assalariados no setor público, a uma menor variação de locais de trabalho e a uma menor inserção no setor privado.

Para Machado (1997), assim como para Santos (2010b) a explicação para essa preferência das mulheres pela atuação no setor público se justifica por uma combinação de fatores. Como as carreiras do funcionalismo público são regidas por legislação de caráter universalista, as vagas são preenchidas por meio de concursos públicos impessoais e os salários são iguais para ambos os sexos. Nesse contexto, progressão e remuneração podem ser relativamente protegidos das imposições associadas a gênero. Além disso, as carreiras do funcionalismo são caracterizadas por uma maior flexibilidade de horário, o que torna mais fácil conciliar carreira profissional e vida familiar (especialmente para aquelas que são mães);

por uma maior estabilidade no emprego e pela possibilidade de tirar licença remunerada em caso de necessidade (especialmente, licença maternidade).

As diferenças quanto à produtividade científica entre médicos e médicas docentes foi um outro aspecto da desigualdade de gênero trabalhado na pesquisa de Santos (2010b). Tanto no que se refere à participação em eventos científicos, quanto no que se refere à publicação de artigos em revistas especializadas, não foram percebidas diferenças entre os sexos nos níveis baixos e médios de participação, no entanto, nos níveis mais altos de produtividade, detectou-se grande disparidade entre os sexos<sup>55</sup>. A maioria dos profissionais que se encontravam no patamar das altas taxas de produtividade foram os homens. Por exemplo, não existiu na amostra da pesquisa, nenhuma mulher com mais de 20 artigos publicados em revistas científicas nos últimos cinco anos que antecederam ao preenchimento do questionário. No entanto, vários homens indicaram um número elevado de publicações (entre 25 e 40 artigos) nesse mesmo intervalo de tempo.

Assim como se pode observar através de resultados semelhantes encontrados em pesquisas internacionais (TAYLOR, LAMBERT e GOLDACRE, 2009; BUDDEBERG-FISCHER et al, 2010), a pesquisa realizada por Santos (2010a) no Hospital de Clínicas da UFRS mostra que as mulheres enfrentam maiores obstáculos no ambiente de trabalho do que seus colegas homens, precisando demonstrar maior eficiência para serem reconhecidas como profissionais competentes.

Como mostrou por Moschkovich (2012, p. 8), ao tratar das desigualdades de gênero na carreira acadêmica no Brasil, embora a promoção para níveis superiores da hierarquia acadêmica possa se dar por meio de diferentes mecanismos internos, variando conforme as regras de cada universidade, em todos os casos o processo de promoção se dá por meio de algum tipo de avaliação docente, que, por sua vez, supõe certos critérios hierarquizadores. Dentre os possíveis critérios hierarquizadores, a produção acadêmica é um dos critérios de maior peso<sup>56</sup>. De forma semelhante à conclusão da pesquisa realizada por Santos (2010b), que relacionou os altos índices de produtividade acadêmica à situação privilegiada dos homens quanto à ascensão aos mais altos níveis da carreira docente, a pesquisa de Moschkovich (2012), também apontou que o maior acúmulo de capital científico, com produtividade acadêmica superior à das docentes, é um fator de vantagem para que os docentes homens da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp tivessem maiores chances

---

<sup>55</sup> Essa mesma constatação foi feita por Moschkovich (2012, p. 77) ao avaliar a diferença entre os docentes homens e mulheres da Unicamp em termos de produtividade intelectual e capital científico acumulado.

<sup>56</sup> Tome-se como exemplo os critérios de avaliação para Professor Titular da UFRJ (FACULDADE DE MEDICINA, 2015).

de ascensão na carreira do que suas colegas do sexo feminino. Apesar de na Unicamp a medicina ser uma área bem feminizada, as chances de as mulheres docentes alcançarem os postos mais altos da hierarquia acadêmica, se mostraram relativamente baixas. Essa também foi a constatação a que chegou Maria Inez Montagner (2007), ao analisar a trajetória profissional de 17 docentes mulheres da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp com o objetivo de investigar, dentre outras questões, se os postos de trabalho mais prestigiosos na hierarquia estariam, ou não, acessíveis às mulheres da mesma forma como estavam acessíveis aos homens.

### 2.2.1 Barreiras indiretas na escolha da especialidade

Uma importante produção na área tem mostrado que a segregação horizontal no campo da medicina é construída por meio do que os estudiosos têm denominado de barreiras indiretas<sup>57</sup>. Elas se manifestam de várias maneiras, em particular por meio dos estereótipos de gênero, construídos em torno da ideia de que determinadas carreiras são impróprias para as mulheres por serem incompatíveis com a conciliação entre maternidade, vida familiar e vida profissional (MACHADO, 1997; SZUMACHER, 2005; DIVAY, 2006; RISKÁ, 2010 e 2011; KIRK, 2014; TSOUROUFLI, 2015). Esses estereótipos adquirem força própria por meio dos conselhos recebidos pelas estudantes de medicina, por parte de docentes e colegas para que as futuras médicas escolham uma especialidade tida como mais apropriada para mulheres (DIVAY, 2006; DIDERICHSEN et al, 2013; ALERS et al, 2014b); da ausência de modelos femininos na docência em cirurgia e em cargos de chefia dos departamentos cirúrgicos das instituições médicas que atuem como mentoras e exemplos de sucesso para as jovens em processo de formação e escolha da especialidade<sup>58</sup> (SZUMACHER, 2005; MASON e EKMAN, 2007; SHOLLEN, 2009; TAYLOR, LAMBERT e GOLDACRE, 2009; SANTOS, 2009, 2010a; BUDDEBERG-FISCHER et al, 2010; DIDERICHSEN et al, 2013; ALERS et al, 2014a; KIRK, 2014; TSOUROUFLI, 2015).

Nas duas últimas décadas, a busca pelo entendimento das razões que influenciam e motivam as preferências das mulheres quanto à escolha da especialidade médica tem sido objeto de pesquisa em diferentes países. Embora a problemática comum a elas seja a

---

<sup>57</sup> No Brasil, as diferentes formas pelas quais as barreiras indiretas podem se manifestar têm sido documentadas por meio das pesquisas e publicações de Machado (1997 e 1998), Marques Filho (2004), Montagner e Montagner (2010), Santos (2005, 2008, 2009, 2010a, 2010b) e corroboram as posições apresentadas nas publicações internacionais.

<sup>58</sup> No Brasil, as poucas especialidades com mulheres na chefia dos departamentos médicos tendem a ser aquelas que, tradicionalmente, apresentam um perfil considerado mais “feminino” (SANTOS, 2010a, p. 4).

segregação horizontal na medicina, as pesquisas se distinguem quanto à motivação que originou o interesse pela investigação e quanto à forma de interpretar os resultados gerados.

Podemos agrupar, em um primeiro grupo, as pesquisas realizadas por médicos(as) que são docentes ou estudantes de programas de pós graduação em escolas médicas, cuja motivação inicial varia, desde a descrever os impactos que a feminização têm causado sobre a profissão médica e a preocupação com o futuro planejamento dos recursos de mão-de-obra em decorrência do déficit de profissionais em determinadas especialidades<sup>59</sup> (ROMESTAING, 2003; REICHENBACH e BROWN, 2004; CONTANDRIOPULOS e FOURNIER, 2007; FUKUDA e HARADA, 2010), até divulgar a necessidade de conscientização sobre a persistência da desigualdade e da discriminação de gênero que ainda se faz presente no campo da medicina (MACMURRAY *et al*, 2002; SOETHOUT, TEM CATE e VAN DER WAL, 2004; ALLEN, 2005; CONTANDRIOPULOS e FOURNIER, 2007; SHOLLEN, 2009; TAYLOR, LAMBERT e GOLDACRE, 2009 ; BUDDEBERG-FISCHER *et al*, 2010; BUDDEBERG-FISCHER e STAMM, 2010; DIDERICHSEN, 2013; WILLIAMS, PECENCO e BLAIR-LOY, 2013; ALERS *et al*, 2014a; GRIGG, ARORA e DIWAN, 2014; ALERS, 2015).

Em um segundo grupo, podemos reunir as pesquisas de abordagem sociológica<sup>60</sup>, cuja motivação principal se concentra em apreender os mecanismos que realimentam as desigualdades de gênero no campo da medicina. A maior parte dos pesquisadores incluídos nesse grupo são docentes (ou estudantes) com formação no campo das Ciências Sociais (não têm formação médica), mas encontram-se ligados, de alguma forma, a programas de pós-graduação médica (RISKA e WEGAR, 1993; RISKA, 2001; BELLINI *et al*, 2001; CACOUAULT-BITAUD, 2001; LEMP e SEALE, 2004; DIVAY, 2006; BLOY, 2011; KU, 2011; WILLIAMS, PECENCO e BLAIR-LOY, 2013; RISKA, AALTONEN e KENTALA, 2015; TSOUROUFLI, 2015).

A despeito das diferenças na motivação inicial para a realização da pesquisa e da diversidade de países nos quais essas foram desenvolvidas, os resultados foram, em geral,

---

<sup>59</sup> Após comparar os impactos da feminização da medicina em quatro países de língua inglesa (Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Austrália) pesquisadores constataram que médicos e médicas não constroem a carreira da mesma maneira e as diferenças de padrões de escolha da especialidade entre os sexos iriam afetar o futuro planejamento dos recursos de mão-de-obra médica (MACMURRAY *et al*, 2002). No Japão, pesquisa realizada pelo departamento de Medicina e Saúde Coletiva da escola de medicina da Universidade de Yamaguchi, constatou que o país passava por uma crise na saúde pública por falta de profissionais em determinadas especialidades e que essa carência seria agravada pelo aumento das mulheres na medicina (FUKUDA e HARADA, 2010).

<sup>60</sup>Embora também se utilizem de técnicas de coleta e análise de dados quantitativas, a maior parte das pesquisas desse segmento faz uso da metodologia qualitativa (especialmente através de entrevistas).

muito semelhantes. Uma das razões apontadas pelas médicas para se absterem da escolha por especialidades cirúrgicas é a percepção que têm, com base na observação pessoal (ou a partir de comentários de outros), de que o ambiente de trabalho na residência em cirurgia é agressivo, rígido e machista (MACHADO, 1997; SZUMACHER, 2005; DIVAY, 2006; MASON e EKMAN, 2007; MACMURRAY et al, 2002; POPPAS et al, 2008; FUKUDA e HARADA, 2010; SANTOS, 2010a; ALERS, 2014a).

De fato, durante o período de formação nas escolas médicas, os(as) estudantes passam por rotações em estágios de diferentes especialidades e têm contato direto com estudantes de medicina em estágios mais avançados, mas também com residentes e docentes de diferentes departamentos. Tanto na revisão de literatura, quanto nas entrevistas que realizei, foram vários os relatos de que, ao passarem pelos estágios em cirurgia, as mulheres foram mais cobradas do que seus colegas e de que, em geral, o ambiente cirúrgico é mais agressivo e machista.

Outro motivo que aparece repetidamente para justificar a escolha das mulheres por especialidades clínicas é a opção por um trabalho em tempo parcial. A preferência pelo trabalho em tempo integral esteve altamente relacionada às carreiras cirúrgicas. A maior parte das mulheres, em comparação com os homens, prefere escolher uma especialidade que lhes possibilite um trabalho em tempo parcial. Entre os médicos das novas gerações também tem crescido o interesse por trabalhos em tempo parcial, mas a razão que se coloca como justificativa para a escolha é diferente. Enquanto para os homens a justificativa por um trabalho a tempo parcial recai sobre a busca por uma melhor qualidade de vida, para as mulheres a justificativa recai sobre a possibilidade de conciliação entre as atribuições profissionais e as atribuições domésticas (MACHADO, 1997; FUKUDA e HARADA, 2010; DIDERICHSEN et al, 2013; ALERS, 2014b).

O longo tempo de formação para as carreiras cirúrgicas é outra razão apontada pelas mulheres para a escolha por especialidades clínicas. Os longos períodos de formação em cirurgia apresentam dificuldades potenciais para as mulheres que desejam ser mães, já que o período de residência coincide com o limite do período fisiologicamente mais apropriado para a gravidez. Dependendo da especialidade cirúrgica escolhida o processo de formação pode se estender por mais de cinco anos após a conclusão da faculdade de Medicina (MASON e EKMAN, 2007; TAYLOR, LAMBERT e GOLDACRE, 2009; LERNER, STOLZMANN e GULLA, 2009).

No contexto brasileiro, o documento “Demografia médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição”, editado pelo Conselho Federal de Medicina apresenta esse

mesmo tipo de argumento para justificar os motivos que afastam as mulheres das especialidades cirúrgicas (SCHEFFER, 2013, p. 148).

Diante da diversidade de fontes pesquisadas, além de os resultados não apresentarem grandes divergências, houve ainda, um elemento comum presente em todos os estudos que investiguei: a principal razão mobilizada por parte das mulheres para explicar sua opção por não escolherem especialidades cirúrgicas e, ao mesmo tempo, a opção pela escolha por áreas de atendimento básico, recai sobre a necessidade da busca por uma especialidade onde o equilíbrio entre carreira profissional, maternidade e vida familiar seja mais compatível (MACHADO, 1997; ROMESTAING, 2003; SOETHOUT, TEN CATE e VAN DER WAL, 2004; FUKUDA e ARADA, 2010; FRANCO e SANTOS, 2010a; GRIGG, ARORA e DIWAN, 2014; ALERS, 2014a).

A maior parte das médicas não pretende abrir mão da maternidade para se dedicar exclusivamente à carreira. Além disso, aspiram por um equilíbrio entre trabalho e vida familiar. Muitas mulheres antecipam os muitos obstáculos de carreira que, possivelmente, terão de enfrentar ao conciliar filhos, vida familiar, estudos e trabalho, e fazem opção por especialidades onde esse equilíbrio seja mais compatível e se abstêm de carreiras cuja formação seja muito longa e exigente, como as diversas especialidades cirúrgicas. Essa atitude se reflete diretamente na escolha da especialidade e na progressão da carreira das médicas (ALLEN, 2005; BUDDEBERG-FISCHER et al, 2010; PÖGE et al, 2010; TAYLOR, LAMBERT e GOLDACRE, 2009; SIQUEIRA e ROCHA, 2008; CRUZ, 2010; RUSCONI e SOLGA, 2007; SOETHOUT, TEN CATE e VAN DER WAL, 2004; TAYLOR, LAMBERT e GOLDACRE, 2009; FUKUDA e HARADA, 2010; MASON e EKMAN, 2007; ZOLESIO, 2010).

É importante notar que existe aí um critério de eliminação que acontece, não somente a partir de uma aversão declarada às especialidades cirúrgicas. A escolha, nesse caso, não foi, em geral, justificada pela falta de interesse pela carreira cirúrgica, mas como uma forma de resposta às injunções sociais construídas em torno das atribuições femininas no âmbito doméstico. Quando por ocasião da escolha da especialidade e da carreira a ser seguida na vida profissional, as expectativas ligadas aos papéis de gênero acabam por levar a maior parte das estudantes de medicina a fazerem opção por carreiras consideradas socialmente como as mais apropriadas ao sexo feminino. Ao anteciparem as prováveis dificuldades que encontrarão para conciliar vida familiar e vida profissional, as mulheres médicas tendem, em geral, a adaptar as escolhas quanto à carreira profissional ao seu papel na família. Em outras palavras, a maior parte das jovens médicas tende a se auto excluir das especialidades e

funções consideradas impróprias para a conciliação entre vida profissional e vida familiar (REICHENBACH e BROWN, 2004; DIVAY, 2006; BUDEBERG-FISCHER e STAMM, 2010).

Os fatores apontados acima como justificativa para a forma como a maior parte das médicas escolhe a especialidade são corroborados pelas pesquisas de abordagem sociológica, que, com frequência, fazem uso dos resultados apresentados nas pesquisas estatísticas para fundamentarem seus estudos. Existe, no entanto, uma diferença fundamental de interpretação entre esses dois campos de pesquisa.

O primeiro estabelece uma interface entre o impacto dos papéis sociais atribuídos a homens e mulheres no âmbito da vida doméstica e as diferenças de gênero quanto à escolha da especialidade, revelando como as expectativas quanto às atribuições da vida familiar (especialmente aquelas referentes à maternidade) se traduzem em desvantagem para as mulheres no momento da escolha da especialidade a ser seguida na carreira médica. Essa interface entre vida profissional e vida familiar também é abordada, em boa parte dessas pesquisas, sob a perspectiva da necessidade de as instituições de formação médica estarem atentas às necessidades femininas a fim de implementarem mudanças políticas que promovam equidade de gênero na profissão (ALERS, et al, 2014b).

A despeito do mérito que precisa ser creditado a essas pesquisas em termos, especialmente, de uma tentativa de combate à desigualdade de gênero na medicina, as explicações possíveis em torno das desvantagens femininas recaem, em geral, sobre a percepção das mulheres que não escolheram uma carreira cirúrgica a respeito de sua própria condição. E, nesse caso, a interpretação sobre as razões práticas em torno das explicações para as escolhas se fundamenta, especialmente, na condição feminina, na maternidade e na necessidade de conciliação entre vida profissional e vida familiar.

Essa interpretação não é descartada pelas pesquisas de abordagem sociológica, que também consideram ser essa, atualmente, uma das principais razões mobilizadas pelas mulheres no momento da escolha da especialidade. No entanto, as considerações dos autores avançam teoricamente com o objetivo de compreender as razões que se encontram subjacentes à escolha das mulheres contemporâneas quanto à especialidade médica e argumentam a favor da perspectiva de que a segregação horizontal na medicina ocorre como resultado, não de uma real incompatibilidade entre vida profissional, maternidade e vida familiar, mas da interiorização de disposições de gênero fortemente incorporadas ao longo de um complexo processo de socialização que acompanha a construção da identidade profissional dos homens e das mulheres durante toda a formação médica.

Nesse sentido, tão importante quanto detectar quais são as barreiras que se colocam como obstáculos à igualdade de gênero na profissão médica, é apreender como se constitui esse processo de socialização de gênero. E é sobre esse processo de socialização de gênero que versa esta tese.

### **2.3 O processo de educação médica e a construção social da identidade profissional: uma pedagogia que não é neutra quanto à socialização de gênero**

A medicina é uma profissão para a qual o exercício do ato médico exige a prerrogativa da formação ratificada pela posse de um diploma emitido por uma escola de formação médica devidamente credenciada<sup>61</sup>. No Brasil, assim como em outros países, qualquer pessoa que pretenda exercer a profissão médica precisará, obrigatoriamente, passar por um processo de formação em uma escola de Medicina (SANTOS FILHO, 1977; COELHO, 1999).

A definição clássica do que compreende a educação médica é apresentada por Merton, Reader e Kendall (1957, p.7) citados por Nunes (2007, p. 164), ao descreverem que a tarefa da escola médica consiste em “[...] modelar o neófito em um prático efetivo da medicina, dar-lhe o melhor conhecimento e habilidades disponíveis e provê-lo com a identidade profissional, de forma que venha a pensar, agir e sentir como médico”.

Complementando essa definição, sociólogos que têm se dedicado ao estudo do processo de formação médica, dentre os quais, Becker et al (2005), Divay (2006), Siqueira e Rocha (2008), Hafferty e Castellani (2009), Santos (2010a) e Tsouroufli (2015), entendem que, além de se configurar como um dos mais longos ritos de passagem em termos de formação profissional, a educação médica se configura, também, um complexo processo de mudança da identidade pessoal. Sobre esse processo, Becker et al (2005, p. 4) explicam que a transformação dos jovens ingressantes em médicos não se limita à aprendizagem das ciências básicas para o conhecimento técnico e científico da medicina. Ao mesmo tempo que passam por um processo de aprendizagens técnicas específicas os aspirantes à profissão médica passam também pela interiorização de um *habitus* profissional. Um longo processo de aprendizagens sociais para a interiorização de uma nova identidade: uma identidade médica.

---

<sup>61</sup> No Brasil, a legislação vigente que dispõe sobre o exercício da medicina encontra-se no artigo 1º da Lei nº 134.270, de 2016, em substituição à redação do artigo 6º da Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, e diz o seguinte: “A denominação ‘médico’ é privativa do graduado em curso superior de Medicina reconhecido e deverá constar obrigatoriamente dos diplomas emitidos por instituições de educação superior credenciadas na forma do art. 46 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), vedada a denominação ‘bacharel em Medicina’ (Redação dada pela Lei nº 134.270, de 2016)” (BRASIL, 2013).

O sentido do conceito de identidade apresentado nessa definição implica o entendimento de que, embora a expectativa quanto à incorporação da nova identidade profissional se dê no plano individual, e possa até ter uma certa dose de flexibilidade<sup>62</sup>, existe um padrão comportamental, culturalmente estabelecido, a ser seguido a partir de uma perspectiva coletiva (BECKER et al, 2005). O aprendiz de medicina, nesse caso, não teria total autonomia para gerir a construção de sua própria identidade profissional e de sua própria maneira de pensar, falar e agir. Ao contrário disso, sob pena de ser rejeitado pelo grupo e ser considerado inapto por seus superiores e por seus pares, seu comportamento seria orientado segundo as prerrogativas associadas ao papel estabelecido pela cultura médica vigente<sup>63</sup>.

A cultura médica e, por extensão, a educação médica, não são neutras no que se refere à construção das disposições de gênero intrínsecas ao processo de construção da identidade médica (RISKA, 2010 e 2011; TSOUROUFLI, 2015). Assim como mostram Duru-Bellat (1990; 2004; 2008) e Baudelot e Establet (1992), ao tratarem do papel das instituições escolares na reprodução das relações sociais de gênero entre meninos e meninas, a construção social da identidade não ocorre nas mesmas condições e nem da mesma forma homens e mulheres. Há todo um conjunto de expectativas sociais, condensadas no que a literatura denomina como *estereótipos*, que se encontram presentes em toda a trajetória escolar dos sujeitos e se fazem presentes até mesmo nos espaços escolares mais avançados da escolarização, como o ensino superior e a pós-graduação. Segundo esses autores, os estereótipos impregnam e internalizam no imaginário coletivo quais papéis, representações e comportamentos seriam os mais adequados para os sujeitos de cada sexo nos diferentes espaços e contextos sociais.

Ao discutirem o papel da educação médica na construção social das relações de gênero na medicina, Franco e Santos (2010a), Alers et al (2014a, 2014b) e Tsouroufli (2015), dentre outros, ratificam a interpretação dos pesquisadores citados acima e argumentam que, quando por ocasião da escolha da especialidade e da carreira a ser seguida na vida profissional, as expectativas interiorizadas ao longo do processo de socialização de gênero acabam por levar a maior parte das mulheres estudantes de medicina a fazerem opção por carreiras consideradas socialmente como as mais apropriadas ao sexo feminino

---

<sup>62</sup> Quanto à questão do grau de autonomia individual diante das prerrogativas da cultura médica, Rego lembra que, a despeito da padronização mínima exigida pela corporação profissional, “o indivíduo e sua socialização profissional não é um mero objeto a ser moldado conforme as vontades e preceitos da sua futura corporação, mas também sujeito ativo desse processo...” (REGO, 2003, p. 59).

<sup>63</sup> O próprio conceito de cultura médica, segundo Becker et al (2005, p. 188), consiste na visão da existência de um entendimento mútuo compartilhado em torno de um conjunto de perspectivas que fundamentam a profissão médica e dos conhecimentos que habilitam para o diagnóstico e o tratamento das doenças humanas.

(REICHENBACH e BROWN, 2004; DIVAY, 2006; BUDDEBERG-FISCHER e STAMM, 2010).

No Brasil, assim como em outros países, as pesquisas em torno da desigualdade de gênero na medicina têm apontado para a percepção de que a construção da identidade médica dos homens e das mulheres encontra-se, ainda, profundamente enraizada em uma cultura médica tradicionalmente machista e os esquemas culturais de gênero valorizados pelo sistema de educação médica acabam, em geral, por privilegiar os homens em detrimento das mulheres (CRUZ, 1976 e 2010; MACHADO, 1997 e 1998; JESUS, 2008; SIQUEIRA e ROCHA, 2008; SANTOS, 2004, 2009, 2010a; FRANCO e SANTOS, 2010a; LINS, ADRY e BRANDÃO, 2013).

De acordo com publicações recentes que comparam, a nível internacional, diferentes pesquisas com relação à permanência da desigualdade de gênero na educação médica e na construção da carreira, a dominação masculina no campo da medicina é uma realidade que não deve ser ignorada (RISKA, 2010 e 2011; TSOUROUFLI, 2015). No entanto, a posição privilegiada dos homens, em relação às mulheres, quanto às chances de colocação e ascensão profissional não deve ser encarada apenas como uma forma de hegemonia masculina motivada por um ato consciente de uma espécie de dominação masculina mas, ao contrário, como o resultado de um longo processo sociocultural de construção de disposições que se encontrariam ainda fortemente incorporadas à cultura, às políticas e às práticas das instituições médicas (TAYLOR, LAMBERT e GOLDACRE, 2009; ZOLELIO, 2010). E, nesse caso, o padrão cultural que privilegia a construção de uma identidade médica caracterizada em grande parte por atributos considerados masculinos não seria o resultado de um projeto conscientemente estruturado em torno de uma ação intencional, mas se daria, especialmente, no âmbito da subjetividade (RICHMAN et al, 2001).

Essa relação entre “identidade” e “subjetividade” é trabalhada por Woodward (2014) quando mostra que, além de dizer respeito aos pensamentos e sentimentos mais pessoais, o conceito de subjetividade envolve a concepção (consciente ou inconsciente) a respeito de “quem nós somos” e das posições que assumimos em contextos sociais específicos. Nessa perspectiva, “as posições que assumimos e com as quais nos identificamos constituem nossas identidades” e a subjetividade “[...] nos permite explicar as razões pelas quais nós nos apegamos a identidades particulares” (WOODWARD, 2014, p. 56).

A relação entre identidade e subjetividade também é trabalhada por Hall (2014), para quem essa relação tem a ver, diretamente, com a questão em torno de “quem nós podemos nos tornar” e de que posição assumiremos diante dos discursos que envolvem os

jogos de poder em contextos específicos. O autor, nesse caso, utiliza o conceito de identidade como um ponto de encontro entre, por um lado, as práticas discursivas particulares que induzem os sujeitos a ocuparem determinadas posições sociais e, por outro lado, o processo de construção da subjetividade que produz a inclinação para ocupar tais posições.

Acima de tudo, e de forma diretamente contrária àquela pela qual elas são constantemente invocadas, as identidades são construídas por meio da diferença e não fora dela. [...] Assim, as “unidades” que as identidades proclamam são, na verdade, construídas no interior do jogo de poder e da exclusão... (HALL, 2014, p. 110).

Ao tratar sobre a dinâmica das relações de gênero, Louro (2007b) explica que as relações de poder que envolvem as questões de gênero podem ser profundamente marcadas por dissimulações. Nem sempre as manifestações de poder se dão pela via da repressão explícita. Para compreendê-las é preciso que se tenha em conta toda a rede de *pedagogias* culturais que, de forma aparentemente democrática, constroem identidades, práticas e estereótipos. É preciso, nessa perspectiva, que se desconfie também dos gestos “tolerantes” e das concessões que mantêm determinados sujeitos e práticas em lugares e funções socialmente demarcadas como “naturais” a este ou àquele gênero.

### 2.3.1 Construção das disposições quanto à escolha da especialidade médica: um longo processo de socialização de gênero

A principal linha de argumentação que desenvolvo nesta tese parte do pressuposto de que as razões que se encontram na gênese da exclusão de muitas das mulheres médicas das especialidades cirúrgicas tem sua origem, não somente na apregoada e comumente aceita justificativa em torno da incompatibilidade entre carreira cirúrgica, maternidade e vida familiar, mas, especialmente, na construção social das disposições de gênero que se encontram presentes no processo de educação médica e, de forma paulatina e persistente, continuam a ser internalizadas na identidade dos(as) estudantes de medicina, contribuindo para dar origem a aspirações profissionais profundamente marcadas por uma cultura médica hegemonicamente masculina.

Tomar essa posição não significa ignorar ou rejeitar os dados das pesquisas que apontam as razões mobilizadas pelas mulheres médicas para não escolherem a cirurgia como especialidade. Ao contrário disso, essas razões realmente representam o pensamento de grande parte das mulheres que não escolhem cirurgia. Tomar essa posição também não significa ignorar ou rejeitar o fato de que a rotina de trabalho na residência de cirurgia e na

vida profissional em uma carreira cirúrgica sejam mais difíceis do que a rotina de trabalho na residência e na vida profissional de uma especialidade clínica. Na verdade, as residentes e as cirurgiãs que entrevistei não discordam do fato de a residência em cirurgia e a carreira cirúrgica realmente exigirem mais do que os mesmos segmentos em uma carreira clínica. Tomemos como exemplo dessa percepção as posições de Alice e Jéssica transcritos nos fragmentos de entrevista abaixo.

R- Bom... aí, em que momento você decidiu que queria fazer cirurgia? Como é que foi essa decisão?

A- Foi difícil porque eu gostava de muita coisa na faculdade. Eu gostava de hematologia porque também tinha procedimento, gostava de ginecologia e obstetrícia e de cirurgia. Aí, para fazer hemato tinha que fazer clínica antes. Aí eu acabei desistindo. O mais difícil foi entre Ginecologia-Obstetrícia e cirurgia. Mas aí eu acabei optando por cirurgia porque na parte de Ginecologia-Obstetrícia eu gostava mais da parte de obstetrícia e parto. Só. Aí eu acabei desistindo. Fui para a cirurgia mesmo.

R- E quando você falou que ia fazer cirurgia alguém falou alguma coisa? Algum colega, algum professor, seu pai, sua mãe... alguém teve uma reação do tipo assim: "não, cirurgia não é pra mulher, não faz cirurgia"?

A- Ah, sempre tem né, alguém que fala, mas eu não lembro especificamente as pessoas que falaram. Porque eu nunca ligo muito para o que as pessoas falam, sabe. De palpites... de ficar... "Ah, fulano falou isso pra mim, é melhor eu escutar". Meus pais me apoiaram. Mas antes, meu pai nem queria que eu fizesse medicina, né. Ele queria que eu fizesse direito para ser juíza. Ele achava que era muito sofrimento fazer medicina. Ele falava: "Você não vai ter sossego na sua vida. Para com isso. Não faz medicina não. Você vai ver o inferno que vai ser sua vida. Você não vai ter final de semana de folga". E ele tinha razão, né.

R- E é isso mesmo?

A- É. Pior é que é mesmo. Mas aí, quando eu resolvi fazer medicina mesmo, aí ele me apoiou. E cirurgia também. Ele nunca falou: "não faz cirurgia porque isso é coisa de homem" (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Alice, gastrocirurgiã em início de carreira).

E a minha mãe falava para mim: "Ah, adoraria se você ficasse na faculdade [Jéssica havia recebido uma proposta para ser professora da faculdade onde estudou medicina], é mais tranquilo, dá para ter uma vida mais tranquila [falando com uma voz dengosa como que imitando a mãe dela], menos agitada" [rindo]. E eu: "Ah mãe, mas eu acho que não é para mim assim, uma vida tão tranquila [rindo]" (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Jéssica, R3 de cirurgia cardiovascular).

Assim como Alice e Jéssica, a despeito de estarem conscientes das dificuldades que enfrentariam na residência e na profissão, as mulheres que entrevistei não se deixaram influenciar pelos conselhos ou pelos estereótipos de gênero que insistem na ideia de que a cirurgia não é uma profissão apropriada para mulheres. Entender os caminhos que levaram essas mulheres a escolherem a cirurgia como opção profissional foi um objetivo perseguido por mim desde o início desta pesquisa.

A linha de argumentação que desenvolvo na tese também se baseia na percepção de que, atualmente, muitos caminhos e possibilidades parecem estar abertos às novas gerações de mulheres que ingressam em uma escola de Medicina. Trata-se de mulheres com elevado capital escolar e, possivelmente, também convictas de que são capazes de exercer qualquer profissão (até mesmo aquelas que antes já foram predominantemente masculinas, como é o caso da medicina). Essas mulheres superaram a difícil concorrência para conseguir entrar na faculdade de medicina e correspondem, atualmente, à maior parte dos estudantes de medicina do Brasil. No entanto, o que acontece no final da primeira etapa da formação médica, após concluírem a faculdade de Medicina, é que, como acontecia no final do século XIX, a maior parte das mulheres continua a fazer opção por carreiras socialmente consideradas como as mais apropriadas para a condição feminina; aquelas que, aparentemente, melhor conciliam maternidade, vida familiar e vida profissional.

Como expresso por Denoyel-Jaumard e Bochaton (2015) e Wirtzfeld, (2009, estamos vendo o ciclo da desigualdade de gênero na medicina ser realimentado com o mesmo discurso que era utilizado no final do século XIX para justificar a razão de a carreira cirúrgica e até mesmo a profissão médica serem impróprias para mulheres. O discurso utilizado naquela época era: A medicina é uma profissão que demanda grande resistência e força física. É uma profissão incompatível com a maternidade e a conciliação entre vida profissional e vida doméstica (HAHNER, 1981 e 2003; RAGO, 2000 e 2008; MARQUES FILHO, 2004; DALL'AVA-SANTUCCI, 2005). O discurso atualmente utilizado para justificar a pouca representatividade das mulheres nas carreiras cirúrgicas é: “ a [...] necessidade de maior força e resistência física, a formação mais demorada, a exigência de maior disponibilidade de tempo e a dificuldade de coordenar práticas profissionais com a vida familiar...” (SCHEFFER, 2013, 148). Assim, o discurso continua, pelo menos aparentemente, o mesmo. Dessa forma, a estrutura das distâncias entre o valorizado/desvalorizado na relação de poder entre os sexos permanece, apesar das mudanças.

Quando o assunto é a sub-representação feminina no campo cirúrgico os principais fatores apontados como responsáveis pela abstenção feminina ainda são aqueles relacionados ao casamento, à constituição de uma família e à maternidade. Digo, “ainda”, porque esse era o discurso utilizado nos séculos XVIII e XIX para tentar afastar as pioneiras da medicina da especialidade cirúrgica (DALL'AVA-SANTUCCI, 2005; WIRTZFELD, 2009). A perpetuidade e a força com que esse discurso é disseminado e aceito ainda hoje, em uma época em que as mulheres-mães assumem, com competência, postos de trabalho nos mais diversos segmentos profissionais, deve ser objeto de uma análise mais aprofundada.

Tratar do processo de tomada de decisão dos sujeitos quanto à formação profissional é uma tarefa complexa. Como apontado por Nogueira (2004), ainda que os longos anos de socialização familiar e escolar exerçam forte influência sobre a construção dos projetos e perspectivas pessoais, é fundamental considerar que os indivíduos estão sob a influência de outras múltiplas (e até mesmo, aparentemente contraditórias) disposições. Como argumenta Lahire (2002), as disposições são forjadas através das experiências passadas interiorizadas do mundo social, mas essas disposições são também passíveis de transformação. Os indivíduos são produto das experiências passadas que foram incorporadas e interiorizadas. No entanto, socializados por diferentes instituições, em diferentes períodos de sua existência, os indivíduos acabam por interiorizar uma grande variedade de disposições que podem ser também heterogêneas e contraditórias. Com o tempo, as disposições vão se construindo e se transformando, se tornando mais duráveis ou menos duráveis. Tudo depende da intensidade, do tempo de socialização e do contexto onde a experiência de socialização se passa<sup>64</sup>.

Interpretando o pensamento de Lahire, principalmente relacionando-o ao conceito de *habitus* sexuado do qual fala Bourdieu (2007), embora haja um *habitus* sexuado profundamente impregnado no imaginário individual e coletivo, e que esse exerça, ainda hoje, uma força de coerção social sobre os modos de pensar e agir dos sujeitos masculinos e femininos é importante destacar que esse *habitus* sexuado vem passando por transformações<sup>65</sup>. Pode-se sim, falar em uma disposição de gênero, mas é preciso considerar que uma parte das práticas vivenciadas pelos indivíduos está relacionada às disposições incorporadas social e historicamente e outra parte, está relacionada ao contexto no qual se move o indivíduo, sempre em transformação. E, nesse caso, Bourdieu (1990), assim como Lahire (2002), argumentam que não é possível apreender como se dão as práticas individuais sem colocá-las em relação, ao mesmo tempo, com os processos de socialização e o espaço social no qual se manifestam. É nesse sentido que a Sociologia da Educação, especialmente

---

<sup>64</sup>Ao tratar da medicina como um dos mais longos ritos de passagem em termos de formação profissional Becker (2005) comenta que o que vai transformar os jovens calouros em médicos não é simplesmente a aprendizagem das ciências básicas para a prática da medicina. A ciência e a habilidade no diagnóstico e tratamento de doenças não fazem o médico. Após passar um longo processo de instruções, cerimônias e provações os jovens neófitos devem interiorizar uma espécie de cultura médica e aprender a desempenhar o papel de médico no “círculo encantado” da medicina.

<sup>65</sup>Elias (1990) explica que o desenrolar do processo que desencadeia as mudanças sociais não segue uma linha retilínea, antes, se configura de uma complexa teia de avanços e retrocessos que ocorre no interior de um conjunto histórico específico. Embora com ritmo de variação imprevisível, podendo apresentar curvas de mudança ora mais longas, ora mais curtas, mudanças que envolvem costumes fortemente enraizados na estrutura de uma determinada sociedade podem passar por um longo e lento processo gestacionário. Pode levar séculos para que formas socialmente instaladas de conduta deem lugar a novos modos de pensar e agir.

por meio do estudo das trajetórias de mulheres cirurgiãs, como casos estatisticamente improváveis, pode contribuir para analisar as práticas de socialização de gênero que ocorrem nas escolas de formação médica e ajudar a compreender seus efeitos sobre as escolhas profissionais das mulheres. É nesse sentido que as novas formas de hierarquização de gênero no interior da medicina precisam ser entendidas, não somente a partir das questões referentes à divisão sexual do trabalho, mas também, a partir da permanência das desigualdades de gênero construídas nos diferentes níveis do sistema de educação médica. É preciso que se apreenda como os indivíduos constroem suas perspectivas quanto ao futuro profissional e ao fazerem isso transpõem para esse novo nível de ensino as desigualdades sociais historicamente incorporadas.

Para os interesses desta discussão, propomos então, sistematizar uma reflexão acerca das estratégias pouco evidentes de construção das identidades sociais de gênero. Procuramos mobilizar conceitos, autoras/es e uma sensibilidade do olhar sobre processos socializadores difusos e pouco sistemáticos. Consideramos que o desenvolvimento de uma sociologia da socialização relativa às questões de gênero, só tem a ganhar com a noção de *disposição*; ademais, para se compreender totalmente uma *disposição* precisamos reconstituir sua gênese, ou seja, suas condições ou modalidades de formação.

Se, nesta tese, abordo aspectos da educação médica referentes à formação técnica e científica, minha prioridade é, no entanto, entender como se dá, no contexto das interações pedagógicas, o processo de construção da identidade médica em articulação com o processo de formação que Riska (2009) denomina de “socialização de gênero”.

## **PARTE II - TORNANDO-SE MÉDICA: CLIVAGENS DE GÊNERO NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE MÉDICA NO CURSO DE GRADUAÇÃO**

Esta tese se fundamenta no argumento de que a teimosa persistência da desigualdade de gênero no campo da medicina no Brasil (mesmo em uma época em que as mulheres representam a maior parte dos estudantes de medicina do país) possivelmente tenha estreita relação com a forma como se dá o processo de construção das disposições de gênero que acontece de forma simultânea ao processo de interiorização da identidade profissional dos futuros médicos e médicas no interior das instituições de formação médica. Nesta parte da tese procuro descrever os elementos que tornam essa formação tão clivada em termos de gênero. Meu argumento apoia-se nas entrevistas que realizei com estudantes de graduação, residentes de cirurgia e cirurgiãs, nas observações de campo e também nos depoimentos dados por estudantes de medicina à CPI das universidades realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo que investigou trotes violentos em universidades públicas do estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2015).

Exploro as entrevistas concedidas a mim no quadro dessa pesquisa e à CPI Universidades para documentar as experiências dos(as) estudantes de medicina em três circunstâncias particulares. A primeira é a aprovação no vestibular, que instaura uma divisão entre os estudantes que alcançaram e os que não alcançaram a nota necessária para serem aprovados no curso de Medicina. A segunda é a experiência dos trotes e outras práticas extraescolares que acontecem nas festas e competições esportivas que têm início nas primeiras semanas e se estendem por todo o primeiro ano do curso, quando os estudantes chamados de “calouros” são envolvidos por atividades altamente estruturadas, organizadas pelos veteranos, ao longo das quais serão familiarizados, por imersão, com os códigos implícitos e os princípios que orientam as relações entre os estudantes. A terceira, por fim, refere-se ao lugar particular ocupado pelo esporte e pelas Atléticas dos cursos de Medicina nos processos de formação. Em todos os casos, tratou-se de examinar a forma como os estereótipos de gênero são disseminados e reforçados junto aos estudantes.

Descrevo e analiso nesta parte da tese o que chamo aqui de *organização social do curso de Medicina*, permitindo identificar, por um lado, as normas sociais que definem relações de hierarquia e dependência entre os estudantes e, por outro, as clivagens simbólicas que podem levar progressivamente ao enquadramento subjetivo das estudantes nos diferentes estereótipos utilizados para definir o tipo de profissional que elas podem almejar ou desejar ser.

## **CAPÍTULO 3. A CONSTRUÇÃO DA DISTINÇÃO (EM OPOSIÇÃO AO ESTIGMA) SOCIAL**

### **3.1 Socialização primária: o início da construção da distinção social**

Conquanto o enfoque principal da tese seja direcionado para o estudo das disposições de gênero incorporadas socialmente pelos(as) estudantes de medicina em função do contexto vivenciado por eles(as) durante o processo de formação nas escolas médicas, não se pode deixar de enfatizar que as disposições incorporadas ao longo da trajetória passada, especialmente da socialização familiar e escolar, também tiveram sua contribuição para a construção de suas trajetórias escolares e de formação profissional. Como destacado por Bourdieu (1996), por Bourdieu e Passeron (1973), por Lahire (1997) e por pesquisadores brasileiros como Almeida (2000, 2004 e 2009), Nogueira (1991, 2000 e 2002), Portes (2001 e 2006) e outros, a origem da distinção escolar e social dos estudantes passa, primeiramente, pela herança cultural transmitida por seus ancestrais e pelas primeiras experiências socializadoras. Essas primeiras experiências socializadoras se dão, em primeiro lugar, no contato com a família e a escola, mas também, com todas as “instituições educativas”<sup>66</sup> ligadas à fase inicial da trajetória de escolarização dos sujeitos que se estende dos primeiros anos da infância até o final da Educação Básica.

Ao tratar sobre a construção das aspirações pessoais frente aos estudos e às chances de sucesso escolar nas diferentes classes e frações de classes sociais, Bourdieu (1998a, 1998b, 2013) argumenta que, para a maior parte dos estudantes, a atitude com relação ao futuro e as possibilidades de sucesso ou fracasso escolar encontram-se diretamente relacionadas à posição social e à história da linhagem familiar, que definem, em boa parte, as experiências de socialização vivenciadas nos primeiros anos de vida. Essa combinação tende a funcionar como uma espécie de herança social e cultural, promovendo a incorporação de disposições duráveis.

[...] as disposições constitutivas do habitus que estão duravelmente inculcadas pelas condições objetivas e por uma ação pedagógica tendencialmente ajustada a essas condições tendem a engendrar expectativas e práticas que são objetivamente compatíveis com essas condições e previamente adaptadas as suas exigências objetivas... (BOURDIEU, 1998b, p. 85).

---

<sup>66</sup> Essas outras “instituições educativas” são descritas por Lahire (2004, p. 38), como todas as instituições de características culturais, religiosas, esportivas, políticas, dentre outras, que fazem parte do processo de socialização dos sujeitos.

Além dessa dimensão objetiva, a atitude com relação ao futuro escolar, dimensão constitutiva do *ethos* de classe, configura-se como o resultado de todo um processo de interiorização de disposições ao final do qual as condições objetivas de existência se transformariam em expectativas e aspirações promotoras de esperanças ou desesperanças subjetivas. Nesse sentido, as famílias dos diferentes grupos e classes sociais tenderiam a manifestar atitudes diferentes no que se refere à sua relação com a escola, com a cultura escolar e, conseqüentemente, com as aspirações escolares (BOURDIEU, 1998a, p. 49).

No capítulo do livro “Los estudiantes e la cultura”, intitulado “La elección de los elegidos”, ao tratar sobre as desigualdades escolares e as possibilidades de acesso, entre os sujeitos das diferentes classes e frações de classes sociais, aos diferentes cursos e instituições de Ensino Superior, Bourdieu e Passeron apontam para a estreita relação existente entre a origem social dos sujeitos e a probabilidade de acesso a determinados cursos; aponta para a tendência presente nas probabilidades condicionais, que quase sempre hierarquizam as possibilidades de acesso aos cursos e às instituições superiores em função da procedência social (BOURDIEU e PASSERON, 1973). Os pesquisadores constataram, após realizar uma série de análises com base em dados estatísticos do Ensino Superior francês, que quanto menos favorecido o meio social de origem, mais limitadas são as chances de o estudante ter acesso aos cursos e instituições de maior prestígio social. Em linhas gerais, as desigualdades iniciais associadas a uma série de vantagens/desvantagens ligadas ao passado escolar e familiar dos sujeitos dos diferentes meios sociais, terão um evidente peso a favor da inserção dos estudantes dos meios sociais mais favorecidos aos cursos de maior prestígio (como a Medicina, o Direito e as Engenharias) ou, ao contrário, à eliminação dos estudantes dos meios sociais menos favorecidos desses mesmos cursos.

No caso das mulheres que se colocaram como sujeitos sociais desta pesquisa todas elas, a despeito da herança socioeconômica ou sociocultural da família de origem, alcançaram os mais altos níveis de sucesso escolar. Até mesmo aquelas provenientes dos estratos menos escolarizados das camadas populares.

O quadro apresentado a seguir traz uma síntese da inserção socioeconômica e sociocultural das mulheres entrevistadas segundo as classes e frações de classe sociais de suas famílias de origem.

**Quadro 3 – Famílias de origem segundo as classes e frações de classes sociais: escolaridade e ocupação dos pais**

Classes e frações de classe sociais das famílias de origem	Entrevistadas (Idade) Estado civil Profissão/ocupação	Escolarização/Profissão do pai	Escolarização/Profissão da mãe
Camadas populares: pais e mães com escolaridade de nível Fundamental e ocupações relacionadas a atividade rural ou comércio de pequeno porte	Ludmila (44 anos) Casada Cirurgiã Cardiovascular Lúcia (51 anos) Solteira Cirurgiã Coloproctologista	Ensino Fundamental incompleto/ Pequeno Agricultor  Ensino Fundamental completo/ Pequeno Agricultor	Ensino Fundamental incompleto /Dona de casa  Ensino Fundamental completo / Pequena Agricultora
	Suelen (29 anos) Casada Médica Generalista (recém-formada)	Ensino Médio incompleto/ Ambulante	Ensino Médio incompleto/ Ambulante
Camadas populares: pais e mães com escolaridade de nível médio técnico e ocupações de nível técnico	Elenice (37 anos) Solteira Gastrocirurgiã	Ensino Médio Técnico (Contabilidade) / Agente socioeducativo da FEBEM	Ensino Médio / Dona de casa
Camadas médias intelectualizadas: pais e (ou) mães com escolaridade de nível superior (vários com pós-graduação) e ocupações profissionais dos meios de alta qualificação profissional	Alice (32 anos) Solteira Cirurgiã Coloproctologista	Ensino Superior completo (Engenharia Agrônômica) / Engenheiro	Ensino Superior completo (Matemática e Pedagogia) / Diretora de escola
	Denise (32 anos) Solteira Cirurgiã Coloproctologista	Ensino Superior completo (Ciências Biológicas) / Biólogo	Ensino Superior completo (Pedagogia) / Diretora de escola
	Jéssica (28 anos) Solteira Residente (R2) de Cirurgia Cardiovascular	Ensino Superior completo (Matemática) / Professor de Matemática	Ensino Superior completo (Pedagogia) / Professora da Educação Infantil
	Joyce (29 anos) Solteira Residente (R3) de Coloproctologia	Ensino Superior completo (Engenharia) / Engenheiro	Ensino Médio / Dona de casa
	Kátia (32 anos) Solteira Cirurgia torácica	Ensino Superior completo (Ciências Sociais) / Cientista Social Produtor rural e político	Ensino Superior completo (História) / Professora de História
	Mirela (28 anos) Solteira Residente (R2) de Cirurgia Geral	Ensino Médio + curso profissionalizante (piloto de avião) / Piloto de táxi aéreo	Ensino Superior completo (Matemática) / Professora de Matemática
	Patrícia (29 anos) Solteira Residente (R3) de Cirurgia Cardiovascular	Ensino Superior completo (Engenharia) com pós-graduação (mestrado) / Engenheiro	Ensino Superior completo (Educação Física + Pedagogia) / Orientadora educacional
	Pietra (37 anos) Casada Cirugiã pediátrica	Ensino Superior (Medicina) com especialização em Ginecologia / Médico (ginecologista)	Ensino Superior (Letras) / Professora de Língua Portuguesa
	Raíssa (36 anos) Solteira Cirugiã Cardiovascular	Ensino Superior (Medicina) com especialização em Pediatria / Médico (pediatra)	Ensino Superior (Geografia, Pedagogia, Ciências Sociais) / Diretora de escola
	Stela (20 anos) Solteira Estudante do 3º ano da faculdade de Medicina	Ensino Superior (Direito) / Advogado	Ensino Superior (Pedagogia) / Professora do Ensino Fundamental I
	Tamara (22 anos) Solteira Estudante do 2º ano da faculdade de Medicina	Ensino Superior (Engenharia) / Engenheiro	Ensino Superior (Educação Física) / Vendedora em loja de móveis de elite
	Teresa (28 anos) Casada Residente (R2) de Cirurgia Geral	Ensino Superior (Engenharia eletrônica) com especialização (Mestrado) / Engenheiro	Ensino Superior (Artes Plásticas) / Professora de Arte
Camadas médias técnicas: pai e (ou) mãe com escolaridade de nível médio ou superior incompleto e ocupações profissionais ligadas a cargos técnicos ou administrativos	Vívian (30 anos) Casada Residente (R2) de Cirurgia Cardiovascular	Ensino Superior incompleto (Economia + Ciências Políticas) / Político – Administrador	Ensino Fundamental Curso profissionalizante de datilografia Enquanto solteira foi secretária do governador do estado / Depois de casada: Dona de casa e vendedora ambulante
	Ilary (31 anos) Solteira Gastrocirugiã (recém-formada) residente (R5) de endoscopia e colonoscopia	Ensino Médio Técnico (Desenho Industrial) / Projetista de peças de carro	Ensino Médio Técnico (secretariado) / Dona de casa

Camadas médias proprietárias: pais e mães com escolaridade de nível médio e ocupações profissionais como administradores (as) do próprio negócio	Isabel (60 anos) Casada Gastrocirurgiã Paula (35 anos) Solteira Cirurgiã Coloproctologista Sara (33 anos) Solteira Residente (R5) de Cirurgia Cardiovascular	Ensino Médio + Formação técnica em construção civil / Empreiteiro-construtor Ensino Médio Técnico (Contabilidade) / Empreiteiro-construtor Ensino Médio completo / Pequeno empresário	Ensino Médio (magistério) Formação técnica em corte e costura / Estilista, dona de boutique Ensino Médio completo/ Dona de casa Ensino Médio completo / Pequena empresária
Camadas médias proprietárias: pais e mães com escolaridade de nível superior e ocupações profissionais como administradores (as) do próprio negócio	Nayara (30 anos) Solteira Médica Psiquiatra	Ensino Superior completo (Direito) / Empresário	Ensino Médio completo/ Empresária
Camadas médias militarizadas: pai e (ou) mãe com escolaridade de nível médio e ocupação em atividade militar	Marcela (47 anos) Casada Cirurgiã Cardiovascular	Ensino Médio completo / Instrutor de artilharia da marinha	Ensino Médio completo / Dona de casa
Elite intelectualizada: pais e mães com escolaridade de nível superior e ocupações profissionais de alta qualificação profissional	Aline (27 anos) Solteira Residente (R3) em Gastrocirurgia	Ensino Superior completo (Ciências Contábeis) / Auditor da Receita Federal	Ensino Superior completo (Enfermagem) / Auditora da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo
	Bianca (29 anos) Casada Residente (R3) de Radiologia e Diagnóstico por Imagem Ex-residente de Cirurgia Geral Mônica (27 anos) Solteira Residente (R2) de Cirurgia Geral	Ensino Superior completo (Engenharia) com pós-doutorado/ Professor de Universidade pública Ensino Superior (Medicina) com especialização em Cirurgia Plástica/ Cirurgião plástico Ensino Superior (Medicina) com especialização em Gastrocirurgia / Cirurgião gástrico	Ensino Superior completo (Terapia Ocupacional) / Terapeuta ocupacional Ensino Superior (Educação Física) / Professora de Educação Física Ensino Superior (Medicina) com especialização em Pediatria / Médica pediatra
	Núbia (30 anos) Casada Cirurgiã Coloproctologista	Cirurgião cardiovascular	Médica ginecologista
	Vânia (61 anos) Divorciada Cirurgiã Cardiovascular		
Elite empresarial intelectualizada: pai e mãe com escolaridade de nível superior	Kelly (30 anos) Solteira Residente (R4) de Gastrocirurgia Gastrocirurgiã (recém-formada)	Ensino Superior completo (Direito) / Empresário do ramo alimentício	Ensino Superior completo (Odontologia) / Dentista

Fonte: entrevistas de trajetória realizadas pela autora.

Como uma característica própria das pesquisas que se dedicam a entender a origem socioeconômica dos estudantes de diferentes camadas sociais por meio de uma abordagem qualitativa (NOGUEIRA, 1991), como é o caso desta pesquisa de trajetória, o enquadramento das famílias das entrevistadas a uma determinada classe ou fração de classe social foi pensado não somente em função da ocupação profissional e do nível de escolaridade dos pais, mas também em função de uma série de outros elementos que, no conjunto, ajudaram a entender como se configuraram as condições socioeconômicas<sup>67</sup> e socioculturais<sup>68</sup> das famílias de origem.

<sup>67</sup> Como pistas das condições socioeconômicas da família de origem, além da profissão dos pais, os elementos observados foram, dentre outros: a necessidade (ou não) de as crianças e adolescentes da família trabalharem para ajudar no orçamento doméstico; o local onde a entrevistada e a família passavam o período das férias escolares; a posse, pela família, de moradia própria; quantos banheiros, quantos quartos e quantas salas havia na casa da família; em que bairro do município estava localizada a casa da família e como eram as casas que ficavam no entorno dessa moradia; se a casa da família tinha piscina, sauna e outras áreas de lazer; se a família

Não foi tarefa fácil separar as famílias nucleares das mulheres entrevistadas em classes e frações de classe que representassem bem a inserção socioeconômica e cultural dessas famílias em uma classe ou fração de classe social específica. Um exemplo disso foi o que aconteceu com as famílias das entrevistadas cujos pais eram médicos. Algumas dessas famílias foram enquadradas nos estratos intelectualizados das camadas médias (como foi o caso das famílias de Pietra e de Raíssa), enquanto outras famílias, foram enquadradas nos estratos intelectualizados das elites econômicas (como foi o caso das famílias de Mônica, Núbia e Vânia). Mesmo tendo concluído um curso superior, o que indica uma maior proximidade com a cultura legítima, os dois grupos de pais representavam segmentos econômicos diferentes no interior de um mesmo campo profissional. Enquanto os pais de Pietra e Raíssa exerciam a profissão em cidades de pequeno porte e em especialidades e modalidades médicas de menor remuneração e suas mães atuavam em profissões ligadas ao magistério e direção escolar, os pais de Mônica, Núbia e Vânia eram cirurgiões que exerciam a profissão em hospitais de grandes centros econômicos e, no caso de Núbia e Vânia, suas mães também eram médicas.

No espaço a seguir apresento algumas dimensões de análise direcionadas para as primeiras matrizes socializadoras que serão sucintamente abordadas no estudo das trajetórias das médicas entrevistadas: uma voltada para a constituição socioeconômica e sociocultural da família de origem e outra voltada para a escolarização básica. Em busca do resgate da hereditariedade econômica, social e cultural das médicas entrevistadas fiz opção por organizar a análise desta parte da tese de acordo com as diferentes classes e frações de classe e as condições de existência ligadas a cada uma delas. Não seria possível descrever e analisar em detalhes a trajetória familiar de todas as entrevistadas, dessa forma, apresento as características das famílias de uma forma geral e dou ênfase em alguns casos exemplares.

---

tinha outras propriedades das quais poderia usufruir em períodos de férias, como casa na praia ou no sítio; se a família dispunha de empregados que trabalhavam nos serviços domésticos e, em caso afirmativo, que serviços realizavam e quantos empregados eram (se a família dispunha, por exemplo, de empregados distintos para a realização de serviços domésticos como cozinhar, lavar/passar, fazer faxina, dirigir o carro da família e cuidar das crianças).

<sup>68</sup> Como pistas das condições socioculturais da família de origem, além da escolarização dos pais, os elementos observados foram, dentre outros: o “cultivo orquestrado” (Lareau, 2007) (ou não), que envolvia aulas de música, língua estrangeira, dança e outros tipos de cursos extracurriculares; a frequência (ou não) a museu, teatro, cinema, bibliotecas e outras formas de incorporação de capital cultural; a posse de livros ou biblioteca pela família e a presença (ou não) da prática de leitura na rotina familiar; o capital cultural incorporado a partir das relações de interdependência presentes na socialização primária das mulheres entrevistadas.

### 3.1.1 Entrevistadas oriundas de famílias de camadas populares

Levando-se em consideração a classe social de origem, quatro das mulheres entrevistadas advêm de famílias dos estratos populares. Uma delas pertencente às frações de classe cujos pais ocupam (ou ocupavam) posição profissional de nível médio técnico e três delas, cujos pais não concluíram o Ensino Fundamental e eram pequenos proprietários e produtores rurais ou comerciantes donos de pequenos negócios informais. Em todos os casos, são famílias que apresentam pouco acúmulo de capital cultural e econômico. No entanto, também não percamos de vista que, em todos os casos, as trajetórias escolares dessas mulheres resultaram nos mais altos níveis de sucesso escolar.

Há nas trajetórias das médicas advindas desses estratos sociais várias características que são comuns não somente às histórias de suas famílias, mas também às histórias de outras famílias das camadas populares, como: a dificuldade financeira e a constante luta pela subsistência, um estilo de vida marcado pelas pressões materiais, a necessidade do trabalho infantil para ajudar no aumento da renda familiar, a dificuldade da família para acompanhar a vida escolar dos filhos, aspirações escolares modestas quanto a um futuro escolar de longa distância para a prole, dentre outros (NOGUEIRA, 1991; NOGUEIRA e NOGUEIRA, 2006; PORTES, 1993, 2001; AVILA, 2010).

Assim como também aconteceu com os sujeitos que foram objeto de estudo de Lahire (1997), os casos improváveis de sucesso escolar alcançados pelas médicas oriundas das camadas populares não podem ser explicados de forma generalizada. No entanto, embora as bases que levaram ao sucesso tenham sido diferentes, houve na trajetória de quatro delas alguns pontos em comum. Apesar de o capital cultural parental dos pais de Elenice, Ludmila, Lúcia e Suellen ser muito limitado e nenhuma das famílias de origem ter apresentado um estilo de vida focado na regularidade de uma ordem moral doméstica favorável à escolarização da prole, essas quatro médicas entrevistadas tiveram, em algum ponto de sua escolarização básica a influência direta das relações de interdependência com sujeitos sociais que não pertenciam à constelação familiar de origem. Essa influência externa veio, especialmente, por parte de seus professores do Ensino Fundamental que, diante da trajetória escolar brilhante das alunas, incentivaram a elas e a suas famílias a sonharem com um futuro escolar nem sequer imaginado.

Para Lahire (1997; 2002) além da herança familiar de origem, os fluxos das trajetórias escolares bem como as possíveis chances (ou não) de os sujeitos obterem sucesso

nessa empreitada, chegando aos mais altos níveis de formação escolar, encontram-se relacionados a uma série de fatores multidimensionais e interdependentes.

No caso de Elenice e Ludmila o capital social acionado por parte de suas professoras dos primeiros anos do Ensino Fundamental proporcionou à primeira uma bolsa de estudos em um colégio de freiras que era considerado o melhor colégio da cidade e à segunda a oportunidade de participar de um concurso que também lhe garantiu uma bolsa de estudos em uma escola da rede privada. Na passagem do Ensino Fundamental para o Ensino Médio, diante do brilhante desempenho escolar (as duas eram consideradas as melhores alunas da escola) as alunas foram incentivadas por seus professores a concorrerem a uma vaga nos colégios mais prestigiosos de suas cidades em termos de aprovação nos vestibulares dos cursos e das universidades mais disputadas. Elenice fez o Ensino Médio no ANGLO com 100% de bolsa e Ludmila fez o Ensino Médio no Colégio de Aplicação de uma Universidade Federal.

A família de Elenice vivenciou uma mobilidade cultural e socioeconômica ascendente, mas de pequena magnitude. Os avós maternos eram analfabetos e os avós paternos tinham feito apenas os primeiros anos do Ensino Fundamental. Do lado paterno Elenice tem um tio e uma tia. Ambos fizeram cursos técnicos (em contabilidade e em administração) atuam profissionalmente como auxiliares técnicos no mesmo município onde nasceram. Elenice não falou quantas tias tem do lado materno, mas a escolaridade delas vai de Ensino Fundamental incompleto a Ensino Médio. Algumas são donas de casa, uma trabalha como balconista, outra é operária em indústria, outra técnica de enfermagem, outra empregada doméstica. O pai e a mãe de Elenice concluíram o Ensino Médio.

Quando Elenice era criança, seu pai era funcionário público concursado da antiga Fundação Estadual para o Bem Estar do Menor (FEBEM), onde trabalhava na ressocialização de jovens infratores. Nessa época, sua mãe era dona de casa e cuidava das filhas pequenas.

Durante vários anos, o pai de Elenice conseguiu dobrar seu salário na FEBEM fazendo plantões noturnos e de final de semana, mas a unidade da FEBEM de sua cidade foi fechada e o pai foi transferido para a unidade de São Paulo. Essa transferência desestabilizou as finanças da família. Trancrevo, a seguir o que Elenice me contou sobre essa fase da vida de sua família:

[...] ele foi transferido para a Febem de São Paulo. E lá não tinha muito plantão e lá diminuiu um pouco. Aí ele pediu transferência de volta nossa cidade e ficou como funcionário municipal. E nessa troca mudou bastante a renda. Porque... pelo que eu lembro, porque eu era muito criança... mas eu acho que era o dobro da renda. Aí, nisso começou a ficar a situação muito difícil em casa. Aí, eu mesma... eu era... e

acho que eu tinha uns 9 anos... minha mãe cozinhava muito bem. Ela aprendeu a fazer salgados com a vizinha de fundo, inclusive. E aí fui eu até que sugeri que a minha mãe vendesse salgados pra fora. E aí fui em alguns bares pra oferecer. Ofereci e a gente começou a fornecer para alguns bares. Aí foi aumentando, ela foi fazendo.

Elenice conta que a mãe fazia os salgados e ela fazia as entregas pelos bares da cidade. Nessa época, a família morava em uma casa antiga, localizada do outro lado do terreno que pertencia à sua avó paterna. Era um terreno de esquina. A avó morava em uma casa e seus pais, ela e a irmã moravam nessa outra casa localizada no mesmo terreno. No mesmo terreno ficava um bar que, após a morte do avô, havia sido arrendado para terceiros. Anos mais tarde, quando o pai de Elenice se aposentou, ele e a esposa assumiram o bar.

Há várias características da infância de Elenice e da história da trajetória de sua família que são comuns a outras famílias de camadas populares, como: a dificuldade financeira, a necessidade do trabalho infantil para ajudar no aumento da renda familiar, o tipo de moradia, dentre outros. Além desses pontos, a descrição que Elenice faz da casa velha na qual a família morou durante sua infância, do longo tempo necessário para fazer uma casa nova, do período em que moraram na casa da avó e depois, da construção do “puxadinho” para aumentar a casa quando seu irmão nasceu também são características comuns das famílias de camadas populares (PORTES, 1993, 2001; ÁVILA, 2010).

R- Quando você era pequena como era a casa onde vocês moravam? Você pode descrever pra mim?

E- Teve duas casas, né. A casa inicial, quando eu era novinha, até uns sete anos, por aí, era uma casa mais simples, nos fundos da casa da minha avó. Aí, essa casa eles demoliram e começaram a construir outra. Aí eu fui morar na casa da minha avó até construir essa outra casa. Só que demorou muito. Eu lembro que demorou uns 5 anos para construir essa casa. Então, num período de 5 a 6 anos eu fiquei morando na casa da minha avó.

R- E essa outra casa era no mesmo local?

E- Era no fundo. Isso. No fundo. Só que ela tinha outra entrada. O terreno era num terreno de esquina, então, tinha uma entrada de um lado, tinha o bar, bem na esquina e depois, na outra rua tinha outra entrada. Era um terreno grande.

R- E quantos quartos tinha essa casa nova?

E- Tinha o quarto deles, o quarto pra minha irmã e pra mim, porque nós duas dividíamos o mesmo quarto. Porque o meu irmão nasceu bem depois. Eu sou a mais velha. Não existia ele nessa ocasião. Era um sobradinho. Era uma casa boa, mas não é uma casa enorme, mas é uma casa boa. Eu nem lembro como que era no começo porque foi expandindo com o decorrer dos anos. A situação financeira foi melhorando com o decorrer dos anos e a casa foi aumentando. Mas quando a gente era mais novo era pior. Principalmente quando eu era a mais nova.

Fiz questão de apresentar essa descrição mais minuciosa das condições de existência da família de Elenice porque percebo na trajetória dela que a mesma capacidade de combate, luta e iniciativa mobilizada por ela enquanto criança para ajudar os pais com o

orçamento familiar, foi também mobilizada em sua trajetória escolar durante a educação básica e depois, durante a faculdade de Medicina e a residência em cirurgia<sup>69</sup>.

A trajetória escolar de Suelen também foi semelhante à de Ludmila e Elenice. Ela cursou os primeiros anos do Ensino Fundamental em um colégio de freiras (com 100% de bolsa), a segunda parte do Ensino Fundamental em uma conceituada escola pública de sua cidade e o Ensino Médio em um Centro Federal de Educação Tecnológica. Suelen advém de uma família das camadas populares e morou toda a sua vida em um bairro da periferia de Salvador. Atribui sua entrada no curso de Medicina de uma universidade federal ao excelente preparo acadêmico que teve durante o Ensino Médio na escola técnica do Instituto Federal da Bahia. Ela foi a única das entrevistadas que se auto declarou negra e ingressou na faculdade de Medicina fazendo opção pelo sistema de cotas raciais para estudantes de escolas públicas.

Lúcia foi a única das médicas oriundas das camadas populares que fez toda a escolarização básica em escolas públicas municipais e estaduais. A trajetória de escolarização de Lúcia foi marcada, desde o início, pela necessidade de conciliar os estudos com sua saúde física debilitada e por interrupções decorrentes de seu problema de saúde. Como explicado por ela, devido a um problema de saúde que teve quando era criança, Lúcia passou por várias cirurgias durante a infância e a adolescência.

Eu fiz várias cirurgias quando era pequena. E às vezes eu perdia ano, mas eu estudava.

[...]

Eu tinha 16 anos e tinha feito até o primeiro colegial. Eu fiz essa cirurgia lá na USP. Eu fiquei três meses internada lá. Aí eu tinha feito o primeiro colegial, mas eu tinha perdido um ano nessa história (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Lúcia, gastrocirurgiã docente).

A despeito da fragilidade de sua saúde, durante a infância Lúcia participou ativamente das mesmas atividades e brincadeiras que seus irmãos e primos. “Quando era criança, eu brincava muito com a molecada [rindo]. Tinha mais moleque do que menina. Tanto é que eu nunca gostei muito de brincar de boneca, essas coisas. Eu jogava mais bola e andava de bicicleta com os moleques<sup>70</sup>” (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Lúcia, gastrocirurgiã-docente).

<sup>69</sup> Essa capacidade de luta pela sobrevivência econômica também foi descrita por Portes (2001) ao estudar a trajetória de Rosa, uma estudante de origem popular que ingressou no curso de Medicina da UFMG.

<sup>70</sup> Não me será possível apresentar a trajetória de escolarização básica das demais cirurgiãs que entrevistei, mas certas peculiaridades como não gostar de brincar de boneca e entrar em disputas acirradas com meninos em jogos e brincadeiras foram comuns à infância e à adolescência de várias delas. Conviver em casa com situações de violência doméstica ou com um pai autoritário também foram situações presentes na infância de algumas das mulheres que entrevistei e duas delas chegaram até a me dizer que achavam que era por isso que conseguiam suportar as humilhações e o tratamento grosseiro que sofreram por parte de docentes e colegas residentes.

Filha de pequenos agricultores, cujas condições de existência obrigavam seus pais a trabalharem o dia inteiro na lavoura de fruticultura para sustentarem os cinco filhos, ela ficava sob os cuidados dos avós durante o dia, mas passava muito tempo na rua, brincando com os irmãos, primos e amigos. No início de sua escolarização, a família morava no sítio e Lúcia estudou até a antiga 4ª série em uma pequena escola rural. Quando foi cursar a 5ª série, a família se mudou para uma casa na cidade para que as crianças pudessem continuar estudando e os pais passaram a se deslocar todos os dias para trabalhar no sítio.

Assim como também observado nas trajetórias de muitos estudantes de camadas populares<sup>71</sup>, a ausência dos pais durante o dia e a dupla jornada de trabalho de sua mãe, (que ao chegar em casa depois do trabalho ainda lavava roupa, limpava a casa e preparava a comida para o dia seguinte) não devem ser encaradas como falta de interesse dos pais pela escolaridade dos filhos. Lúcia hoje reconhece isso.

Não que ela fosse relapsa, mas ela tinha que trabalhar. Então, não dava para ficar só preocupada com isso [com os problemas de saúde de Lúcia]. Acho que também foi porque ela tinha muita coisa que fazer, sabe [rindo]. Mesma coisa desses pais pobres que têm um monte de filhos. Então, a criança até se desenvolve melhor porque não tem esse negócio da mãe que fica em cima (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Lúcia, gastrocirurgiã-docente).

Na época da colheita, Lúcia e seus irmãos ajudavam os pais com o trabalho do sítio, mas a escolarização dos filhos era prioridade para eles.

Trabalhávamos mais por brincadeira mesmo, né. Não porque eles faziam a gente trabalhar. Eles queriam que a gente estudasse, na verdade. [...] Mas, na verdade, eles não precisavam fazer muita coisa. Na reunião de pais, essas coisas, eles só elogiavam a gente, né [rindo]. Tinha mãe que ia na reunião e só levava bronca dos filhos. Então, sei lá, a gente nunca precisou muito desses negócios assim, pra estudar. Estudava mesmo<sup>72</sup> (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Lúcia, gastrocirurgiã-docente).

O fato de sua família não a superproteger mesmo diante da fragilidade de sua saúde e permitir, inclusive, que ela entrasse em disputa com os meninos nos jogos de competição parecem ter sido fatores importantes para que Lúcia interiorizasse certas disposições que mais tarde seriam cruciais para sua formação como cirurgiã.

---

<sup>71</sup> Sobre a relação das famílias de camadas populares com a escola ver, dentre outros: Nogueira (1991) e Lahire (1997).

<sup>72</sup> O irmão mais velho de Lúcia cursou engenharia em uma faculdade da rede privada em um município vizinho à cidade onde moravam, seu outro irmão fez Veterinária na Unesp e a irmã (mais nova do que ela) fez Nutrição na USP. A irmã mais velha faleceu há muito tempo.

### 3.1.2 Entrevistadas oriundas de famílias de camadas médias

Quando em comparação com as famílias de camadas populares, as condições socioeconômicas e as condições de existência dessas famílias de todos os estratos das camadas médias eram bem diferentes. Todas as famílias dos estratos médios puderam oferecer a seus filhos condições de existência bem diferentes daquelas oferecidas pelas famílias dos estratos das camadas populares. Essa diferença foi especialmente percebida nas condições de moradia, no bairro onde se localizava a casa da família, nos tipos de bens adquiridos e consumidos pela família, nas modalidades de lazer praticadas, nos locais frequentados pela família e, especialmente, nas escolas frequentadas pelos filhos e nas estratégias de escolarização.

Por mais que as famílias das camadas médias estivessem em uma situação econômica superior em relação às famílias das camadas populares, nota-se grande diversidade econômica entre elas. Tome-se como exemplo a descrição que algumas médicas fizeram de como eram suas casas na infância e em que bairros estavam localizadas. As descrições apontaram para dois tipos de casa: aquelas menores, com três quartos, dois banheiros (sendo uma suíte no quarto do casal), sala e cozinha; e aquelas com mais de três quartos (todas com suíte), várias salas e grandes espaços de áreas de lazer com churrasqueira e piscina. Havia, ainda, casas localizadas em bairros de complexos populacionais, como foi o caso da família de Marcela, que sempre morou em casas funcionais localizadas em vilas militares; e da família de Vívian, que morava em um complexo populacional de classe média financiado pelo governo de seu país (Venezuela) em muitas prestações.

Nas descrições das médicas entrevistadas também apareceram outros elementos que demonstram a superioridade socioeconômica sociocultural de algumas famílias com relação aos estratos populares e, até mesmo, com relação a outros estratos das camadas médias. Várias das entrevistadas me falaram que a família era sócia de um clube (que também era frequentado por outras pessoas de seus círculos de amizade) e que frequentavam o clube regularmente para práticas de esporte e momentos de lazer. Várias das entrevistadas também relataram que faziam cursos extracurriculares de pintura, piano, língua estrangeira (especialmente de Inglês) e ballet.

Corroborando o que têm apontado pesquisas sobre as origens econômicas e culturais das famílias de origem dos estudantes de medicina brasileiros realizadas por meio de questionários socioeconômicos aplicados por ocasião da inscrição para as provas do ENADE (RISTOFF, 2014) ou por ocasião dos vestibulares (ALMEIDA, 2009; ALMEIDA e ERNICA,

2015), a maior parte das médicas por mim entrevistadas (dezenove, dentre as vinte e nove) são oriundas de famílias de diferentes frações de classe das camadas médias.

Doze, dentre as dezenove entrevistadas das camadas médias, são filhas de pais e/ou mães com escolaridade de nível superior (vários com pós-graduação) envolvidos em ocupações profissionais que exigem alta qualificação educacional. Quanto à profissão dos pais, cinco são engenheiros, um é advogado, um é professor de Matemática para o Ensino Médio, um é biólogo em uma empresa multinacional, dois são médicos (com especialização em Ginecologista e Pediatra) e um é produtor rural formado em Engenharia Agrônômica, mas exerce cargos políticos há muitos anos (já foi vereador e prefeito). Apenas um dos pais das médicas oriundas das frações das camadas médias intelectualizadas não havia se diplomado no Ensino Superior (mas sua mãe era professora de Matemática): o pai de Mirela, que havia feito um curso profissionalizante de piloto comercial e exercia a profissão de piloto de táxi aéreo, além de também administrar um pequeno comércio da família.

Uma característica marcante quanto à formação escolar e à inserção profissional das mães dessa fração mais intelectualizada das classes médias é que onze dentre elas tiveram formação em nível superior em licenciatura e dez dentre elas atuavam como docentes da Educação Infantil e da Educação Básica (no ensino de Matemática, História, Educação Física, Língua Portuguesa e Artes) ou atuavam na gestão/orientação escolar. Com as tias também não foi muito diferente. Muitas delas obtiveram um diploma de licenciatura e atuavam como professoras do nível básico ou diretoras de escola. Apenas uma, dentre as mães das camadas médias intelectualizadas não havia cursado o Ensino Superior e não exercia atividade profissional assalariada: a mãe de Joyce, que tinha escolarização a nível médio e era considerada pela filha como dona de casa.

As mães professoras ou gestoras, pertencentes a uma fração de classe mais rica em capital cultural e portadoras de todo um patrimônio de informações sobre o funcionamento do sistema escolar (com seus trâmites, e hierarquias) apresentam aquele tipo de estratégia apontada por Bourdieu (1998b) como sendo geradora de distinção e vantagens quando diante da acirrada competição por uma vaga nos cursos e instituições mais disputadas. Essas vantagens estão diretamente relacionadas a investimentos escolares e estratégias de escolarização voltados para a escolha do estabelecimento de ensino, dos ramos de estudo, dos caminhos a serem percorridos.

O ascetismo e a boa vontade cultural aplicados à educação da prole foram alguns dos atributos distintivos que fizeram parte das estratégias de escolarização dessas famílias das camadas médias (e especialmente as mães desse estrato mais escolarizado). A forma diligente

e orquestrada como acompanhavam a vida escolar dos filhos são exemplos típicos daquele tipo de família das frações médias descritas por Bourdieu (NOGUEIRA, 1991; NOGUEIRA e NOGUEIRA, 2006) que, munidas do *ethos* da ascensão social via escola investem pesadamente na educação escolar dos filhos. Para essas frações das camadas médias “[...] a criança representa um investimento através do qual se garante a manutenção da posição de classe média ou se prepara o ingresso nas elites. E a escola servirá como o canal por excelência utilizado nessa empreitada de promoção social” (NOGUEIRA, 1991, p. 97).

O *ethos* de classe que movia as estratégias dos pais (mas especialmente, das mães) em função do rigor ascético e da boa vontade cultural com vistas a um projeto de futuro para as filhas também foi uma característica marcante dessas famílias das camadas médias intelectualizadas. Trata-se daquelas famílias que Bourdieu chama de “convertidos” e de “oblatos”. “Convertidos”, porque adquiriram o capital cultural de que dispõem via escolarização e “oblatos”, porque depositam todas as suas aspirações e chances de ascensão social na escola (NOGUEIRA, 1991).

Os pais e as mães das entrevistadas que pertenciam às frações de classe média provinham de famílias cujos avós pertenciam aos estratos populares e eram muito pouco escolarizados. A maior parte dos avôs e avós dessas mulheres não havia concluído o Ensino Fundamental<sup>73</sup>. Se, nas famílias das entrevistadas oriundas das camadas populares, o maior salto de mobilidade geracional ascendente se deu da geração dos pais para a geração das filhas (as médicas que entrevistei), nas famílias das entrevistadas oriundas das camadas médias esse salto de mobilidade ascendente se deu uma geração antes. Mas isso aconteceu, especialmente, na fração de classe das camadas médias intelectualizadas. Da geração dos avós para a geração dos pais das médicas entrevistadas houve um importante salto de mobilidade econômica e escolar ascendente nas frações dos estratos intelectualizados. Na transição da geração dos avós para a geração dos pais grande parte da nova geração formada pelos pais e pelos tios/tias passaram a ter um diploma de Ensino Superior e também a se colocarem em uma situação econômica melhor do que a geração dos avós.

Era dessa geração em ascensão econômica e cultural que a maior parte dos pais das frações das camadas médias intelectualizadas faziam parte e sempre foi muito importante

---

<sup>73</sup> Sobre a escolarização dos avôs e avós das médicas advindas das camadas médias a primeira característica que se destaca é o fato de não haver grande diferença entre os avôs e avós desses estratos sociais e os ancestrais das médicas advindas das camadas populares. O nível de escolarização da maior parte dos avôs e avós dos estratos médios (independentemente, da fração de classe) se enquadrou nas categorias Ensino Fundamental incompleto e Ensino Fundamental completo. Nessas categorias, as avós se sobressaíram em relação aos avôs. Mais avós do que avôs e enquadravam na categoria Ensino Fundamental (completo e incompleto). Quatro avôs e avós dos estratos das camadas médias proprietárias não eram escolarizados e nem alfabetizados/as.

para esses pais fazer com que seus filhos conservassem e superassem essa condição via investimento escolar. Essas famílias...

por serem pouco providas das diferentes espécies de capital (econômico, cultural ou social), necessitam, para realizar sua trajetória ascensional, constituir uma “acumulação inicial” e, para isso, fazem uso de recursos morais (na forma de privações, renúncias, sacrifícios) como meio de compensação. Essa disposição pode ser claramente ilustrada pelos sacrifícios (renúncia à compra de bens de luxo, redução de gastos com passeio, etc) que essas famílias realizam para garantir boa escolarização para a prole. Esse ascetismo se traduziria, ainda – em termos da forma de educar os filhos – num “rigorismo ascético”, numa valorização da disciplina e do autocontrole, e na exigência de uma dedicação contínua e intensiva aos estudos” (NOGUEIRA, 1991, p. 77).

#### **Quadro 4- Tipo de rede de ensino frequentada durante a escolarização básica pelas entrevistadas oriundas de famílias das camadas médias**

Cursou toda a escolarização básica na rede pública de ensino	Raíssa (a mãe era diretora de escola) Vívian (escola pública de prestígio na Venezuela)
Cursou toda a escolarização básica na rede privada de ensino	Denise (colégio de freiras) Mirela Patrícia (escola de prestígio localizada em bairro elitizado) Pietra (rede Anglo) Teresa (Rede Darwin) Nayara
Cursou o Ensino Fundamental na rede pública e o Ensino Médio na rede privada	Alice Jéssica (Parte do Ensino Fundamental e o Ensino Médio em colégio de freiras) Kátia (rede Objetivo) Stela Paula Marcela (durante o Ensino Fundamental frequentou um colégio militar) Ilary (Colégio de freiras)
Cursou o Ensino Fundamental na rede privada e o Ensino Médio na rede pública	Joyce Isabel (escola pública de prestígio) Sara (escola pública de prestígio mais conceituada do que as escolas da rede privada - Colômbia) Tamara (Ensino Fundamental em uma escola da rede privada de pouco prestígio e o Ensino Médio técnico em Química em uma escola técnica estadual de grande prestígio)

Fonte: Entrevistas realizadas pela pesquisadora

Conforme pode ser observado no quadro apresentado, o tipo de estabelecimento de ensino frequentado pelas entrevistadas das camadas médias variou entre aquelas que fizeram toda a escolarização básica na rede pública de ensino (Raíssa e Vívian), toda a escolarização básica na rede privada de ensino (Denise, Mirela, Patrícia, Pietra, Teresa, Nayara e Ilary), o Ensino Fundamental na rede pública e o Ensino Médio na rede privada (Alice, Jéssica, Kátia, Stela, Paula e Marcela) ou o Ensino Fundamental na rede privada e o Ensino Médio na rede pública (Joyce, Isabel, Sara e Tamara).

Duas, dentre as dezenove entrevistadas das camadas médias são filhas de pais e mães que pertencem às frações das camadas médias com escolaridade de nível médio técnico ou superior incompleto e ocupações ligadas a cargos técnicos ou administrativos. O pai de Ilary havia concluído o Ensino Médio Técnico em desenho industrial e exercia a profissão de projetista de peças de carros em uma montadora multinacional e sua mãe concluiu o curso médio-técnico de secretariado, mas não exercia atividade profissional. O pai de Vívian havia iniciado duas faculdades (de Economia e de Ciências Políticas), mas não havia concluído nenhuma das duas e a escolaridade de sua mãe se limitava ao Ensino Fundamental e a um curso profissionalizante de secretariado.

A despeito de não terem formação de nível superior as estratégias dos pais de Vívian quanto à escolarização das três filhas se assemelhava, em alguns aspectos, àquelas empreendidas pelas famílias mais intelectualizadas. Especialmente, no que se refere ao estilo de vida familiar quanto à ordem moral doméstica. Como Vívian explica, no fragmento de entrevista abaixo, quando me falava sobre as condições econômicas de sua família durante sua infância, do ponto de vista dos estudos ela e suas irmãs eram diferenciadas das crianças das outras famílias que moravam no mesmo complexo habitacional.

V- Minhas duas irmãs e eu crescemos em uma casa onde tínhamos tudo, não faltava nada, mas nada de luxo. Era um apartamento simples. Éramos três meninas, meu pai e minha mãe. Morávamos todos juntos. Era um apartamento de três quartos e um banheiro. Uma cozinha... assim, bem, bem simples. Não sei se você tem ideia... Era um bairro residencial grande, grande, grande. Todos os apartamentos tinham a mesma estrutura. Os prédios todos são iguais, cada certa distância tem escola. São moradias populares feitas pelo governo e pagas com prestações longas... A muito, muito longo prazo. Então eles ficaram trabalhando e pagando esse apartamento. Minha mãe também trabalhou, fez de tudo, mas dentro de casa. Ela falou que... Ela não fez faculdade, mas sempre teve habilidades para contas e para vendas. Então ela vendia tudo. Qualquer coisa que ela conseguia no caminho ela vendia. Vendia roupas, vendia prendas, vendia tudo, sapatos, vendas à prestação, tudo.

R- Você se lembra da época da sua infância... você se achava economicamente parecida com as pessoas que moravam perto de você ou a sua família era de um nível superior aos vizinhos?

V- Economicamente todos que morávamos em Cana de Açúcar (nome do bairro) éramos iguais. Famílias modestas, mas extrato social médio. Todo mundo ao redor de nós na escola era mais ou menos do mesmo tipo, mas nós éramos diferenciadas. A minha irmã mais velha e a mais nova, nós três éramos bem diferenciadas porque todo mundo reconhecia que nós éramos muito boas na parte acadêmica. Nós fomos muito boas desde cedo (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Vívian, R4 de cirurgia cardiovascular).

Como Vívian relata, se economicamente todas as crianças e adolescentes que moravam no mesmo complexo residencial e frequentavam a mesma escola tinham um padrão econômico semelhante, o mesmo não acontecia com relação ao padrão cultural. A situação econômica da família de Vívian na primeira fase de sua escolarização se mostrou uma das

mais simples dentre as famílias de camadas médias das mulheres entrevistadas, no entanto, as estratégias escolares empreendidas em casa, pela mãe, exerceram grande influência sobre os destinos escolares das filhas (duas formaram-se médicas e Vívian ingressou precocemente na faculdade de Medicina aos 16 anos). Vívian descreve algumas das estratégias utilizadas por sua mãe nessa empreitada fortemente caracterizada pela regularidade das regras e dos horários de estudo e pela inculcação precoce e sistemática de uma espécie de ethos ascético racional:

A responsabilidade disso foi de minha mãe. Minha mãe nos ensinou bem de cedo, ainda bem crianças, ensinou a escrever, ler, multiplicar. Tínhamos três ou quatro anos e já sabíamos fazer tudo isso. Uma coisa que acho admirável.

[...] eu sempre fui a mais nova da minha turma. De todas as turmas onde estive eu sempre fui a primeira. A mais nova e sempre a primeira da turma.

R- Você falou que a sua mãe ensinou inglês. Ela sabia falar inglês?

V- Não. Não. Ela comprou... naquela época K7. Vídeos, esse tipo de coisa. Uma de minhas tias que era artista, gostava muito... tinha várias coisas que levava para casa, emprestava para minha mãe e deixava para nós. Porque era fácil, era inglês para criança, entendeu? Tinha figuras, cores. Era em áudio e a parte visual eram as figuras. Então, minha tia trazia para casa os discos, minha mãe colocava e deixava para as três praticarem.

Como disse Lahire ao comentar sobre a ordem moral doméstica empreendida por uma família por ele pesquisada: “É, sem dúvida, no estilo de vida familiar como um todo, na ordem moral doméstica, que é, indissociavelmente, uma ordem mental, que podemos reconstruir os princípios de produção de comportamentos adequados do ponto de vista escolar” (LAHIRE, 1997, p. 204).

Quatro, dentre as dezenove entrevistadas das camadas médias são filhas de pais e mães que pertencem às frações das camadas médias proprietárias. Trata-se, em sua maioria, de pais e mães com escolaridade de nível médio ou Ensino Fundamental e ocupações profissionais como administradores(as) do próprio negócio. No caso, dois deles, pequenos empresários do ramo da construção civil (os dois pais são construtores) e um pequeno empresário do ramo hoteleiro. Apenas um dos pais das camadas médias proprietárias tem Ensino Superior (é um empresário formado em Direito).

Um destaque entre as famílias dos estratos das camadas médias proprietárias é a família de Isabel. Embora seus pais tivessem apenas formação escolar a nível Médio (com complemento em formação técnica em construção civil e corte e costura), tratava-se de uma família de migrantes nordestinos que apresentava características distintas de muitos dos demais migrantes nordestinos que chegaram na cidade de São Paulo entre as décadas de 1950-1970 (a família migrou em 1957). A família da mãe de Isabel era uma tradicional família de políticos, magistrados (juízes e desembargadores) e grandes proprietários de terra em seu estado de origem. Embora os pais de Isabel tivessem migrado do Nordeste para São Paulo em

uma situação adversa de conflito com os avós e tios maternos, a mãe de Isabel herdou de sua família uma condição financeira bastante favorável.

Diferente de muitas famílias de migrantes nordestinos que chegavam a São Paulo na época, a família de Isabel teve uma condição financeira suficientemente boa para que a viagem do Nordeste para São Paulo fosse feita de avião e, ao chegar em São Paulo pudesse se estabelecer em um tradicional bairro de classe média. O pai contratou pedreiros e montou uma empreiteira de construção civil e a mãe montou uma boutique que tinha como clientes senhoras abastadas do bairro onde residiam (as roupas vendidas na boutique eram de criação e fabricação da oficina de confecção da mãe).

Na entrevista Isabel contou alguns detalhes que dão mostras das condições de existência da família, como por exemplo: o pai dela era dono de um Buick 1951 (considerado um carro de luxo para a época) e era sócio fundador do clube Corinthians (condição que implicava na compra do título do clube por um preço elevado).

Uma outra subdivisão das camadas médias é representada pela família de Marcela que pertencia aos estratos militarizados das camadas médias. O pai de Marcela concluiu o Ensino Médio, ingressou na marinha e especializou-se como instrutor de artilharia. Sua mãe concluiu o Ensino Médio e não exercia trabalho remunerado.

### 3.1.3 Entrevistadas oriundas de famílias pertencentes às elites econômicas e culturais

Cinco das médicas entrevistadas eram oriundas de famílias que pertenciam às camadas sociais que podem ser consideradas elites intelectualizadas ou elites culturais (BRANDÃO e LELLIS, 2003; ALMEIDA, 2009). Trata-se de famílias cujos pais e mães têm escolaridade de nível superior de alta qualificação/especialização e um deles (ou ambos) ocupa(m) posições profissionais de alta remuneração e alto prestígio social, como é o caso da família de Aline (cujo pai é auditor da Receita Federal e a mãe é auditora da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo), da família de Bianca (cujo pai é docente de uma Universidade Pública Estadual e a mãe é terapeuta ocupacional), da família de Mônica (cujo pai é cirurgião plástico e a mãe professora de Educação Física), da família de Núbia (cujo pai é gastrocirurgião e a mãe é médica pediatra) e da família de Vânia (cujo pai era cirurgião cardiovascular e a mãe era médica Ginecologista-obstetra). Apenas uma das entrevistadas (Kelly) é oriunda de uma família pertencente ao estrato das elites empresariais intelectualizadas. Os pais de Kelly têm formação superior, mas não exercem a profissão para a qual estudaram. Seu pai é advogado, mas atua como proprietário/ administrador de uma

empresa exportadora do setor alimentício e sua mãe é formada em odontologia, mas não exerce atividade profissional.

Em todos os casos, as condições de existência das famílias desses estratos sociais correspondiam àquelas descritas por outros pesquisadores que se dedicaram ao estudo da trajetória de estudantes das elites intelectualizadas (NOGUEIRA, 1991; BRANDÃO e LELLIS, 2003). Todas as famílias moravam em casas/apartamentos espaçosos e confortáveis localizados em condomínios de luxo ou em bairros nobres em locais de alto custo o metro quadrado. Algumas das famílias tinham casas de veraneio na praia, no sítio, e até mesmo em outro país, como era o caso da família de Kelly, relatado a seguir.

R- Tá, e vocês na infância, vocês viajavam?

K-Nossa, demais. Meu pai sempre foi um cara, assim, muito provedor das coisas pra gente, né. Então meus pais sempre gostaram de viajar, então a gente viajava muito para o exterior. Na minha infância sempre viajamos muito, chegando a passar temporada mesmo, três meses fora e tal. Eu lembro muito disso de quando a gente era menor, e... graças a Deus meu pai sempre teve condição de prover tudo isso. Aí, então, realmente eu tive uma infância e adolescência privilegiada nesse sentido assim.

R- Para quais países vocês viajavam na infância?

K- Meus pais, eles gostam muito dos Estados Unidos. É a praia deles.

R- Vocês têm parentes lá? Amigos?

K- Não. É... Meu pai chegou até a ter alguns amigos, porque ele chegou a exportar uma época matéria-prima dele para fora, para a Red Lobster, para algumas firmas da Flórida, então a gente sempre foi muito para a Flórida: Orlando, Miami.

R- Não era para casa de parentes que vocês iam então, ficavam mais em hotel?

K- Meu pai chegou a ter uma casinha lá em Miami... (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Kelly, gastrocirurgiã em início de carreira).

As famílias pertencentes aos estratos sociais mais privilegiados não somente colocaram suas filhas nas escolas mais caras da região onde moravam, como também, buscaram proporcionar a elas (e seus irmãos) a educação escolar em instituições com tradição de excelência e de exigência acadêmica. Dessa forma, assim como acontece com outros pais pertencentes às elites culturais brasileiras (ALMEIDA, 2002 e 2009), os pais de Aline, Bianca, Mônica, Núbia, Vânia e Kelly, tinham como objetivo para elas e seus irmãos, o acesso aos mais elevados níveis da hierarquia escolar e investiram grande soma de dinheiro em escolas privadas de prestígio e altos resultados nos vestibulares mais concorridos. Aline, Mônica e Vânia moravam em São Paulo e estudaram nos Colégios Dante Alighieri, Bandeirantes, Visconde de Porto Seguro (colégio bilíngue alemão), Anglo Aclimação, Etapa. Núbia morou em uma cidade do interior de São Paulo e estudou no Colégio Albert Einstein e no COC. Kelly morou em uma cidade localizada no litoral do estado de São Paulo e, desde a Educação Infantil até o segundo ano do Ensino Médio, ela e suas irmãs estudaram no Colégio São José (um colégio de freiras somente para meninas).

Três dos colégios nos quais as médicas entrevistadas estudaram correspondem aos que Almeida (2002) aponta em seu estudo sobre a escolarização das elites paulistas como fazendo parte da lista seleta das melhores escolas de São Paulo. São os Colégios: Etapa, Dante Alighieri e Visconde de Porto Seguro. “O destino escolar da maioria dos alunos aí formados é a aprovação no vestibular para as carreiras mais seletivas da USP” (ALMEIDA, 2002, p. 135).

O objetivo, de escolher uma boa escola que preparasse para o vestibular de Medicina da USP, aparece especialmente na fala de Aline. Embora, no caso dela, a iniciativa da mudança de escola tenha partido dela própria e não dos seus pais, esses acabaram apoiando sua decisão. Segue uma parte da entrevista na qual ela fala sobre essa estratégia.

R- Quando você terminou o Ensino Fundamental você resolveu que ia querer mudar de escola. Essa decisão foi tua ou dos teus pais?

A- Não. A decisão foi minha. Eu chorei para o meu pai. Pedi, implorando pra ele que eu queria mudar para uma escola mais forte, que era o ETAPA, porque lá eu ia ter prova todo dia, que eu queria estudar muito pra poder passar na USP Pinheiros no terceiro colegial.

R- Quem que te falou do ETAPA? Você conhecia alguém que estudava lá?

A- Tinha. Eu tinha amigos que já tinham saído. E aí, a gente já tinha aquela neura né? De quais as escolas particulares de São Paulo que colocavam mais alunos nas melhores faculdades públicas: Bandeirantes e ETAPA. Aí eu queria estudar no ETAPA. Eu invoquei que queria estudar lá. Que era mais forte, tinha prova todo dia. E eu queria estudar muito. Porque eu queria fazer medicina na USP Pinheiros, queria passar direto no terceiro colegial. Eu tinha essa neura, o que é ridículo (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Aline, R3 de cirurgia do Aparelho Digestivo).

A despeito das condições econômicas privilegiadas as elites econômicas e culturais investem não somente em bens materiais tidos por outros estratos sociais como supérfluos, mas investem também, em capital cultural institucionalizado e, especialmente, em capital cultural incorporado (NOGUEIRA, 1991; ALMEIDA 2002 e 2009). Tratando sobre a hereditariedade cultural legada aos filhos pelas famílias dos estratos culturais e econômicos elitizados, Nogueira (1991), explica que nesses estratos pode ser relativamente comum a presença de mães altamente escolarizadas que fazem a opção por não se inserirem no mercado de trabalho e se dedicarem em tempo integral à educação dos filhos. A mãe de Mônica só começou a trabalhar quando o filho caçula entrou na escola e a mãe de Kelly, apesar de ser formada em odontologia, não exercia a profissão para se dedicar à educação das filhas em tempo integral. Os fragmentos de entrevista a seguir trazem relatos dessas duas médicas sobre o período de escolarização básica e sobre o investimento feito por suas mães na escolarização dos filhos.

R- E quando você era pequena você estudava em escola particular, escola pública?

K- Até o terceiro ano do colegial eu estudei em escola de freira, só de meninas [...] uma escola particular, colégio São José.

R- E você estudou nessa escola desde o início?

K- Sim, desde o pré.

R- Sua trajetória escolar inteira, então, desde a escola básica, foi em uma escola só.

K- Uma escola só, colégio São José, colégio de freira, uma escola bem tradicional, um dos colégios mais antigos da cidade, uma educação excelente na parte religiosa e tal. No terceiro ano, como minha mãe sempre esteve muito perto da gente, então ela sempre era muito rígida com a questão das notas e de estudar, então realmente eu e as minhas irmãs sempre fomos assim as melhores alunas. Era uma coisa que minha mãe não abria mão, estava lá mãezona, estudava junto, fazia lição junto, profissão mãe (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Kelly, gastrocirurgiã em início de carreira).

R- Como que era a sua rotina diária quando você era pequena?

M- Então, a gente morava na Vila Mariana e estudava no Morumbi. Então, era uma viagem praticamente pra chegar no colégio. A gente acordava umas cinco e meia...

R- Quem que te levava para a escola?

M- Minha mãe.

R- E aí, à tarde...

M- Daí, à tarde, a gente sentava pra fazer a lição. Às vezes a gente dava uma dormidinha. A minha mãe falava: " pode descansar um pouco depois do almoço, uma hora, e depois vocês fazem a lição". Daí eu preferia fazer a lição rápido [rindo], terminar rápido [rindo] e ficar livre depois.

R- E a ajuda com as tarefas de casa da escola?

M- Ah, a minha mãe. Minha mãe fazia... e aí ela sentava... Porque era um banco em 'L' e ela sentava no meio do 'L' e sentava dois de cada lado [rindo] . E daí os dois mais bagunceiros que eram os menores, que só tinham que pintar, ficavam de um lado e os outros dois ficavam do outro.

R- E ela sentava todos os dias para acompanhar a tarefa de casa?

M- Toda vez, toda vez. Era difícil ela não acompanhar. Se ela não acompanhava ela falava para a gente fazer que depois ela olhava. Ela ou o meu pai. E eles olhavam juntos normalmente. Meu pai chegava em casa do consultório e falava: 'Ah, deixa eu ver'. E a gente falava: 'ganhei estrelinha! Ganhei não sei o que!'. E mostrava, né. Sempre foram muito presentes. Lá em São Paulo a gente estudava no Porto Seguro, que era uma escola em Alemão. Aí a minha mãe nem sabia falar alemão e fazia ditado para a minha irmã [rindo a gargalhadas]. Então, assim, os dois sempre foram muito presentes. Tanto a minha mãe quanto o meu pai. As memórias são assim, sempre...

R- Os dois juntos...

M- Os dois dois juntos. Sempre presentes (fragmento de entrevista realizada com Mônica, R2 de Cirurgia Geral).

Apesar de as mães de Mônica e de Kelly serem as principais responsáveis por levarem os filhos para a escola e ajudá-los com as tarefas escolares, tanto o pai de Kelly, como o pai de Mônica também eram muito presentes na vida escolar das filhas. Essa preocupação do investimento paterno em capital cultural também foi percebida por parte dos pais de Aline e de outras médicas por mim entrevistadas.

Da mesma forma como aconteceu com os sujeitos investigados na pesquisa de Brandão e Lellis (2003), uma característica comum à herança econômica, social e cultural das entrevistadas pertencentes às elites intelectualizadas foi o investimento familiar orquestrado e precoce em um tipo de capital cultural incorporado através de uma série de estratégias

práticas implementadas por seus pais, entre elas, a ênfase no monitoramento próximo, no estudo disciplinado, no reforço escolar, na intensificação dos horários de estudo.

Ao interpretar os escritos de Bourdieu sobre educação, Nogueira e Nogueira (2006, p. 60), explicam que:

Cabe, desde já, observar que, do ponto de vista de Bourdieu, o capital cultural constitui (sobretudo, na sua forma incorporada) o elemento da herança familiar que teria o maior impacto na definição do destino escolar. A Sociologia da Educação de Bourdieu se notabiliza, justamente, pela diminuição que promove do peso do fator econômico, comparativamente ao cultural, na explicação das desigualdades escolares.

Por mais que o investimento familiar em capital econômico proporcione o acesso a escolas consideradas muito boas no que se refere ao preparo para o vestibular, ao fazerem uma interpretação dos escritos de Bourdieu, Nogueira e Nogueira (2006, p. 69) explicam que: “[...] dentre todas as estratégias educativas, a mais importante (e a mais dissimulada) é a transmissão doméstica do capital cultural que depende de um investimento em tempo e em transmissão cultural, e que assegura o mais alto rendimento em termos de resultado escolar”. Esse parece ter sido o caso do tipo de investimento empreendido pelas mães e também pelos pais não somente de Mônica e de Kelly, mas também, das demais mães das elites culturais e ainda, das mães de várias entrevistadas das camadas médias intelectualizadas: a transmissão doméstica e precoce do capital cultural incorporado. Mas também um *ethos*...

Mas o papel preponderante das mães na organização da vida doméstica e no acompanhamento do cotidiano escolar dos filhos não é uma posição exercida apenas pelas mães que não se encontram inseridas no mercado de trabalho remunerado. Esse acompanhamento criterioso faz parte de uma espécie de *habitus* de classe das mães altamente escolarizadas que atuam no mercado de trabalho em setores altamente qualificados e bem remunerados (NOGUEIRA, 1991).

No caso da aquisição da competência linguística valorizada pela escola e cobrada nos vestibulares como a definição do conhecimento legítimo da língua culta, Almeida (2004, 2009) explica que a transmissão doméstica e precoce do capital cultural, aliada à estratégia da escolha da “boa escola”, se caracterizam como importantes estratégias das elites intelectualizadas na busca por distinção e futuras posições de destaque para a seus filhos.

Além das estratégias voltadas especificamente para o monitoramento escolar, Nogueira (1991) e Brandão e Lellis (2003) falam, também, de uma série de estratégias utilizadas pelas famílias das elites culturais que também estiveram presentes nas trajetórias das médicas desses estratos sociais, dentre as quais, o investimento em atividades

extraescolares programadas (como cursos de música, de língua estrangeira e de pintura, a prática de esportes em clubes privados, leitura, visitas a museus e teatros) e o patrocínio de viagens internacionais e intercâmbios culturais.

Mônica conta detalhes sobre o incentivo à prática da leitura:

R- Na sua casa tinha livros?

M- Muitos, muitos. Desde pequenininha.

R- Você frequentava a biblioteca também?

M- Frequentava. Inclusive, lá no Porto tinha aquela biblioteca circulante que cada aluno levava um livro e depois trocava. Então, a gente sempre leu muito, muito. Eu sinto até falta agora na faculdade. Porque a gente não tem tempo. Eu era de ler três livros por mês, assim, fácil. Eu sou de pegar um livro de devorar e não conseguir parar de ler. E assim, meu pai é leitor, minha mãe é leitora, tipo... Todos em casa gostam muito de ler. Foi isso foi passado para nós. Eu lembro do meu pai contando historinhas pra gente. Meu pai lia no livro e depois ele ia e inventava. Ele fazia uma história dele mesmo. E aí a gente sempre teve muito contato. A minha mãe comprou... Tem uma parte da estante que ela comprou todos os livros dos prêmios Nobel de literatura e deixou lá. E ela falava: 'Olha, quero que vocês leiam'. E a gente era maior novo, a gente nem sabia o que era Nobel. 'Ah, tá bom, tá bom' [imitando voz de criança]. Daí ela comprava a Barsa e abria assim, e tinha bastante figura. Daí a gente lia muito (fragmento de entrevista realizada com Mônica, R2 de Cirurgia Geral).

Núbia conta de suas atividades extracurriculares e das viagens internacionais:

R- E de atividade extra-curricular além da natação você fazia mais alguma coisa?

N- Eu fazia inglês. Eu fiz muitas atividades né? Eu passei pelo judô, futebol, como eu tinha um irmão eu fazia tudo [risada]. Eu fiz hipismo também e depois o último foi natação.

R- E nas férias, vocês viajavam?

N- Sim, a gente viajava bastante.

R- Aqui no Brasil ou fez viagens internacionais?

N- Fiz, foi com a família: Nova York, Canadá, Portugal, Espanha (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Núbia, cirurgiã coloproctologista).

Boa parte dos filhos das famílias pertencentes às elites culturais fez várias viagens internacionais, inclusive com períodos de imersão cultural e linguística através de longos períodos de intercâmbios em países como Alemanha, França, Estados Unidos, Canadá e Nova Zelândia.

“Se, à primeira vista, essas atividades podem estar representando uma estratégia educativa de valorização da cultura livre de que fala Bourdieu, e certamente estão, expressam também um poderoso instrumento de conhecimento – reconhecimento – distinção” (BRANDÃO e LELLIS, 2003, p. 520). Aline conta detalhes de como aconteceu essa transmissão da cultura livre através da imersão cultural das viagens internacionais que fez na infância e adolescência:

R- E nas férias? Vocês costumavam viajar?

A- Sempre. A gente sempre ia pra algum lugar. No começo... é aquilo que eu falei, né. Meus pais foram ascendendo profissionalmente em termos financeiros. Quando a gente era pequena a gente ia na casa de alguma tia, irmã da minha avó na Praia Grande.

A- Águas de São Pedro. Essas coisas. Aí, depois as coisas foram melhorando. Então, aí quando eu tinha uns dez anos, ou onze anos, eu fiz a minha primeira viagem de avião. A gente foi pra San Martin, lá no Caribe. Depois com doze anos eu fui pra... A minha madrinha mora nos Estados Unidos até hoje, em Pittsburg. Aí, com 12 a gente foi visitar a minha madrinha. Fomos pra Nova York e pra Disney pela primeira vez. Aí com 15 eu fui para a Europa, com 16 para a Nova Zelândia. [...] morei 4 meses e meio na Nova Zelândia porque eu fiz intercâmbio, né.

R- Como é que foi essa história sua de ir para a Nova Zelândia?

A- [...] quando eu tinha 15 anos os meus pais me deram uma viagem para a Europa. Eu fiquei um mês lá em uma excursão. Eu conheci 6 países, tal. Aí, nisso, eu já fui me apaixonando por viajar. Aí, eu resolvi que eu queria fazer intercâmbio. E eu já tinha essa história de querer fazer intercâmbio porque meus pais têm vários amigos médicos, ou de outras áreas que os filhos fizeram intercâmbio. Filhos mais velhos do que eu. Daí, eu já queria fazer intercâmbio. Só que sempre, naquela época, o pessoal ia para os Estados Unidos, né, ou, às vezes, para a Inglaterra. Só que aí, a minha mãe começou a pesquisar, junto comigo. E foi bem na época que a Nova Zelândia estava começando a ser atrativa para intercâmbio, né. E aí eu e a minha mãe começamos a ver as fotos. E aí eu falei: "Mãe, eu quero ir pra esse lugar. Aí eu fui pra lá, mas eu me arrependo até hoje. [...] Eu poderia ter ficado um ano no intercâmbio. Poderia ter ficado um ano lá, feito escola. Porque eu fiz um curso de inglês, mas não fiz escola. E foram os melhores meses da minha vida. Porque eu tinha 16 anos, então... Ah, você é desbravador, você é jovem. Eu fui sozinha.

R- Onde você ficou lá?

A- Fiquei na casa de uma família. Eu fiz um curso de inglês na universidade de Auckland, que é a cidade maior que tem. Eu fiz o curso, viajei pelo país inteiro. Eu ficava em albergues, conheci gente do mundo inteiro. Então, assim, foi uma experiência maravilhosa. Assim, eu cresci muito como pessoa, sabe. Amadureci bastante. Eu sempre fui mais precoce e com a viagem eu fiquei mais ainda. Aprendi muito coisa. Voltei outra pessoa. Eu achei que foi maravilhoso. Depois disso, também, eu achei que foi um preparo para eu ir morar sozinha. Porque eu já saí de casa com 18 anos, né (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Aline, R3 de cirurgia do Aparelho Digestivo).

Assim como a descrição feita por Brandão e Lellis (2003) sobre as famílias por elas entrevistadas, entendo, também, ao pensar sobre as médicas provenientes de famílias cultural e economicamente privilegiadas, que:

Essas famílias se encontram [...] bem providas de volume e estrutura de capitais, tais como: econômico, acadêmico, intelectual, lingüístico, simbólico, social etc. Representam, assim, no contexto brasileiro, um dos grupos mais bem informados e preparados para as disputas por melhores posições sociais (BRANDÃO e LELLIS, 2003, p. 520).

### **3.2. Dificuldade de ingresso e excepcionalidade da admissão em um curso de grande prestígio: a construção precoce da distinção social**

Porque é muito difícil de entrar. Então, quando você entra você está muito orgulhoso. Porque você ralou muito pra entrar aqui (fragmento da entrevista realizada pela autora com Stela, aluna do 3º ano de medicina de uma universidade pública localizada no estado de São Paulo).

Seja entre os amigos, no seio da família, da escola ou do cursinho, a celebração da aprovação no vestibular é, em geral, um momento de consagração para o estudante aprovado. Isso vale ainda mais para os que foram aprovados para os cursos de Medicina. Os estudantes aprovados em cursos de Medicina são celebrados como exemplos do modelo ideal de estudante. Modelo esse, altamente valorizado na sociedade brasileira. E o rito de consagração pelo qual esses estudantes passam no momento da matrícula contribui para construir a ideia de que os aprovados são seres especiais, portadores de qualidades positivas e raras, que merecem usufruir da formação dada pelas faculdades de Medicina.

Desde a criação das primeiras escolas médicas, no início do século XIX, a dificuldade de ingresso e a excepcionalidade da admissão tem sido uma realidade enfrentada pelos estudantes que buscaram uma vaga em um curso de Medicina no Brasil (COELHO, 1999; VARGAS, 2008), sendo esse, ainda na atualidade, um dos cursos mais disputados nos processos seletivos para a entrada no Ensino Superior<sup>74</sup> (BRASIL, 2013).

De acordo com o relatório técnico sobre a relação oferta/demanda dos cursos de graduação no Brasil, divulgado pelo Ministério da Educação (BRASIL, 2013), o curso de Medicina continuava, na ocasião, a ser o de maior concorrência nas Instituições de Ensino Superior brasileiras, tanto na rede pública (63,42 candidatos por vaga) como na rede privada de ensino (25,67 candidatos por vaga). Segundo o mesmo estudo, o curso de Medicina teve o maior número de inscritos nos vestibulares das Instituições de Ensino Superior da rede pública (440.391) e o segundo maior número de inscritos nos cursos presenciais da rede privada (251.838), perdendo apenas para o curso de Direito (473.993)<sup>75</sup>.

No quadro a seguir apresento dados recentes dos vestibulares de algumas das mais prestigiosas universidades públicas do estado de São Paulo e também dados do SISU (Sistema de Seleção Unificado).

---

<sup>74</sup> Segundo a pesquisadora Hustana Maria Vargas (2010) os três cursos que se sobressaem como os de mais alto valor na hierarquia dos cursos disputados nos vestibulares são aqueles cujas profissões também são consideradas as de mais alto prestígio e distinção social na sociedade brasileira desde a época do Império: Medicina, Engenharia e Direito.

<sup>75</sup> Segundo dados do Mapa do Ensino Superior no Brasil 2015 (SEMESP, 2015), embora, os cursos presenciais de Direito (677,8 mil), Administração (557,9 mil) e Pedagogia (213,1 mil) tenham sido aqueles com maior número de matrículas nas instituições de ensino superior privadas do Brasil no ano de 2013, e o curso de Medicina tenha ocupado a 17ª posição nesse ranking, foi o curso de Medicina que teve o maior percentual de concluintes (83,6%) nessa mesma rede de ensino. Os percentuais de estudantes concluintes nos cursos de Direito, Administração e Pedagogia foram, respectivamente, 48,9%, 46,9% e 59,9%.

**Quadro 5- Relação candidato vaga e nota de corte dos processos seletivos dos anos de 2015 e 2016 de algumas universidades públicas do estado de São Paulo e do Sisu.**

	Processo Seletivo 2015				Processo Seletivo 2016			
	Relação C/V* do curso de maior concorrência	Relação C/V do segundo curso de maior concorrência	Maior nota de corte para aprovação/ curso	Segunda maior nota de corte para aprovação/ curso	Relação C/V do curso de maior concorrência	Relação C/V do segundo curso de maior concorrência	Maior nota de corte para aprovação/ curso	Segunda maior nota de corte para aprovação/ curso
UNESP	222,4 Medicina	47,9 Engenharia Química	59 Medicina	56 Engenharia Civil	243,8 Medicina	45 Engenharia Química	70 Medicina	52 Engenharia Química
USP	55,02 Medicina	40,69 Psicologia	72 Medicina	61 Engenharia	71,93 Medicina	59,80 Psicologia	73 Medicina	62 Psicologia
UNICAMP	203,8 Medicina	114,08 Arquitetura e Urbanismo	665,5 Medicina	612,8 Engenharia Química	220,1 Medicina	211,4 Arquitetura e Urbanismo	688,2 Medicina	626 Engenharia Química
UNIFESP	125,02 Medicina	37,32 Engenharia Química	Informação não disponível	Informação não disponível	125,74 Medicina	25,15 Ciências Biológicas	Informação não disponível	Informação não disponível
UFSCAR	213,82 Medicina	137 Psicologia	801,11 Medicina	783,37 Engenharia da Computação	177,55 Medicina	122,77 Psicologia	786,46 Medicina	802,44 Engenharia da Computação
SISU	*1	*1	830,39 Direito UFF	821,46 Medicina UFRJ	*1	*1	824,74 Medicina UFRJ	811,94 Engenharia Química UFRJ

Fonte: Fuvest, Vunesp, Comvest, Unifesp, Ufscar, Sisu. \* C/V – candidato/vaga

\*1A relação candidato/vaga é diferente para cada Instituição de Ensino Superior. Nas instituições que têm o curso de Medicina esse tende a ser, em geral, o curso de maior concorrência.

A dificuldade de ingresso e a excepcionalidade da admissão em um curso de Medicina podem ser evidenciadas por meio da comparação entre o número de candidatos concorrentes e número de vagas ofertadas, mas também, por meio da nota de corte para a aprovação dos diferentes cursos disputados nos vestibulares. Conforme observado no quadro destacado, em geral, o curso de Medicina se sobressaiu como sendo o de maior concorrência e o de maior nível de dificuldade de ingresso dos vestibulares analisados.

Além da relação candidato/vaga e da nota de corte, outro indicador que atesta a dificuldade de ingresso no curso de Medicina é a necessidade de recorrer a cursos pré-vestibulares – inclusive a consideração do tempo de preparo em cursinho pré-vestibular – e o número de vezes em que houve tentativa de entrada na faculdade de Medicina. Dentre as 29 médicas que entrevistei, apenas quatro não fizeram curso pré-vestibular<sup>76</sup>, sendo que uma dessas fez aulas particulares para se preparar para o vestibular, outra foi aprovada para o curso de Medicina em uma faculdade da rede privada<sup>77</sup> após a primeira tentativa de ingresso e duas

<sup>76</sup> Ver o quadro sobre o ingresso na faculdade que se encontra no Apêndice A (p. 372).

<sup>77</sup> A concorrência para a entrada na faculdade de Medicina da rede privada também é acirrada (BRASIL, 2013). Dentre as 29 mulheres médicas que entrevistei 6 delas fizeram a faculdade na rede privada de ensino e apenas uma não fez curso pré-vestibular, mas todas elas cursaram a educação básica em escolas consideradas de elevado nível acadêmico. Com exceção de Denise, que cursou Medicina em uma faculdade da rede privada com subsídio do governo municipal e advinha socialmente das camadas médias intelectualizadas, as outras mulheres

delas são venezuelanas e fizeram faculdade em seu país de origem<sup>78</sup>. Todas as 20 entrevistadas que ingressaram em universidades públicas brasileiras<sup>79</sup> fizeram um ou dois anos de curso pré-vestibular após o término do Ensino Médio<sup>80</sup>.

Segundo pude apreender das narrativas de várias das mulheres que entrevistei, uma peculiaridade bem conhecida dos(as) estudantes que prestam o vestibular para Medicina no estado de São Paulo é a tendência a que os(as) candidatos(as) que prestam vestibular em uma das universidades estaduais paulistas (UNESP, USP, UNICAMP, FAMERP, FAMEMA), também o façam para as outras. Essa tendência é tão difundida que os calendários dos vestibulares das universidades estaduais paulistas são feitos de forma a que a data de uma prova não conflite com a da outra. Além dessas universidades públicas estaduais ainda é comum que os(as) candidatos(as) também tentem uma vaga em uma universidade federal pelo Sisu e até mesmo em várias faculdades particulares (com bolsa do Prouni<sup>81</sup>, com financiamento FIES, ou contando apenas com o apoio de suas famílias). Como pode ser observado no quadro “Ingresso na faculdade” (que se encontra no Apêndice A, p. 372), todas as entrevistadas que fizeram faculdade no estado de São Paulo (vinte e uma, dentre as vinte e nove das entrevistadas) utilizaram-se dessa estratégia da multiplicidade de inscrições nos vestibulares para terem uma maior chance de ingresso na faculdade de Medicina.

---

pertenciam a famílias detentoras de elevado capital econômico e cultural, sendo que três delas eram filhas de pais e mães médicos e uma delas era filha de empresários. Ver no Apêndice A (p. 372) quadro sobre o ingresso na faculdade

<sup>78</sup> Entrevistei duas cirurgiãs venezuelanas e uma colombiana que fizeram faculdade em seus países de origem mas vieram fazer residência em Cirurgia Cardiovascular no Brasil. As três afirmaram que em seus países a disputa por uma vaga no curso de Medicina é muito acirrada. Vívian usou as seguintes palavras para explicar como é essa disputa: “Quase que impossível. Faculdade de Medicina... assim, três mil pessoas, duas mil pessoas... e a vaga para a faculdade... não entra. Medicina é bem, bem difícil. O maior número de pessoas concorre para Medicina. Mas as vagas são bem poucas”. As duas cirurgiãs venezuelanas que não fizeram curso pré-vestibular foram, também, aquelas, dentre todas as entrevistadas, que entraram na faculdade de Medicina com a menor idade (15 e 16 anos). Devido a legislação do país quanto às formas de ingresso no ensino superior e o excelente desempenho escolar que obtiveram durante toda a sua trajetória escolar ambas entraram na faculdade logo após o término do ensino médio. Vívian me explicou que na Venezuela há duas formas de se entrar em uma universidade pública para fazer Medicina (não existem faculdades de Medicina da rede privada). Uma das formas consiste em fazer uma prova a nível nacional, como é realizado o ENEM no Brasil. A outra forma, aberta apenas para aqueles estudantes que tenham cursado todos os anos de escolarização a nível primário e médio em um instituto público, é através da nota final do desempenho escolar do estudante em toda a sua trajetória escolar. Em uma escala de 0-20 essa nota precisa ser acima de 19. Vívian terminou a educação básica com honras e média geral acima de 19,50 e Jéssica obteve nota 19,80 na prova do exame nacional.

<sup>79</sup> Embora tenham diferentes perfis de configuração, por serem gratuitas e serem consideradas de alta qualidade acadêmica, as Instituições de Ensino Superior públicas (especialmente, as federais e as estaduais paulistas) são consideradas as mais prestigiosas do país (MARTINS, 2000).

<sup>80</sup> Conforme pode ser observado no anexo D desta tese (p.386), que apresenta a porcentagem de alunos da USP e da UNICAMP que fizeram matrícula no período entre 2013-2016, mais de 85% dos estudantes matriculados nessas duas universidades fizeram cursinho e aproximadamente 50% dos estudantes matriculados fizeram mais de dois anos de cursinho.

<sup>81</sup> O Programa Universidade para Todos (Prouni) é uma política pública estabelecida em 2004 pelo Ministério da Educação do Brasil que oferece bolsas de estudos, integrais e parciais (50%), em instituições particulares de educação superior, a estudantes brasileiros sem diploma de nível superior.

O diálogo a seguir, que estabeleci com a cirurgiã cardiovascular Raíssa, dá alguns detalhes dessa estratégia de entrada na faculdade de Medicina:

RE- Bom... então, aí... um ano de cursinho e aí você prestou nas particulares também. E aí o que que aconteceu?

RA- A primeira que saiu o resultado foi a PUCCAMP e eu passei super bem. Eu passei em 5º lugar, uma coisa assim. Eu saí da PUCCAMP tendo certeza de que eu tinha passado. Quando eu saí de XXX eu tinha um sonho enorme de fazer XXX<sup>82</sup> porque XXX era estadual e eu podia morar em casa. Então, como dá menos de 30 km da minha cidade eu falei: "Puxa vida, poder morar em casa, fazer a faculdade onde meu pai fez". Meu pai falava muito que iria falecer cedo porque meu avô faleceu com 61 anos de morte súbita. Então eu queria ficar perto do meu pai e queria fazer a mesma faculdade que ele. Aquela coisa de veneração com o pai. Aí juntava tudo de bom. Eu fiz a prova e saí contente. Falei: "pai, deu pra passar". E minha mãe foi olhar e olhou errado. Ela foi olhar e olhou a classificação geral. Deu 111 da classificação geral. Ela falou: "É... Não deu". Tinha 60 vagas, não ia rodar tanto assim e eu pensei: "não deu".

RE- E você tinha passado?

RA- E eu tinha passado.

RE- Quase perde a matrícula?

RA- Aí quando eu saí da prova da PUCCAMP eu falei para o meu pai: "Cara, eu fui muito bem nessa prova. Eu não só passei, mas eu passei muito bem". Ele: "Ah, não, filha... Vamos lá, prestar Bragança". Eu não queria prestar em Bragança. Ainda mais que eu fiz cursinho em Campinas, o povo falava muito mal de Bragança. O povo falava muito mal da PUCCAMP, apesar de ser ótima. Cursinho foca na UNICAMP. Por muito pouco eu não passei na UNICAMP. E o meu pai falou: "Vamos fazer Pouso Alegre". E eu falei: "Não quero fazer Pouso Alegre, pai". E assim: "Pai. Acredita em mim que pelo menos na PUCCAMP eu sei que eu passei". Aí ele me levou pra fazer prova lá. Daí eu fiz e a primeira resposta veio de Pouso Alegre mesmo. Mas eu fui mal-humorada fazer a matrícula. "Pai, não precisa fazer a matrícula porque eu passei na PUCCAMP". "Não. Vamos fazer a matrícula". Tanto que no caminho, quando a gente estava voltando de Pouso Alegre eu recebi um telefonema do meu cursinho dando a notícia que eu tinha passado na PUCCAMP. E aí eu falei: "Tá vendo, pai". Eu passei na PUCCAMP" E fui frequentar PUCCAMP. Frequentei a primeira semana, tomei uns trotes. De repente a minha mãe me liga e diz: "Raíssa, faz cara de triste porque eu tô indo aí te buscar porque você passou aqui em XXX [nome da cidade]. E tem que fazer a matrícula até amanhã" (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Raíssa, cirurgiã cardiovascular).

A estratégia de tentar o vestibular em múltiplas faculdades faz com que as listas de chamada para a matrícula no curso de Medicina tenham grande rotatividade<sup>83</sup>. Para exemplificar melhor essa estratégia transcrevo, a seguir, a conversa que tive com a residente em gastrocirurgia Aline sobre esse momento de sua trajetória:

R- Qual foi a tua reação, a primeira coisa que você fez quando ficou sabendo que tinha sido aprovada?

<sup>82</sup> O nome da universidade foi omitido por acordo entre a pesquisadora e a estudante entrevistada, mas trata-se de uma universidade pública de grande prestígio no Brasil. Essa estratégia de ocultar o nome da universidade e a cidade onde se localiza será utilizada em outras partes da tese.

<sup>83</sup> Tome-se como exemplo a rotatividade da lista de convocação para a matrícula da Unicamp. No processo seletivo do ano de 2016 foram feitas 9 chamadas de convocação para matrícula de todos os cursos. Na primeira chamada para a matrícula no curso de Medicina foram convocados 110 estudantes aprovados e, após a 9ª chamada, o último candidato convocado para a matrícula ocupava a 251ª posição (COMVEST, 2016).

A- Ah, eu lembro também. Foi bem interessante porque...

R- Foi na primeira chamada?

A- Não. Eu sempre quis passar na "porcada".

R- "Porcada"?

A- É. Na USP Pinheiros. A gente fala "Porcada". Eu sempre quis passar lá. Aí eu prestei as provas. Eu nem fui pra segunda fase da Fuvest. Então, lá e na Santa Casa da USP Ribeirão já cortou. Então, já foi um baque. Aí, quando eu fui prestar a prova da XXX [nome da universidade] eu não conhecia nada de XXX [cidade onde fica a universidade]. Eu só prestei XXX porque falavam que era boa e era pública. Então, eu tinha que prestar. E eu também só queria fazer faculdade pública. Nada de particular. Tinha também essa neura. Aí eu prestei lá. A minha mãe lembra até hoje... e eu também. Porque eu fui pra prova da XXX bem assim, desencanada. Eu estava meio assim, desiludida. Eu queria FUVEST. Não sabia, não conhecia. Aí quando eu passei... foi assim [rindo], eu lembro até hoje, eu estava na depilação [rindo]. Meu pai ligou e falou: "Filha, tenho mais uma má notícia". Eu falei: "o que é que foi, pai"? E ele disse: "Então, você está em 300 na lista da XXX". "O que? [Aline fala com um ar de felicidade e admiração]. Pai, como assim? Eu vou passar". Porque na XXX era a maior concorrência, na época. Era 115 por vaga e tem 100 vagas, só que rodava bastante a lista. Eu falei: "pai, eu vou passar. Tenho certeza". Aí o meu pai ficou: "Será?" E eu já estava na lista do ABC para ser chamada. Então, quando eu fui chamada para XXX [nome da cidade] foi a maior festa. Só que aí, o meu pai falou: "Mas, será? XXX [nome da cidade]?" Ele não é médico, nem minha mãe. "Mesmo que seja boa, será que não é melhor você ficar aqui em São Paulo, na ABC?" Porque um dos filhos do amigo do meu pai, que é médico... o filho faz no ABC. Então meu pai ficou falando: "É melhor ficar em São Paulo". Aí eu falei: "Não, pai. Espera um pouquinho. É uma faculdade pública. Todo mundo fala bem dela". Eu entrei na faculdade... estava muito deslumbrada, tinha estudado muito (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Aline, R3<sup>84</sup> de cirurgia do Aparelho Digestivo).

É importante destacar dois aspectos da fala de Aline que foram recorrentes nas narrativas de outras médicas que entrevistei e que, segundo Aline, são comuns entre os(as) estudantes que concorrem a uma vaga em um curso de Medicina no estado de São Paulo. O primeiro aspecto diz respeito ao fato de que, embora a família de Aline tivesse uma situação financeira muito confortável e pertencesse aos estratos sociais mais bem remunerados do Brasil, ela não queria fazer o curso de Medicina em uma faculdade particular. Como ela disse, "existe uma 'neura' entre os estudantes que fazem cursinho: querem ser aprovados em uma faculdade pública". O segundo aspecto diz respeito à preferência pela USP Pinheiros (segundo Aline, especialmente para quem faz cursinho em São Paulo, a USP Pinheiros é tida como a primeira opção de ingresso<sup>85</sup>).

Além do *status* de curso de grande concorrência nos vestibulares a distinção atribuída ao curso de Medicina se deve também ao prestígio social da profissão médica e ao

<sup>84</sup> A denominação R3 é utilizada no jargão de formação médica para se referir aos residentes do 3º ano, R2 para os residentes do 2º ano e R1 para os residentes do 1º ano. Essa denominação também é usada para os residentes em estágios mais avançados (em algumas especialidades, como a Neurocirurgia, pode haver até R5 e R6).

<sup>85</sup> Essa preferência das camadas sociais economicamente e culturalmente privilegiadas pelos cursos mais seletivos da USP Pinheiros também foi mencionada por Almeida (2002).

imaginário popular que confere ao curso de Medicina o *status*<sup>86</sup> de curso de elite (VARGAS, 2010a; 2010b).

Essa alta valorização do curso de Medicina, principalmente daqueles oferecidos pelas universidades públicas, faz aumentar, é claro, sua seletividade social. Assim como também discutido por Martins (2000), Setton (2002), Queiroz (2004), Guimarães (2007) e Vargas (2008, 2012 e 2015) ao tratarem, no contexto brasileiro, da relação existente entre a origem social e a seletividade econômica e racial no acesso aos cursos de elevado prestígio social, Bourdieu e Passeron (1973) explicam que as chances e probabilidades de acesso aos diferentes níveis e cursos não são iguais para os estudantes das diferentes camadas e grupos sociais. As desvantagens escolares inerentes às desigualdades sociais se manifestam por meio de restrições quanto à escolha das carreiras possíveis. Quanto menos favorecido o meio social de origem mais limitadas são as opções, que se mostram condicionadas e hierarquizadas em função da posição social (situação econômica, raça, gênero)<sup>87</sup>. Nesse quadro, o acesso aos cursos de maior prestígio tende a ser alcançado por estudantes provenientes dos estratos e grupos sociais já privilegiados<sup>88</sup>. Especificamente com relação ao curso de Medicina, os autores franceses apontam que a probabilidade de acesso é muito pequena para os estudantes de origem popular.

No Brasil, a faculdade de Medicina tem se configurado, desde sua origem, como um espaço condicionado e hierarquizado em função da origem socioeconômica, racial e de gênero dos seus estudantes, sendo frequentada predominantemente por homens brancos de

---

<sup>86</sup> Ao estudar de forma relacional as diferenças de *status* entre os cursos de ensino superior e o acesso a diferentes profissões, Vargas (2008) argumenta que a construção social do *status* de distinção dos cursos superiores que oferecem formação para as chamadas “profissões imperiais” precisa ser dimensionada não somente em função da dificuldade de ingresso, da excepcionalidade da admissão ou da aprovação de estudantes de camadas sociais economicamente privilegiadas em carreiras de prestígio. A construção social do prestígio e distinção de um curso superior não se esgota nessas variáveis. Segundo a autora, para se entender o círculo de influência que coloca esses cursos em uma posição de destaque é preciso que se leve em consideração também a dimensão de análise referente à preservação do *status* do monopólio profissional das carreiras de alto prestígio consolidado através da atuação de suas associações corporativas, que no caso da profissão médica no Brasil, seriam: o Conselho Federal de Medicina, os conselhos regionais de Medicina e as sociedades representativas das diferentes especialidades.

<sup>87</sup> Sobre a combinação das desigualdades de gênero e raça no ensino superior no Brasil ver, dentre outros, os trabalhos de Beltrão e Teixeira (2004), Queiroz (2008), Rosemberg e Andrade (2008), Barreto (2015).

<sup>88</sup> Como forma de combate às desigualdades sociais que, historicamente privilegiaram o acesso à universidade pública (e aos cursos de maior prestígio) aos estudantes provenientes dos estratos e grupos sociais já privilegiados, diferentes programas de ação afirmativa têm sido implementados nas universidades públicas brasileiras. Essas políticas têm como principal objetivo ampliar as oportunidades de negros e estudantes de escolas públicas de ingressarem nas universidades públicas brasileiras (inclusive em cursos de maior prestígio), oportunidades essas, que antes eram restritas ou inexistentes. Tais políticas têm sido apontadas pela literatura especializada como uma das mais importantes reformas ocorridas no ensino superior público na última década, pois têm, efetivamente, proporcionado a inclusão de sujeitos de estratos e grupos sociais menos privilegiados ao ensino superior público de qualidade (SOUZA, 2012; BARRETO, 2015). Com respeito a debates recentes sobre programas de inclusão social em contextos específicos ver: Souza (2012), Vargas (2015), Piotto e Nogueira (2016).

elite (SANTOS FILHO, 1977; CORADINI, 1997). Apesar de nas últimas décadas, a desigualdade de gênero quanto ao acesso das mulheres à faculdade de Medicina ter sido atenuada, o curso de Medicina continua caracterizado pela seletividade econômica e racial<sup>89</sup> (QUEIROZ, 2004; BELTRÃO e TEIXEIRA, 2004; VARGAS, 2015).

A despeito da origem social privilegiada da maior parte dos ingressantes, no entanto, a excepcionalidade da aprovação nos vestibulares e a dificuldade que acompanha o ingresso na faculdade de Medicina deixa marcas profundas nos indivíduos, como mostrado, por exemplo, na pesquisa de Santos (2012), com estudantes de camadas médias que ingressaram no curso de Medicina da Universidade Federal de São João del-Rey e na pesquisa de Portes (2001), na qual o autor descreve e analisa a trajetória universitária de uma estudante de medicina oriunda dos meios populares que ingressou em uma universidade pública de prestígio.

### **3.3 Matrícula: adentrando o espaço reservado da formação em Medicina**

“Deslumbrada”, “maravilhada”, “extasiada”, “parecia um sonho” foram algumas das palavras que as mulheres entrevistadas para esta pesquisa usaram para descrever o que sentiram ao vivenciarem toda a emoção do dia da matrícula na faculdade de Medicina. Afinal, estavam ingressando não somente em um dos cursos mais concorridos dos vestibulares brasileiros, mas também, em algumas das universidades mais concorridas e prestigiosas do país.

A maior parte das mulheres que se configuraram como os sujeitos sociais da pesquisa que realizei fez faculdade de Medicina em instituições de ensino da rede pública<sup>90</sup> (22 delas) e uma parte menor em instituições de ensino da rede privada<sup>91</sup> (7 delas). No entanto, independentemente de qual tenha sido a instituição de ensino em que cursaram a faculdade, a experiência vivenciada no dia da matrícula foi um momento marcante para todas

---

<sup>89</sup> Quanto à origem étnico-racial, somente Suelen, dentre as 29 mulheres médicas que entrevistei, se auto declarou negra.

<sup>90</sup> As faculdades de Medicina da rede pública frequentadas pelas mulheres que entrevistei foram as seguintes: UNESP (Universidade Estadual Paulista); UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas); FAMEMA (Faculdade de Medicina de Marília); UFJF (Universidade Federal de Juiz de Fora) UEPA (Universidade do Estado do Pará) e UFBA (Universidade Federal da Bahia).

<sup>91</sup> As faculdades de Medicina da rede privada frequentadas pelas mulheres que entrevistei foram as seguintes: EMSCV (Faculdade de Medicina da Santa Casa de Vitória); UNISA (Universidade de Santo Amaro); UNITAU (Universidade de Taubaté); FMJ (Faculdade de Medicina de Jundiaí); PUC-Campinas (Pontifícia Universidade Católica); UNIMES (Universidade Metropolitana de Santos).

elas. Com exceção de cinco cirurgiãs que fazem parte das gerações mais velhas<sup>92</sup> e de três cirurgiãs que fizeram a faculdade de Medicina fora do Brasil as outras 21 mulheres (entre estudantes de medicina, residentes de cirurgia e cirurgiãs recém-formadas) fazem parte das gerações mais jovens (têm entre 20 e 30 anos) e passaram por experiências muito semelhantes no dia da matrícula e nas primeiras semanas de aula.

Tamara descreve o momento da matrícula na faculdade de Medicina como uma loucura: “É isso mesmo. Você está sendo recebido na faculdade. Então, é... daí eles já começam a te ensinar a bateria. É uma loucura. Porque é quando você conhece todos os teus veteranos” (fragmento de entrevista realizada pela autora com Tamara, aluna do 2º ano de medicina de uma universidade pública localizada no estado de São Paulo).

Essa “loucura” mencionada por Tamara, e também descrita por outras mulheres entrevistadas, refere-se à forma como os estudantes ingressantes são recebidos pelos colegas veteranos e pela sensação de reconhecimento que sentem diante da grandiosidade da chance de fazer parte de um grupo tão seletivo. Ao chegarem ao local da matrícula (em geral, acompanhados por familiares que vieram prestigiar a conquista) os estudantes ingressantes são recebidos por uma comitiva de veteranos formada por estudantes do 2º ao 6º ano do curso. Ao ritmo do batuque da bateria da Associação Atlética veteranos cantam hinos e gritos de guerra que exaltam a faculdade e o curso que representam.

O ambiente é festivo e alegre. Como pode ser observado em muitos vídeos veiculados na Internet, logo após o ato oficial da matrícula os veteranos começam a ensinar os hinos da faculdade aos recém-chegados e ali começam os trotes de iniciação dos estudantes à confraria que os estudantes chamam de “a grande família” (MATRÍCULA MEDICINA UNICAMP, 2013; MATRÍCULA MEDICINA USP, 2013; ATLÉTICA MEDICINA UNESP BOTUCATU AAACHSA, 2012). Apregoados pela mídia como símbolo de alegria e comemoração, esses primeiros trotes (aplicados em locais públicos) são, em geral, aguardados pelos estudantes recém-aprovados nos vestibulares e vistos por muitos como uma brincadeira saudável, um momento de diversão (ALMEIDA JÚNIOR, 2015)<sup>93</sup>. São cortes e pinturas de cabelo, pedágios em semáforos, pinturas no rosto que, muitas vezes, são acompanhados de

---

<sup>92</sup> Estou considerando como gerações mais velhas as cirurgiãs que, por ocasião da pesquisa tinham 44, 47, 51, 60 e 61 anos e já se encontravam em um estágio avançado da carreira e ocupavam posições bem consolidadas no campo profissional em que atuavam (ocupavam, inclusive, cargos de docência e chefia de departamentos).

<sup>93</sup> A mesma reportagem que apresenta um histórico das barbáries dos trotes violentos que já ocorreram no Brasil (como a morte do estudante Edison Tsung Chi Hsueh, em 1999), apresenta também o corte de cabelo e o banho de tintas apenas como “uma brincadeira saudável” (MAIA, 2013).

perto pelas famílias que filmam e fotografam o momento para depois compartilhar com amigos e familiares<sup>94</sup>.

O ingresso no curso de Medicina é visto pelos próprios estudantes, pelos pais e pela sociedade em geral como uma conquista de grande importância na trajetória escolar dos estudantes e a cerimônia de matrícula é a coroação dessa trajetória de sucesso. Esse é um momento de comemoração em que o novo aluno é alçado a uma posição de honra em virtude da excepcional conquista realizada. Um estudante da faculdade de Medicina da USP, em depoimento à Comissão Parlamentar de Inquérito realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, descreveu esse momento com as seguintes palavras:

Todas as extensões vangloriam você, que passou na que seria a melhor Universidade do mundo, no melhor curso do mundo (...) nesse momento todas as pessoas são iguais de alguma forma e apenas o que é importante é que você é um grande aluno e entrou naquela grande família (SÃO PAULO, 2015, p. 284-285 - fragmento de depoimento prestado por um estudante de medicina da USP-Pinheiros à Comissão Parlamentar de Inquérito realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo).

A exaltação da conquista é feita por diversos meios<sup>95</sup>. Dentre outros, através dos vídeos com os quais os estudantes ingressantes são presenteados pelos veteranos no ato da matrícula. A seguir apresento algumas das mensagens veiculadas nesses vídeos.

Legenda do vídeo de recepção aos calouros de medicina da UNESP, 2013:

Parabéns, você agora faz parte da Gloriosa Família MED UNESP! Sua vida vai mudar a partir de agora. Hoje você está ingressando no Melhor curso de Medicina do país (MED UNESP, 2013).

Legenda do vídeo de recepção aos calouros de medicina da UNICAMP, 2013:

Aqui você dará seus primeiros passos em um novo caminho e começará a melhor fase da sua vida! Bem-vindos à Melhor! (MATRÍCULA MEDICINA UNICAMP, 2013).

Legenda do vídeo de recepção aos calouros de medicina da UEL, 2012:

---

<sup>94</sup> Para Almeida Júnior, a publicidade que os cursinhos e a mídia fazem desses momentos de corte de cabelo e pintura do rosto como algo aceitável e divertido é preocupante e irresponsável. “Os trotistas apresentam-se como os donos da alegria, do bom humor e da realização pessoal. O problema é que nem o trote é uma comemoração nem os trotistas são pessoas assim felizes” (SÃO PAULO, 2015, p. 16). Uma análise mais cuidadosa desse tipo de trote travestido de comemoração revela uma forma disfarçada de opressão e manipulação.

<sup>95</sup> No livro intitulado “Universidade, preconceitos e trote”, os pesquisadores Almeida Júnior e Queda (2006) explicam que, embora esse padrão de comportamento não seja exclusivo dos cursos de Medicina, devido ao alto grau de prestígio conferido pela sociedade à aprovação em um vestibular de Medicina, é nesse curso que as práticas de socialização que envolvem o ingresso de um estudante na vida universitária se manifestam com maior intensidade.

A gloriosa medicina UEL. Parabéns pela aprovação no melhor curso de Medicina do país. A sua vida começa agora! (VÍDEO DE RECEPÇÃO DOS CALOUROS MEDICINA UEL, 2012).

Legenda do vídeo de recepção aos calouros de Medicina da UFG, 2013:

Parabéns, calouros burros! Vocês estudaram e estão na melhor! Começa agora um dos melhores anos da sua vida. (TURMA 61 MEDICINA UFG, 2014).

Legenda do vídeo de recepção aos calouros de Medicina da UFTM, 2014:

Parabéns pela conquista! Você entrou na melhor faculdade de Medicina de Minas Gerais. A vida de vocês começa agora (MEDICINA 77 UFTM, 2014).

Em geral, as famílias, os estudantes ingressantes, os estudantes veteranos e, até mesmo, boa parte dos docentes, interpretam o ritual de matrícula como a coroação de uma grande conquista que marca, para os calouros, a passagem entre o Ensino Médio, os anos de preparo para o vestibular e o ingresso na faculdade de Medicina (SÃO PAULO, 2015; ALMEIDA JÚNIOR, 2011 e 2015). Essa percepção corrobora o sentido clássico do conceito de rito de passagem empregado por Gennep (2011), como uma linha divisória entre dois momentos distintos na vida de um sujeito ou a transição de um grupo social para outro, e pode ser observada nos vídeos de recepção aos calouros quando utilizam frases do tipo “sua vida vai mudar a partir de agora”, “aqui você dará seus primeiros passos em um novo caminho”, “a vida de vocês começa agora”.

Assim como o fez Bourdieu (1982, 1996b), ao tratar sobre o contexto do ingresso de estudantes em cursos e escolas de elite na França, não descarto a validade da perspectiva que interpreta a cerimônia de matrícula como um rito de passagem, no entanto, no caso específico do ingresso de estudantes nos cursos de Medicina das faculdades que foram citadas por docentes e estudantes na CPI das Universidades, a cerimônia de matrícula se reveste de significados que vão muito além do cumprimento das exigências legais junto à secretaria da faculdade. Mais do que um rito de passagem, a cerimônia de matrícula, nesse caso, precisa ser entendida, antes de mais nada, como um rito de consagração.

Na perspectiva adotada por Bourdieu (1982), apesar de os ritos tidos como “de passagem” assinalarem a transposição de uma linha simbólica que marca a passagem entre um antes e um depois na condição social dos sujeitos, o efeito e o significado simbólico mais importante da transposição dessa linha de demarcação não se encontra na mudança de condição entre o antes e o depois, mas na divisão social que essa linha estabelece entre os sujeitos que conseguiram transpô-la, daqueles que não conseguiram. A divisão mais

importante, e que normalmente passa despercebida, é a divisão da ordem social que separa os iniciados dos não-iniciados. Problematizando essa transposição, Bourdieu (1982, p. 118) pergunta: “O que essa linha separa, de fato? [tradução minha]”. O que importa, na verdade, não é a passagem entre a posição social ocupada antes e depois, mas a legitimação e a instituição da nova ordem estabelecida. Daí a razão porque, ao se referir ao rito de consagração, Bourdieu se refere, ao mesmo tempo, ao rito de instituição e de legitimação como se fossem sinônimos.

O ato de instituição que consagra essa nova posição socialmente instituída age da mesma forma como a cerimônia de investidura de um nobre cavaleiro, de um deputado ou um presidente da República, no sentido de que essa cerimônia sanciona e legitima a diferença. Em oposição ao pequeno grupo que foi investido em uma posição consagrada existe todo um conjunto de indivíduos excluídos dessa mesma posição, o que confere aos investidos um alto grau de distinção em relação aos demais. A clivagem legitimada pelo rito de instituição exerce um efeito simbólico que, segundo Bourdieu (1982, p.118), é o que menos desperta a atenção nos estudos sobre admissão em escolas ou sociedades restritas: “a consagração da diferença”.

Como observado nos depoimentos das mulheres que entrevistei e nas legendas dos vídeos de recepção aos calouros de medicina disponíveis na Internet, nesse momento o discurso que se destaca como a principal mensagem transmitida para os novos ingressantes é: “Parabéns! Você entrou no melhor curso e na melhor universidade do país!” Ainda que de forma inconsciente, esse discurso que exalta, ao mesmo tempo, o estudante, o curso e a universidade, leva os estudantes de medicina a interpretarem tamanha distinção como uma diferença legítima que os habilita a pertencerem ao grupo que muitos denominam como “a gloriosa família” ou a “grande família”.

Em se tratando especificamente do campo da medicina, a investidura na grande “família” tem uma eficácia simbólica bastante real sobre a construção da identidade do estudante recém investido e, até mesmo, sobre seu destino profissional. Essa consagração da diferença se exerce não somente com relação à distinção entre os que ingressaram e os que não ingressaram na faculdade de Medicina, mas também com relação às diferenças internas ao grupo de estudantes, estabelecendo clivagens e hierarquias no interior do próprio campo, como é o caso da legitimação da diferença de gênero. Em decorrência disso, um dos principais argumentos nos quais fundamento minha tese é que a construção das disposições de gênero quanto à escolha da especialidade e a legitimação da segregação de gênero na medicina encontram-se diretamente relacionadas com a eficácia simbólica exercida pelo *ato*

*de magia social* que envolve o processo de construção da identidade médica e das disposições de gênero.

Característico do rito de instituição que legitima e consagra a distinção dos estudantes que ingressam em cursos e universidades de elite, o discurso em torno do pertencimento a um grupo seletivo é apontado por Bourdieu (1982, p.121) como o resultado de um tipo particular de ato de comunicação que tem o poder de agir como “um ato de magia social”. A “magia”, nesse caso, não se encontra no ato, em si, mas na eficácia simbólica do ato de instituição que tem o poder de transformar, simultaneamente, a representação que o grupo tem sobre o estudante, a representação que o próprio estudante tem de si mesmo e, especialmente, o comportamento que o novo estudante se sente obrigado a adotar a fim de estar em conformidade com a representação mais ampla do grupo em que está ingressando.

O “ato de magia” produzido por um ato de instituição desse tipo encontra-se no fato de que o grupo que legitima a investidura da consagração também consegue levar as pessoas consagradas a acreditarem no princípio de que o direito de fazer parte desse grupo seletivo se reveste, também, da obrigação de se tornar o que se espera de alguém que ocupa tal posição. Como veremos nos próximos capítulos, embora a cerimônia de matrícula, e todo o rito de consagração que a acompanha se configure o marco inicial da construção da identidade profissional e de gênero dos futuros médicos e médicas, na prática, o ato de instituição do estudante que acaba de ingressar não se limita a essa cerimônia e irá se estender, não apenas pelo primeiro dia ou pela primeira semana de atividades na faculdade, mas também, por todo o primeiro ano letivo.

Na verdade, como também será visto, a legitimação e ratificação do ato de instituição é algo que será constantemente desafiado ao longo de todo o processo de formação na faculdade de Medicina, indicando que o ato de instituição que confere ao sujeito o privilégio de fazer parte do grupo consagrado é também um imperativo que “impõe um direito de estar que é uma obrigação de ser” [tradução minha] (Bourdieu, 1991, p.120)<sup>96</sup>.

---

<sup>96</sup> No original: “To institute, to assign an essence, a competence, is to impose a right to be that is an obligation of being so (or to be so). It is to signify to someone what he is and how he should conduct himself as a consequence. In this case, the indicative is an imperative” (Bourdieu, 1991, p.120).

## **CAPÍTULO 4. TROTES, FESTAS E CURTIÇÃO: INTERIORIZANDO DIFERENÇAS E HIERARQUIAS**

Ao analisar as implicações sociais dos ritos de instituição típicos das escolas superiores de elite, Bourdieu (1996) explica que o processo de investidura que faz do novo aluno um membro consagrado não se dá de forma automática. O ingresso no curso de elite não é uma garantia de que o novo estudante será socialmente aceito pelo grupo já instituído e consagrado<sup>97</sup>. Um componente essencial, inerente a um ato de consagração desse tipo, é a imposição de uma série de tradições, exigências e ritos socialmente estabelecidos aos quais o aspirante à consagração deve submeter-se a fim de mostrar-se digno da investidura. A submissão às injunções estabelecidas pelo grupo será válida como uma espécie de juramento de fidelidade e servirá como prova do reconhecimento da autoridade do grupo e da instituição que as impôs.

Em se tratando, especialmente, do ingresso em cursos e instituições de difícil acesso e de alto prestígio social, a prova de fidelidade imposta aos novos membros tende a envolver ritos de iniciação que se utilizam de violência física e psicológica. Bourdieu (1991,1996) explica que, quanto mais prestigiosos forem o curso e a instituição, maior será a intensidade dos sofrimentos psíquicos e físicos impostos aos estudantes durante os ritos de iniciação. “A adesão das pessoas a uma instituição é diretamente proporcional à gravidade e fadiga dos ritos de iniciação” (BOURDIEU, 1991, p. 123). Corroborando esse pensamento, Almeida Júnior (2015) também argumenta que, quanto mais difícil a entrada no grupo, mais violentos serão os rituais de iniciação aplicados.

Estes trotes e estas ordens visam degradar, humilhar e mesmo machucar fisicamente o novo aluno. Um objetivo disto tudo é testar se, apesar de discordar profundamente, o novo aluno obedece. Outro objetivo é verificar se o novo aluno mantém o silêncio a respeito daquilo que se passa durante o trote. Se ele se rebelar ou romper o silêncio, será ainda mais punido ou mesmo excluído do grupo trotista. Tudo isto é um teste para verificar se, para ingressar no grupo trotista, a pessoa está disposta a sujeitar-se aos abusos e a se calar. Para executar bem sua função de teste, o trote precisa ser desagradável, doloroso, causar muita contrariedade e medo. [...]. A contrariedade, o medo, a dor e o sofrimento são testes considerados efetivos para medir a determinação do pretendente (ALMEIDA JÚNIOR, 2015, p. 48).

O enfoque principal deste capítulo recai sobre os trotes aos quais os estudantes são submetidos ao ingressarem em algumas das mais conceituadas e prestigiosas faculdades de Medicina do estado de São Paulo. Estrategicamente, apresento e discuto uma série de

---

<sup>97</sup> Um exemplo disso foi o que aconteceu com Rosa, uma estudante de medicina oriunda das camadas populares que ingressou no curso de Medicina da UFMG, que foi sujeito de pesquisa de Portes (2001) em sua pesquisa de doutorado sobre as trajetórias escolares e as estratégias de sobrevivência de estudantes pobres na universidade pública.

depoimentos de estudantes de medicina que vivenciaram a experiência do trote durante o primeiro ano da faculdade. Onde pretendo chegar com esses relatos? Que relação os trotes poderiam ter com o objetivo desta tese, qual seja, entender as razões que se encontram subjacentes à escolha da especialidade médica por parte das mulheres que se formam em Medicina e à persistência da desigualdade de gênero na medicina contemporânea?

Meu objetivo ao tratar do trote é mostrar, em primeiro lugar, seu poder de transmitir, para o grupo submetido a ele, as hierarquias aceitas e implementadas pelo grupo mais amplo e, em segundo lugar, sua relação com a construção das disposições de gênero vinculadas à escolha da especialidade médica. Como veremos mais para o final da tese, as mulheres demonstram uma particular aversão ao trote e isso parece estar estreitamente relacionado à sua exclusão das especialidades cirúrgicas. Meu objetivo com este capítulo é mostrar também que a interdependência que percebo entre os trotes e a disseminação da desigualdade de gênero quanto à escolha da especialidade médica pode não ser um fenômeno isolado, próprio de uma instituição ou de uma região. Como veremos mais à frente, o fenômeno do trote é uma prática tradicional amplamente difundida ainda hoje, podendo ser encontrada em grande parte das faculdades de Medicina, embora provavelmente em diferentes intensidades. Sua difusão o torna ainda mais conveniente para ser tomado como objeto de estudo dos princípios de hierarquização dominantes nesse espaço de formação.

#### **4.1 Colocando cada um no seu lugar**

A primeira semana é muito legal porque você já está muito feliz por ter passado. E o pessoal recebe a gente muito bem. Você não conhece muito bem como as coisas funcionam, então tudo é lindo, todo mundo é legal, todo mundo te ama. É uma semana bem lotada, bem cansativa. Porque eles lotam você de atividades, manhã, tarde e noite. E é mais assim, pra gente conhecer as pessoas, conhecer a faculdade. Tem festas pra gente participar. Festas não tão boas e festas boas. Daí, depois que passa a semana de calourada a gente começa a ter aula. E aí dá uma afastadinha do clima de festa. Mas não demora muito e já chega a Calomed. Eu queria conhecer tudo. Então eu fui em tudo (fragmento da entrevista realizada pela autora com Stela, aluna do 3º ano de medicina de uma universidade pública localizada no estado de São Paulo).

A semana da calourada é um evento tradicional que acontece em instituições de Ensino Superior de todo o território brasileiro organizado, em geral, por estudantes veteranos ligados aos Diretórios Acadêmicos, aos Centros Acadêmicos e/ou às Atléticas das faculdades com o objetivo de recepcionar os novos estudantes que acabaram de entrar na faculdade, podendo ter, ou não, a participação, inclusive, de docentes e funcionários das faculdades. No caso das calouradas das faculdades de Medicina o evento de recepção ao estudante

ingressante começa no dia da matrícula e costuma se estender por toda a primeira semana de aula com diferentes tipos de atividades que vão desde palestras e apresentação das dependências da faculdade até festas, *choppadas*, churrascos e gincanas (ALMEIDA JÚNIOR, 2015).

Tudo é novo para os estudantes ingressantes e o misto de euforia e deslumbramento leva muitos deles a participarem intensamente das programações organizadas pelos estudantes veteranos. No entanto, na experiência de vários estudantes de medicina, o que à primeira vista parecia ser diversão e brincadeira, não demorou a dar lugar a um sentimento de indignação e impotência diante dos insultos, xingamentos e violência (física, sexual e psicológica) que presenciam ou da qual são vítimas.

Daí acontece muita coisa. Logo tem a choppada, o churrasco, que é quando acontecem os trotes. E daí tem várias coisas que vão acontecendo. Tem coisas que acontecem com homens também. Então, na minha turma teve gente que quase foi enforcada. O ano passado teve um menino... que fizeram cuecão com ele... Que é colocar o braço... colocar a cueca em cima do ombro de um lado e a cueca em cima do ombro do outro. Eles levantam os meninos e rasgam a cueca com um puxão. Deve machucar bastante. Só que o menino tinha hemorroida. Daí o menino desistiu da faculdade por causa disso. E olha que dizem que o ano passado foi um pouco mais tranquilo de violência física. É mais violência moral mesmo. E com as meninas eles agarram, encostam nas meninas. Como eles bebem... E não só bebem... Eles ficam muito loucos, eles acabam perdendo a noção do que estão fazendo. Eles já têm uma propensão a fazerem essas coisas... Os loucões são piores ainda. É mais assim uma coisa meio velada, mas eu acho que é assim em todos os lugares. O que eu acho mais problemático para as meninas é a história dos veteranos quererem agarrar a gente. Essas coisas. Eu acho que é a parte mais problemática. Mas os meninos também sofrem. São violências diferentes. Não vejo como um preconceito só por ser menina porque eles também acabam levando (fragmento da entrevista realizado pela autora com Stela, aluna do 3º ano de Medicina de uma universidade pública localizada no estado de São Paulo).

Embora seja longa, a transcrição dos depoimentos de um estudante de medicina da USP-Pinheiros traz detalhes importantes de um evento conhecido como churrasco da invasão, que acontecia<sup>98</sup> tradicionalmente durante a semana da calourada:

Tem vários relatos de como no churrasco da invasão<sup>99</sup> em outros anos era prática comum jogar lança perfume<sup>100</sup> na água da piscina em que os calouros estavam. Na verdade, os calouros são impelidos à piscina. Eles são jogados ou pressionados a pular na piscina e normalmente todos pulam porque têm medo de serem jogados. É realmente assustador a invasão. Os veteranos aparecem vestidos com roupas

<sup>98</sup> Digo “acontecida” porque após a divulgação do relatório da CPI das Universidades, não se tem notícia de que essa tradição tenha acontecido de 2015 para cá.

<sup>99</sup> É chamado de churrasco da invasão porque em um determinado momento os veteranos invadem a chácara onde a festa acontece e passam a aplicar trotes violentos nos calouros.

<sup>100</sup> Lança perfume é uma droga psicoativa inalante feita a partir de cloreto de etila e outros tipos de solventes. Atua diretamente sobre o sistema nervoso e altera o comportamento, o humor e a cognição. Dentre outros efeitos, pode causar confusão mental, tontura, perda de alto controle, visão embaçada, fala enrolada, perda de consciência, podendo até levar ao coma e à morte. Apesar de proibida no Brasil é uma droga amplamente comercializada e usada em festas (CARLINI, et. al, 2001, p. 12).

cirúrgicas e com máscaras. Então, não se consegue identificar quem está chegando. Inclusive, a máscara serve para ocultar a identidade de quem comete alguma violação e havia práticas em todos os anos de jogar lança-perfume na água da piscina.

[...]

Esse trote é feito no sítio hoje em dia. Antes era feito dentro da Atlética e o Edson morreu<sup>101</sup>. Então, parou de se fazer na Atlética e começou a ser feito no sítio, nesse evento que surgiu a partir de 2000, que se chama churrasco da diretoria [da Atlética] para os calouros e os veteranos, que é o churrasco da invasão porque a prática é invadir e praticar o trote.

[...]

O ponto que eu coloco é o seguinte: os caras que jogaram [lança perfume] na piscina são completamente inconsequentes. Uma piscina cheia de calouros e não tinha espaço. A pessoa não caía na água, mas em cima de outras pessoas. Eles estavam jogando lança-perfume de forma inconsequente e não é à toa que caiu na minha cara e na de outro menino. Fiquei bem ainda. Queimei os meus dois olhos. Não consegui abrir os olhos no dia. O outro ficou com a queimadura por fora.

[...]

Basicamente é assim: a diretoria [da Atlética] chega nas salas e avisa os calouros que vai ter um dia de churrasco para a gente se conhecer. É só a diretoria e vocês, calouros. Existe um código na faculdade, pela autoridade que a Atlética tem, de ninguém contar. Nenhum veterano é autorizado a contar para os calouros que eles estão sendo enganados. *A priori*, geralmente vaza. Por exemplo, tem pessoas que já sabiam disso e não foram, mas alguns não sabiam mesmo. A ideia é surpreender os calouros. Eles são enganados e vão [ao churrasco] por se sentirem seguros por ser só com a diretoria. Tem de fato o churrasco às 4 horas da tarde com a sua turma, com a diretoria da Atlética, passa-se o dia tranquilo. À noite, vêm todos os veteranos da faculdade para fazer a festa, para enganar os calouros e surpreender: “Olha, estamos chegando aqui e vai ser uma grande festa...”

[...]

O primeiro veterano que vi usava uma máscara de pano. Chegou com uma roupa de centro cirúrgico e com a máscara. Nesse momento, os calouros são jogados na piscina e teve a fala do presidente da Atlética. Não acho que eles tenham jogado antes, a gente estava na piscina durante o dia. O lança-perfume eles jogaram na hora, e, inclusive, aconteceu esse acidente de jogarem na minha cara. Eles foram jogando na hora. Muita gente relatou depois a coceira, a queimadura na pele porque estava na piscina. Muita gente também não sentiu isso, mas foi sendo jogado [...] é uma substância corrosiva à mucosa, à pele se for jogada em altas concentrações. [...] Jogaram na minha cara e perdi o epitélio do meu olho. Não consegui abrir na hora, acordei cheio de remelas, escorrendo pus no olho porque tive queimadura na mucosa. O que acontece é isso. O lança-perfume em geral tem várias receitas e diversas proporções. Ele é uma droga, é ilegal. Então, não tem exatamente uma receita pronta, mas em geral é o clorofórmio e o éter em proporções iguais e uma essência que vira um perfume. Isso foi usado de forma criminal. Se joga na piscina, ele evapora e as pessoas ficam inebriadas (SÃO PAULO, 2015, p. 28 e 29).

Como tentei exemplificar com os depoimentos acima, o trote que parece “brincadeira” inocente acaba quando os calouros são “convidados” a participarem de algumas festas em chácaras em locais isolados, boates ou repúblicas. Como pude ouvir das estudantes de medicina que entrevistei, esse “convite”, está mais para imposição. Seja por imposição psicológica (já que quem não vai passa a ser estigmatizado e ameaçado e quem vai recebe promessas de benefícios) ou imposição física mesmo (em alguns casos são conduzidos para dentro de um ônibus sem saberem para onde estão sendo levados).

<sup>101</sup> Alusão ao estudante Edison Tsung Chi Hsueh morto afogado na piscina da Atlética da FMUSP em 1999.

Um dos depoentes da CPI Universidades, estudante de medicina da PUC-Sorocaba, explica como ele percebe os trotes, classificando-os em dois tipos: “trote mínimo” e “trote máximo” (SÃO PAULO, 2015, p.32). O trote mínimo seria aquele que, ao entrar na universidade, a grande maioria dos estudantes se submete, como o corte e a pintura do cabelo e o uso obrigatório de uma camiseta específica ou uma placa pendurada no pescoço.

[...] O que me chocou mais é que todos, todo ano, todos - com exceção de um ou dois que eram casados, e já tinham filhos e não queriam participar -, mas todos participavam disso que eu chamei depois de trote mínimo. Que esse é o trote mínimo dentro da faculdade, que eu chamei, né? Esse é um que 99 por cento participa. Porque, vamos dizer assim, eu participei desse trote mínimo, que é o dia a dia da universidade. Que, para não ser agredido - porque é agredido verbalmente, é agredido moralmente, quem não deseja participar. Então é uma coisa que você acaba se subvertendo e participando (SÃO PAULO, 2015, p. 32).

Na visão desse estudante o trote máximo seria aquele que é aplicado em quem frequenta os ambientes fora da universidade como as repúblicas, as festas nas boates e nas chácaras, os churrascos, os treinos esportivos e as competições promovidas pela Atlética. São nesses locais que acontecem as situações mais extremas, como exposto abaixo por um estudante de medicina da PUC-Campinas que, por medo de represália solicitou à CPI que seu nome não fosse divulgado.

Assim que a Atlética sai, todos os alunos apaixonados pelo que viram ali, eu passo pela diretora, sorrio para ela, ela pega na minha mão e fala: “Filho, pelo amor de Deus, não vá para nenhuma chácara que for convidado hoje”. E o que era isso? Era uma festa que se seguia às vezes depois daquelas brincadeiras como a do pedágio, em que os estudantes pedem dinheiro no semáforo e tal. Até aí era uma brincadeira. Logo depois, ou mesmo que não tivesse essa brincadeira inicial, os estudantes eram meio que cooptados para essa chácara. Uma chácara que ficava [...] longe para caramba. [...]. Acho que deixei claro que nessa festa acontece todo tipo de atrocidades possíveis. As pessoas passavam lá madrugadas sendo barbarizadas (SÃO PAULO, 2015, p. 22).

O relatório da CPI das Universidades realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo traz centenas de páginas de detalhes de situações que os veteranos impõem aos novatos durante os trotes. Selecionei alguns desses relatos.

Relato de estudante de medicina da PUC-Campinas:

[...] as pessoas lá têm trotes característicos. Esse [...] era um rapaz que gostava de dar esternada. Para quem não sabe, esternada é um soco desferido na região do esterno. [...] Os trotes institucionalizados na chácara de que estava falando [...] era fazer com que os meninos - um ano antes da gente - tivessem de mergulhar numa piscina de urina e fezes e as meninas tivessem de ‘apenas’ caminhar dentro dela. Outros trotes, como o soco no esterno, estes não eram documentados e postados (SÃO PAULO, 2015, p. 22).

Relato de estudante da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP):

Há uma festa que eles chamam de “Festa do Bixo”, são três dias de confraternização. De início, eles avisam que você é obrigado a ir, porque, se não for, eles vão buscá-lo na sua casa. Então você pensa que é melhor ir com o povo todo da sua sala do que depois ser pego sozinho na rua. [...]. Quando você chega lá, é tacado de joelhos em um chão de cimento e começa a levar chute nas costas, na barriga. Começam a jogar litros de cerveja gelada na sua cabeça de madrugada, muitos litros de cerveja, até que você começa a tremer de hipotermia. Quando eles veem que você está passando mal, tendendo para a hipotermia ou para o desmaio, simplesmente fazem uma roda em torno de você e urinam em cima de você. Mulheres urinam em cima de homens e de outras mulheres, homens urinam em cima de homens e mulheres.

[...]

O portão estava fechado, não havia como sair, você todo molhado de cerveja, rasgavam sua roupa. Depois, quanto mais eles iam bebendo, mais iam ficando transtornados e iam fazendo mais coisas. Quanto mais bebiam, mais perdiam a noção. Eles não tinham sentido do que estavam fazendo com a gente. Estávamos machucados, e eles continuavam. Chegou uma hora em que eles pegaram todos os homens da minha turma e colocaram pelados em cima do palco. Não deixavam você descer de cima do palco, arrancaram a roupa de todo mundo, como se fosse uma coisa normal. [...]. As meninas não participaram dessa parte de tirar a roupa. Elas só estavam no ambiente. Tirando a parte de tirar a roupa, as meninas sofreram os mesmos trotes que os homens. Foram urinadas por outras pessoas, apanharam, levaram tapa na cara. Houve gente que foi queimada com cigarro, foram muito sem noção (SÃO PAULO, 2015, p. 31).

Relato de estudante da Faculdade de Medicina da PUC-Sorocaba:

[...] urina direta mesmo, urinar na cabeça da pessoa diretamente mesmo, assim. A pessoa agacha e a outra pessoa urina na cabeça. Em relação a vômito, pela denúncia que eu recebi, vomita no banheiro, na privada e eles vão com o copo, pegam o vômito com o copo na privada e dão para a outra pessoa beber como uma manifestação de companheirismo. Vamos dizer assim, a fala é: “Você não é amigo mesmo dele? Isso é bom. Isso vai ser importante para construir uma amizade entre vocês: vocês vão confiar mais um no outro”. Realmente, essa história é perversa. Eles conseguem subverter realmente a moral. (SÃO PAULO, 2015, p. 35).

#### 4.1.1 Não se trata de uma prática isolada

Seria imprudência tratar de forma generalizada as questões que envolvem as práticas ligadas ao trote violento (e aqui me refiro aos diferentes tipos de violência) como se essas práticas estivessem presentes em todas as escolas de Medicina do Brasil (ou mesmo do estado de São Paulo). Por outro lado, seria também ingenuidade e até imprudência de minha parte, como pesquisadora, tratar dessa questão como se ela fosse uma prática isolada referente a algumas poucas escolas de Medicina do estado de São Paulo.

Como pode ser observado através de muitos vídeos de recepção a calouros de medicina disponíveis no YouTube e através de reportagens veiculadas na mídia, as mesmas características dos diferentes tipos de violência presentes nos trotes praticados em escolas de

Medicina descritos no relatório da CPI das Universidades do estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2015), também se encontram presentes na realidade de escolas de Medicina de outros estados brasileiros.

#### **4.2 Abuso e violência sexual nas festas e competições esportivas**

Na rede de poder que envolve a hierarquia do processo de formação médica em muitas escolas médicas do Brasil, homens e mulheres têm sido vítimas tanto de violência física, como psicológica, moral, de gênero e sexual infligida aos novatos pelos veteranos. Homens e mulheres são jogados na piscina, apanham, sofrem insultos, xingamentos e são obrigados a consumir bebida alcoólica, mas para as mulheres o abuso moral e sexual passa também por outras práticas.

A violência sexual nem sempre se manifesta de forma explícita. Há outras práticas de violência sexual que se dão de forma implícita, camufladas de “brincadeira”. Essas práticas se manifestam em músicas com apologia ao estupro e nas “brincadeiras” com teor erótico que, como se depreende do relato das médicas entrevistadas por mim e dos depoimentos dados à CPI do Trote na Assembleia Estadual de São Paulo, estão tradicionalmente presentes nas competições promovidas pelas Associações Atléticas e nas festas que acontecem em boates, repúblicas ou chácaras. Trata-se de práticas fortemente enraizadas no cotidiano universitário que, não somente expõem publicamente as mulheres a situações constrangedoras de forte apelo sexual e de apologia ao estupro, como também reforçam uma cultura que considera como natural a submissão da mulher a uma posição de objeto sexual masculino.

O assédio moral e sexual não é imposto somente às mulheres, mas as declarações das estudantes que entrevistei e dos estudantes que depuseram na CPI Universidades evidenciam que a prática da violência sexual imposta às mulheres pode se manifestar de diferentes formas e se utilizar de diferentes instrumentos de coerção social. A fim de capturar em primeira pessoa as nuances desses tipos de violência, no item a seguir irei trabalhar mais detalhadamente algumas das formas como essa violência sexual se manifestou na experiência de algumas estudantes de medicina.

##### **4.2.1 Hinos das Associações Atléticas: instrumentos de fomento à objetivação da mulher e à cultura do estupro**

Um dos mais disseminados instrumentos de objetivação da mulher entre os estudantes de medicina são os hinos compostos pelos veteranos do 6º ano e tocados pelas

baterias das Associações Atléticas em todas as festas e competições das faculdades de Medicina.

Ao depor na Comissão de Direitos Humanos da ALESP, Ana Luíza Pires da Cunha<sup>102</sup>, aluna do 3º ano de Medicina da FMUSP e militante do coletivo feminista Geni, criado em 2013 para acolher e representar as vítimas das violências sexuais ocorridas na Universidade de São Paulo, explica que existe na Faculdade de Medicina uma cultura tradicionalmente institucionalizada que, há mais de um século, favorece e até promove a misoginia e a violência contra a mulher. Segundo ela, não há como combater a violência sem primeiro colocar em discussão a cultura machista e opressora que a favorece e, na visão da militante, um dos principais instrumentos de disseminação e valorização dessa cultura são as músicas cantadas em todas as competições e eventos da faculdade. Nessas músicas o sexo é tratado de forma machista, misógina e homofóbica. “Então, não são músicas inocentes. São músicas que reforçam preconceitos que a gente tem na faculdade, inclusive ditos pelos próprios professores” (SÃO PAULO, 2015, p. 224).

Segundo a descrição feita por duas das mulheres que entrevistei e pelo que se pode ver nos vídeos que podem ser observados na Internet, a chegada dos calouros para a realização da matrícula é acompanhada pelo som do batuque da bateria e a agitação dos veteranos cantando os hinos e berrando o grito de guerra da faculdade<sup>103</sup>. Ao me explicarem sobre o poder exercido por esses hinos sobre a construção de um tipo de identidade corporativa<sup>104</sup>, o diálogo que estabeleci com essas mulheres foi o seguinte:

T- Então, quando eu entrei na faculdade... Daí eu vou falar um pouquinho da minha experiência, assim [rindo]... Eu entrei na faculdade e eu fiquei maravilhada, né? Era a primeira semana... E daí, eles cantam uns hinos bem estranhos. Eu não sei se você já ouviu falar dos hinos da medicina? Daí você vai ver. Eu vou te falar um pra você ver como que é. E a gente acha isso tudo normal. Assim, a gente acha meio estranho no começo, mas depois a gente canta como se fosse normal. Uma coisa estranha.

<sup>102</sup> O depoimento de Ana Luíza foi extraído diretamente do vídeo produzido pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, disponível no segmento de tempo 02:15:42 (DEPOIMENTOS, 2014).

<sup>103</sup> Esse “modelo” de recepção aos estudantes novatos pode ser observado em Faculdades de Medicina de todo o país. No *site* do youtube é possível visualizar muitos vídeos de recepção aos calouros na matrícula de Faculdades de Medicina de todo o país. Percebe-se claramente que parece haver um padrão na forma como a recepção aos calouros acontece e como os vídeos são produzidos (MATRÍCULA MEDICINA UNICAMP, 2011; MATRÍCULA MEDICINA UNICAMP, 2013; MATRÍCULA MEDICINA USP 2013; MED UNESP, 2013; ATLÉTICA MEDICINA UNESP BOTUCATU AAACHSA, 2012; VÍDEO DE RECEPÇÃO DOS CALOUROS 2012 MEDICINA UEL, 2012; MEDICINA 77 UFTM, 2014).

<sup>104</sup> Em alguns casos relatados, ao ingressarem na faculdade os calouros foram obrigados a comprar o hinário (produzido pela Associação Atlética) que contém toda a coletânea de hinos da faculdade à qual pertencem e aprender rapidamente a cantar todos eles. Um dos estudantes de medicina da PUC-Campinas, que prestou depoimento à CPI disse o seguinte: “Daí eles estavam indignados porque a gente entrou na Faculdade sem conhecer os hinos. Ou você aprendia o hino, ou você apanhava mais. Eu tive que aprender sete hinos numa noite, em meia hora, porque eles ficavam berrando” (SÃO PAULO, 2015, p. 24).

Então, assim, o hino é: caloura vagabunda não estuda só dá bunda... Daí fala várias coisas assim. Tem uma outra que fala: eu vou comer o seu cu.

[...]

Quando você faz a matrícula eles já cantam todas essas coisas. É você aprendendo o hino da tua faculdade. Você está sendo recebido na faculdade. Então, é... daí eles já começam a te ensinar a bateria (fragmento de realizada pela autora com Tamara, aluna do 2º ano de Medicina de uma universidade pública localizada no estado de São Paulo).

≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ :

S- Aí quando você chega nas choppadas tem a bateria. Porque em todas as choppadas tem baterias. Aí eles tocam os hinos. Então os hinos são besteirentos. Todos são. Bem besteirentos. É só besteira. E tem outros que são assim: "Nós somos os melhores..." Porque esses hinos são usados em competições com outras faculdades de medicina. Então: "Ah, a nossa faculdade é melhor do que a tua. Nós vamos ganhar você vai perder". A maioria é nesse sentido também. Cada sexto ano compõe o hino da sua turma. Daí eles falam do perfil da turma no hino. Geralmente eles estão tão tontos, tão bêbados que só sai besteira. E daí na choppada o pessoal canta os hinos e daí isso reforça muito a história da identidade porque você está cantando o hino da sua faculdade.

R- E todo mundo canta?

S- Canta.

R- Então deve ser bem forte.

S- Forte, muito forte. E assim, é divertido você cantar, brincar e tudo, mas quando a brincadeira está leve. Agora, tem pessoas que põem a mão no teu peito e você fala: "Que ridículo. Mas como assim"? (fragmento da entrevista realizada pela autora com Stela, aluna do 3º ano de Medicina de uma universidade pública localizada no estado de São Paulo).

Mesmo sendo uma militante contra os abusos cometidos nos trotes e dizendo que os hinos são “besteirentos”, Stela coloca os hinos na categoria de “brincadeira leve”, participa do grande coral comandado pela bateria e até acha divertido. Ela parece não fazer associação entre a atitude de o colega passar a mão em seu peito e a apologia ao abuso sexual pregada pelos hinos. Tamara também é militante na luta contra todos os tipos de violência disseminados na universidade, mas também não parece ver problema em cantar os hinos. No começo acha estranho, mas depois passa a cantar como se fosse normal. Elas conseguem perceber a força de persuasão que os hinos exercem como instrumentos de coesão na construção da identidade, mas parecem não perceber a força que esses mesmos hinos exercem como instrumentos de definição de lugares sociais para rapazes e moças. Trata-se de um tipo de violência sexual a que um dos estudantes da Faculdade de Medicina da USP Pinheiros se refere como violência silenciosa. Nas palavras dele:

Entrei na Faculdade de Medicina com 19 anos. Quando entrei na Faculdade, houve uma recepção aparentemente maravilhosa. Lógico que o meu relato é um relato histórico, então hoje não consigo mais localizar alguns elementos. [...]. E também as violências que acontecem na nossa faculdade. São, sim, violências. [...]. Mas na Medicina talvez a violência seja um pouco mais silenciosa e talvez isso dificulte bastante de localizar e delimitar onde está aquela violência. [...]. Eu, pessoalmente, não recebi nenhum assédio nesse momento. Não posso chamar de assédio. Não

recebi nenhum tipo de violência específica quanto a isso. Nenhuma. [...]. Nesse momento, apenas o que incomoda muito, que eu posso relatar como violência e assédio e que perdura até hoje, são as músicas que são cantadas através do que a gente chama de bateria da nossa Faculdade. Todas têm um conteúdo de menosprezar ou diminuir as torcidas ou cursos de outras faculdades. Todas elas se baseiam em alguns comentários racistas ou em cultura machista, mas eles são cantados de uma maneira que deixa a gente até um pouco acuado. E a gente acaba aprendendo aquelas músicas, querendo ou não. Isso perdura até hoje, de certa forma, essa cultura. (SÃO PAULO, 2015, p.284).

Há uma verdadeira história de tradição na disseminação desses hinos. Nas Atléticas das faculdades de Medicina mais tradicionais, como a Universidade de São Paulo, fazem-se até hinários contendo os hinos historicamente mais consagrados. Esses hinários são reproduzidos e distribuídos (às vezes compulsoriamente vendidos) aos calouros na semana de recepção.

[...]

Letra de música contida no “Cancioneiro 2014 – Batesão”, cujo responsável legal é a Associação Atlética Acadêmica Rocha Lima (A.A.A.R.L.), da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto pertencente à USP: “Ah! Mas como é bom a loirinha bunduda que só de me ver começa a gozar, mostrando um cuzinho fechadinho que meu pau sempre encontra no caminho REFRÃO Tem a preta imunda, que me vira a bunda e começa a peidar, crioula da buceta fedorenta que eu não como nem lavada em água benta” (SÃO PAULO, 2015, p. 41).

Além desse exemplo citado na CPI, cito mais três exemplos emblemáticos de hinos retirados de hinários ou dos *sites* de Associações Atléticas vinculadas a outras Faculdades de Medicina<sup>105</sup>.

Hino da Faculdade de Medicina Presidente Prudente (MÚSICA DE TORCIDA MEDPRUDENTE, 2013):

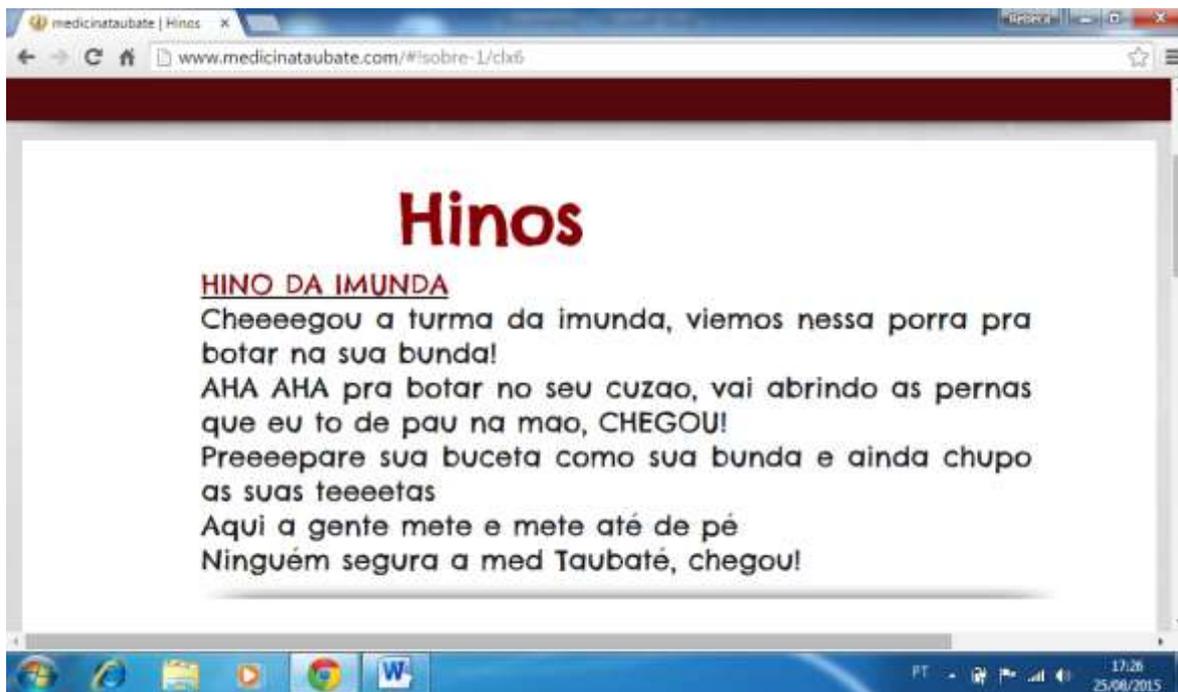
Festa e cachaça

É festa, cachaça, Prudente não se engana,  
Viemos na Pré-Intermed prá meter na sua chana !!!  
Bebemos o dia inteiro,  
Metemos sem parar,  
Mulherada abre as pernas que Prudente vai entrar !!!

Eu vou (eu vou), eu vou (eu vou),  
Meter na sua buceta !!!  
Eu vou meter meu pau bem no meio das suas tetas !!!  
Eu vou comer seu cú, você vai me chupar,  
Mulherada abre a boca que Prudente vai gozar !!!

<sup>105</sup> Nos *sites* vinculados às Atléticas das faculdades de Medicina brasileiras é possível encontrar muitos outros exemplos.

**Figura 4. Hino da Faculdade de Medicina de Taubaté**



Fonte: Site [www.medicinataubate.com](http://www.medicinataubate.com) acessado em agosto de 2015.

Hino oficial da faculdade de Medicina da Universidade de Ribeirão Preto- UNAERP (MEDICINA DEPRESSÃO, 2013).

Ai que loucura, ai que legal,  
escorregar na cabeça do meu pau.

Eu como cu, eu chupo teta,  
vou enfiar o meu pau na sua buceta.  
Sua buceta é a casinha do meu pau,  
eu te fodo te arregaço e te faço passar mal.

Vai se foder, seus cururú,  
se eu enjojo da buceta eu enfio no seu cu.

Vou arrombar as suas pregas,  
você vai enlouquecer,  
agora vai abrindo as pernas...  
Porque eu vou te foder!!

É foda pra caralho, é puta de um tesão,  
é med, é med UNAERP ribeirão!!

#### 4.2.2 A objetivação da mulher e a apologia ao estupro colocadas em prática

Exemplos dessa objetivação sexual da mulher veiculada pelos hinos das Associações Atléticas podem ser lidos no relatório final da CPI Universidades. O documento

apresenta depoimentos de diferentes formas de manifestação de violência sexual (implícita e explícita) que são tradicionalmente praticadas nos trotes, nas festas e no cotidiano das Faculdades de Medicina (não somente nas faculdades de Medicina, mas especialmente nestas). Os depoimentos e as denúncias apontam que a violência sexual e de gênero não vitima apenas as calouras, mas também as veteranas e que essa violência acontece não somente no período da semana de recepção, mas ao longo de todo o ano letivo, nas diferentes festas, eventos (como nas choppadas, baladas e churrascos) e competições esportivas (como na Calomed, Pré-Intermed e Intermed). No depoimento a seguir, uma estudante da Unicamp conta como foi o trote que sofreu no alojamento, durante a Intermed:

E quando a gente chega, a gente fica num alojamento, e durante a noite eu fui tentar dormir e descobri o que era passar a visita. Todas as noites os veteranos passavam visita, especialmente nas calouras, que era a gente estar dormindo, às vezes, e eles pegavam a gente, viravam a gente de barriga para cima, colocavam com as pernas em posição ginecológica e simulavam ou um parto ou um atendimento ginecológico. Era passar a visita da ginecologia. Às vezes, a gente dormindo, era acordada no meio da noite, colocada em posição ginecológica, com um monte de homens em volta, e o pessoal passando visita (SÃO PAULO, 2015, p. 1107. Fragmento de depoimento prestado por uma estudante de Medicina da UNICAMP à Comissão Parlamentar de Inquérito realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo).

Por se apresentar de forma camuflada, em tom de “brincadeira” e festa, esse tipo de tratamento das mulheres pode contribuir para que as próprias mulheres não se sintam envolvidas diretamente<sup>106</sup>. Quando perguntei a Tamara, uma estudante que milita contra o trote violento, como ela percebia a violência de gênero na universidade, ela me respondeu o seguinte:

Ah, o que eu... por mais que não seja... porque essa é outra coisa, né, as meninas não se sentem discriminadas, esse é que é o negócio. Eu até estava num congresso. Tem esses congressos políticos aí, né? E uma das questões colocadas foi a opressão. Uma menina virou e falou assim: “Eu entendo que existem mulheres oprimidas, mas eu não me sinto oprimida. Eu consigo isso e consigo aquilo”. E, na realidade, todas as mulheres são, sabe (fragmento de realizada pela autora com Tamara, aluna do 2º ano de Medicina de uma universidade pública localizada no estado de São Paulo).

Por estarem sob a coerção dos veteranos (em geral bem alcoolizados), em ambientes restritos e confinados, como quando estão dentro dos alojamentos ou dentro dos ônibus, as calouras se encontram muito vulneráveis à violência sexual. Um estudante de

<sup>106</sup> No relatório final da CPI que denunciou os casos de violência nos trotes e eventos universitários, o próprio relator, ao apresentar um dos tópicos que tratava sobre preconceito de gênero, parece não perceber o caráter de violência em que se enquadram as ditas “brincadeiras”, como “O Miss Rodeio” ou os hinos propagados pelas Associações Atléticas. Quando declara que “além dos casos de violência sexual consumada ou tentada relatados no Anexo I, vale colocar à luz do dia **outras práticas que, se não são violentas, o são ofensivas à moral e à dignidade das mulheres** [grifo nosso]” (SÃO PAULO, 2015, p 40), parece que ele não se dar conta de que o abuso moral e psicológico também pode ser caracterizado como violência sexual.

Medicina da PUC Campinas, cujo nome foi mantido em sigilo para preservar sua identidade, relatou à CPI o tipo de agressão sexual a que uma de suas colegas foi submetida dentro do ônibus a caminho para a Intermed<sup>107</sup>:

[...] ela sofreu trote no ônibus ainda. Os trotes aconteceram em boa parte dentro do ônibus. Foi um veterano. O apelido dele é [...]. Eu não tenho certeza do nome dele, posso pesquisar e falo depois, deputado. Esse cara tem o hábito... [...] hoje é doutor, ele é formado. Ele tinha o hábito, tem, na verdade, porque mesmo formado ele ainda participa desses eventos e gosta de se auto afirmar judiando das pessoas. O que ele gosta de fazer é colocar o seu órgão genital para fora para as mulheres e forçá-las a ficar olhando e às vezes urinar nelas ou sugerir algum ato sexual (SÃO PAULO, 2015, p. 22).

Quero aqui chamar a atenção para duas questões relevantes levantadas no depoimento desse estudante (e também por outros depoentes da CPI). Primeiramente, a questão da preservação do anonimato de quem pratica a violência. Os estudantes não são chamados pelos nomes, mas pelos apelidos e isso faz com que a identidade do agressor seja, muitas vezes, preservada. Não é raro que os calouros e calouras agredidos (seja sexualmente, moralmente, psicologicamente ou fisicamente) não saibam os nomes dos veteranos que os(as) agrediram. Há relatos de que a identidade desses veteranos também é preservada pelas máscaras cirúrgicas que utilizam no ato da agressão, pelo ambiente de penumbra em que a violência acontece ou pelo voto de silêncio que se estabelece entre os membros do grupo responsável por aplicar o trote, do qual mulheres veteranas também fazem parte. O segundo ponto que quero destacar na fala desse depoente é o relato (também presente em outros depoimentos) de que médicos já formados que, no passado tiveram participação ativa nas Atléticas, continuam tendo forte ligação com essas instituições, não apenas, participando de eventos, mas, em alguns casos, até mesmo liderando os trotes.

O destino dos ônibus em que as violências como as relatadas acima acontecem são as competições ou as festas promovidas, em geral, pelas Associações Atléticas ligadas às faculdades de Medicina<sup>108</sup>. Como veremos a seguir a partir do relato de algumas estudantes, são nesses espaços que acontecem a maior parte dos estupros e dos assédios sexuais. Para Ana Luíza Cunha, uma das militantes do Coletivo Feminista Geni<sup>109</sup>, da Universidade de São Paulo, estudante de medicina da FMUSP, a campanha de divulgação das megafestas

<sup>107</sup> A mesma colega que foi obrigada a simular sexo oral com uma banana.

<sup>108</sup> Há faculdades de Medicina em que o Centro Acadêmico e a Associação Atlética são unidos, têm a mesma visão política e promovem as festas juntos. Há outras faculdades, como aquela onde algumas das mulheres que entrevistei estudaram, que o movimento contra o trote violento e machista está ligado ao Centro Acadêmico e este se coloca contra a política valorizada pela Atlética.

<sup>109</sup> O Coletivo Feminista Geni da Faculdade de Medicina da USP foi criado no final de 2013 e teve uma participação determinante nas denúncias que desencadearam a abertura da Comissão de Inquérito da Assembleia Legislativa de São Paulo sobre trotes e violência nas universidades do estado de São Paulo.

organizadas pelas Associações Atléticas promove a cultura da objetivação da mulher e do estupro. Especificamente sobre as festas promovidas pela Associação Atlética da Faculdade de Medicina da USP, a estudante relata o seguinte:

Numa dessas festas, na Carecas do Bosque, aconteceu um estupro em 2011. Enfim, quando o Geni foi criado e estava se aproximando essa festa, a gente resolveu ir falar com a diretoria da Atlética porque a gente achou que alguma coisa tinha que ser mudada. Tinha acontecido um estupro em 2011 e as festas eram feitas exatamente nos mesmos moldes desde então. Então, fomos conversar com a diretoria da Atlética. A gente colocou toda essa problemática. A gente falou dos cafofos, que são como se fossem tendas que os alunos de certas modalidades, os homens, constroem e podem levar meninas nessas tendas e realizar atividades sexuais. Numa dessas tendas tinha acontecido o abuso. A gente falou que essas tendas eram problemáticas. Elas são fechadas, ninguém vê quem é que está lá dentro, a música está alta, então se a menina grita ninguém escuta, ninguém sabe se a menina que entrou lá dentro estava desmaiada, inconsciente, que era o caso dessa violência que ocorreu. [...]. Foram prometidas mudanças. Só que chegou a festa e a Atlética foi cada vez mais barrando as mudanças que a gente tinha proposto. A primeira reunião foi assim: “Não, nossa, está ótimo, vocês têm razão, vamos mudar”. A cada reunião que a gente ia tendo, era mais problema. “Ah, mas é que se a gente colocar cartazes, vai assustar as pessoas, porque as pessoas vão achar que meninas são abusadas nessas festas”. Mas elas são. Precisa ter um cartaz, com pelo menos um telefone de um lugar que a menina possa procurar, possa buscar.... No fim, a festa aconteceu exatamente do mesmo jeito que sempre acontecia. Essa é um pouco da cultura das festas, das megafestas, que tinham na Atlética. Eram festas voltadas para que você fizesse sexo. E não é um sexo assim... eu não sou moralista assim, não estou dizendo: “ Ah, nossa, que absurdo, adolescentes fazendo, ou jovens fazendo sexo”, mas é uma objetificação da mulher. Por isso que essas festas acabavam virando... eu fui em uma dessas festas e nunca mais fui porque, sei lá, nunca consegui me sentir muito confortável. Eu sentia que eu estava lá para servir como uma presa para que os outros homens pudessem se aproveitar de mim. É como se eu não tivesse chance, a não ser ter que pegar alguém lá dentro (SÃO PAULO, 2015, p. 390) ”.

Corroborando esse depoimento é possível encontrar na Internet o depoimento de outra estudante de medicina da USP em um vídeo publicado pelo periódico on-line Ponte, intitulado Direitos Humanos, Justiça e Segurança Pública (ENTREVISTA, 2014). Na reportagem veiculada pelo periódico Ponto a estudante relata o seguinte:

A primeira festa da semana de recepção é a Espumada. É um show de horrores, assim... Elas [as calouras] acabaram de chegar, não sabem o que está acontecendo. Muitas ficam bêbadas e aí eles aproveitam disso e abusam mesmo, sabe. Eles chegam e não estão nem aí. E dentro da espuma é uma coisa absurda. A caloura não sabe como que é a festa ainda. E quando ela entra na espuma, qualquer menina que entra na espuma ela perde totalmente o controle sobre o corpo. É mão de todo lado, você não sabe de onde vem, você não sabe de quem é. Os meninos te agarram, te beijam, sabe, eles não estão nem aí. Eles chegam puxando e te agarrando. É... durante a festa não dá para você questionar isso porque se você for questionar eles vão falar que você é uma louca que estava na espuma, estava bêbada [...] quem mandou você estar lá. Se você estava lá é porque você queria, entendeu. A chance de questionar isso durante a festa é nula. Todo o marketing da festa é baseado nisso: Lá vai ter mulheres para você fazer sexo à vontade. Tanto é que a USP inteira sabe que tanto a Carecas quanto a Fantasias são pra isso, são pra chegar lá e transar. E assim, a impressão que dá quando você se manifesta é que qualquer menina que está ali está disponível pra isso. Os caras chegam de uma forma nojenta em você, sabe.

Chegam te puxando para o bosque. E aí o pessoal usa lá... Esse espaço é usado pra isso, pro pessoal ir lá transar durante a festa. Eles deixam uns seguranças na entrada, uns seguranças vigiando no meio do bosque e o pessoal vai pra lá. E também, assim, cada time da Atlética, os times masculinos, eles montam barracas pra vender bebidas durante a festa e atrás das barracas masculinas tem os cafofos que os meninos colocam colchões pra eles chamarem as meninas pra lá. Então, do cafofo você não sai. Se você entrou, você vai ter que transar com o cara. Se alguma menina entrou desavisada... Ela não tem essa chance (MERLINO E OJEDA, 2014).

Comentando sobre festas como as mencionadas acima, a professora Heloísa Buarque de Almeida, coordenadora do programa USP Diversidade<sup>110</sup> e docente da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (FFLCH) da USP, que tem se dedicado à pesquisa sobre a ocorrência de violência sexual, machismo, homofobia e trotes violentos na FMUSP, explica o seguinte:

As violências se tornam rituais que se repetem a partir de uma ideia de tradição que querem manter... [...] Há estupros de meninas inconscientes, casos de colocar ‘boa noite Cinderela’ na bebida delas. É algo sistemático porque acontece em todos os anos. A festa ‘Carecas no Bosque’ é tradicional entre aspas. Eles consideram tradicional que tenha prostitutas lá dentro, e no meio disso algumas meninas são estupradas porque estão bêbadas (MERLINO E OJEDA, 2014).

São muitos os relatos de denúncias dos diferentes tipos de violência sexual e de gênero que acontecem nas festas e eventos promovidos pelas instituições ligadas às Faculdades de Medicina do estado de São Paulo. A CPI Universidades cita muitos outros relatos de abusos ocorridos em outras universidades além da USP. Meu objetivo ao apresentar alguns desses relatos dos casos que aconteceram na USP foi exemplificar como esse tipo de violência tem se manifestado. No entanto, para que não haja equívocos, é importante frisar que, embora os casos citados não possam ser apresentados como estatisticamente representativos, também não devem ser vistos como casos isolados<sup>111</sup>. É surpreendente a semelhança do material veiculado na mídia pelas Associações Atléticas das faculdades de Medicina não só do estado de São Paulo, mas de todo o país<sup>112</sup>.

Ao denunciar as formas de violência e violação dos direitos humanos praticados na Faculdade de Medicina da PUC Sorocaba um estudante de medicina do 5º ano esclarece

---

<sup>110</sup> USP Diversidade

<sup>111</sup> No artigo “Para enfrentar os trotes nas universidades: o que falta?”, Akerman, Scalisa e Akerman (2015, p. 422), corroboram essa constatação. Diante da análise produzida a partir dos depoimentos e documentos gerados pela CPI Universidades, os autores chegam à conclusão de que os casos apresentados não podem ser considerados como casos isolados e que *o modus operandi*, tanto em relação à forma como as violações são praticadas quanto à forma como as denúncias foram recebidas pelas instituições e universidades, se mostrou, inclusive, padronizado.

<sup>112</sup> Tome-se como exemplo os hinos, os vídeos de recepção aos calouros, os tipos de trotes aplicados, a forma de organização das Intermeds que acontecem em todo o país, as baterias, etc.

um ponto que precisa ser destacado sobre a disseminação dessa cultura médica violenta e machista. Ele explica:

(...) realmente as faculdades de medicina do estado de São Paulo, em geral, são bem similares em relação ao trote. Elas até se conversam. E dentro das competições esportivas, como a Intermed, acontecem coisas muito similares, muito graves e que, realmente, vamos dizer, eu nem chamo de competição esportiva, porque não é uma competição esportiva. Realmente, a Atlética se diz imparcial, que ela não apoia o trote. Dentro da faculdade ela também diz isso, mas a realidade é que a Atlética, dentro da universidade, todas as pessoas que participam do trote são da Atlética (SÃO PAULO, 2015, p. 257).

Além da declaração desse, e de outros estudantes, a ampla disseminação dessas práticas pode ser constatada também, através das imagens e dos vídeos disponíveis na mídia. São muitos e não somente circunscritos ao estado de São Paulo. Em uma rápida busca na Internet pelo YouTube é possível assistir a muitos vídeos de festas, eventos e recepção aos calouros envolvendo faculdades de Medicina de todo o país. Em todos eles, é notável a similaridade das práticas<sup>113</sup>.

A título de exemplo, quero apresentar o vídeo de recepção aos Bixos 79, produzido e publicado em 26 de agosto de 2014 pela turma de Medicina 77 da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, localizada no município de Uberaba, interior de Minas Gerais<sup>114</sup>. Nesse vídeo, à semelhança dos vídeos produzidos por estudantes das universidades paulistas, é possível ver os estudantes em festas que acontecem em chácaras, os muitos trotes a que são submetidos, como o chamado “mijo amigo”, simulação de estupro e os estudantes caídos, exaustos de tanto beber. Em um momento aparece a foto de alguém despejando um copo de bebida na boca de uma aluna e depois, uma tomada bem de perto de outra estudante tão bêbada que não se entende nada do que ela fala (ela nem consegue abrir os olhos). Em outro momento do vídeo, aparece uma legenda que vi em quase todos os vídeos de recepção a calouros que assisti na Internet (e foram muitos). A legenda dizia ‘também tem que estudar muito’, mas as imagens exibidas junto com essa legenda são de estudantes exaustos dormindo na sala de aula.

---

<sup>113</sup> Inclusive, na Intermed que acontece anualmente no estado de São Paulo, é comum a presença de líderes de Atléticas de faculdades de Medicina de outros estados, que vêm aprender como se faz.

<sup>114</sup> Vídeo disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=jJ\\_cZ8sUBUw](https://www.youtube.com/watch?v=jJ_cZ8sUBUw) (Acesso em setembro de 2015). Esse vídeo é apenas um exemplo. No Youtube podem-se visualizar muitos outros.

**Figura 5. Cartaz de apresentação da festa “Membro inferior”**



Fonte: MEDICINA 77 UFTM, 2014. Vídeo de recepção para os estudantes ingressantes na turma de Medicina 79 da UFTM. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=jJ\\_cZ8sUBUw](https://www.youtube.com/watch?v=jJ_cZ8sUBUw). Acesso em: agosto de 2016.

Além de todas essas semelhanças com os mesmos tipos de violência praticados pelas universidades paulistas (que não são fruto de coincidências, mas da disseminação de um tipo de tradição propagada por todo o país), como foi visto no *print* que fiz da página da *Internet*, aparece nesse vídeo aquele mesmo tipo de marketing promotor de violência sexual ao qual as estudantes se referiram nos depoimentos que transcrevi há pouco. Tanto o cartaz de apresentação do evento, como o próprio nome da festa (“Membro inferior”) e a chamada de convocação que aparece no vídeo (“agora o evento mais esperado do ano: vai começar a putaria”) são um marketing de apologia ao assédio e à violência sexual.

Entre fotos e filmagens, no vídeo ainda aparecem algumas frases do tipo ‘Agora, bixos, aprendam com seus veteranos como é que se faz’; ‘E não se esqueçam: vocês são apenas bixos burros e obedientes’; ou então, ‘Bixos, parabéns pela conquista, honrem nossas tradições’. No final, após conchamar os “bixos” a seguirem as tradições da faculdade aparece a foto de um médico que aparenta ter uns 50 anos e, da forma como a imagem foi colocada, me fez deduzir que é um personagem bem conhecido dos estudantes da faculdade em questão.

### **4.3 Submissão, reprodução, privilégios e ameaças**

Eu acho que no começo é muito fácil [falando da construção da identidade]. Porque é muito difícil de entrar. Então, quando você entra, você está muito orgulhoso. Você acha muito lindo você estar fazendo Medicina na XXX [nome da universidade].

Iééé!". Porque você ralou muito pra entrar aqui. Então eles se aproveitaram disso e isso dá brechas para que eles... devagarinho... vão construindo um tipo de identidade... E assim: "se você for bonzinho comigo, olha o que você vai ganhar. Se você não for, olha o que você está perdendo". E assim, as primeiras conversas de doutrinação são assim: "Você vai ser médico e na medicina tem muito corporativismo. Se você não tiver contatos você não vai conseguir ser bem-sucedido. Agora, se você tiver contatos, você vai ser bem-sucedido. Então, conheça as pessoas. Porque aí, se você for no hospital..." Eles sempre jogam essa. "Se você for no hospital e se você precisar de alguma coisa, você vai me conhecer e eu vou estar lá eu posso te ajudar. Quando você for interna, eu vou ser residente e eu vou te mostrar o paciente que te interessa, o paciente que você quer ver. O que está com o fígado com algum problema que você está procurando, que você quer apalpar. Eu vou te dar o melhor fígado pra apalpar. Eu vou te dar o paciente com os sintomas. Vou te dar o paciente certo pra você estudar a doença. Porque sou eu que vou estar lá no futuro, não é o professor. E sou eu que vou te indicar pra emprego. Então eles começam assim, rodando com essa história. E é muito fácil. Falando, parece uma conversa de idiota, né? Mas eles conseguem convencer as pessoas muito facilmente. Eles falam: "Olha, no meu primeiro ano, eu já conhecia um monte de gente. Eu fui lá no hospital e dei ponto". Como você está chegando e acha tudo lindo e quer fazer as coisas, então você fala: "Nossa, que legal, né? Eu vou fazer amizade com o pessoal e vou logo conseguir fazer uma sutura". [...] No começo, com aquela euforia, você é muito levada. Você pode até achar algumas coisas absurdas, mas você está tão eufórica que você não percebe muito as segundas intenções. Depois é que você vai ver. E tem os outros... que... eles continuam falando, falando: "Ah, porque você tem que ser meu amigo, porque eu vou te ajudar. Vamos na festinha comigo porque você tem que aparecer, você tem que ficar conhecido. Você tem que participar porque senão você não vai ser ninguém, ninguém vai ajudar você. E isso é muito importante na Medicina". E assim vai. O ano todo. Nas competições, nas festas e nas choppadas (fragmento da entrevista realizada pela autora com Stela, aluna do 3º ano de Medicina de uma universidade pública localizada no estado de São Paulo).

Essa foi a resposta dada por Stela quando lhe pedi que descrevesse em detalhes a experiência da entrada na faculdade de Medicina e das primeiras semanas de aula. A forma como Stela descreve a experiência desse primeiro momento deixa claro o paradoxo vivido por ela. Após três tentativas de ingresso e dois anos de cursinho pré-vestibular ela havia sido aprovada em uma universidade pública de grande prestígio nacional no curso que se encontra no topo da lista daqueles de maior concorrência do país. No entanto, apesar de falar dos sentimentos de felicidade e orgulho que acompanharam essa conquista estatisticamente excepcional, o paradoxo vivido por Stela a marcou tão profundamente que a ênfase de sua descrição sobre esse momento inicial de ingresso na faculdade de Medicina não foi sobre a emoção da aprovação, mas sobre o que ela chamou de “doutrinação” e de construção de uma “identidade”. Identidade essa, construída na base da coerção e da violência, mas também na camaradagem e na troca de favores.

A entrevista com Stela foi a segunda que fiz no doutorado. Era para ser uma entrevista de caráter exploratório. Eu já sabia que a maior parte das entrevistas que faria seria com mulheres cirurgiãs, mas resolvi fazer algumas entrevistas com estudantes de medicina.

Na época, eu estava na fase inicial da pesquisa de campo e buscava entender como se dá cada etapa do processo de educação médica em uma faculdade de Medicina. Apesar de a entrevista com Stela ter provocado em minha mente uma série de questões<sup>115</sup>, naquela ocasião não percebi de que forma os relatos sobre trotes, festas, competições esportivas e a Atlética da faculdade de Medicina poderiam me ajudar a entender o sistema de gênero prevalente no curso.

Só fui começar a estabelecer essa relação na fase final do doutorado, ocasião em que tive acesso ao relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito da Câmara Legislativa do Estado de São Paulo que investigou casos de violação dos direitos humanos e ilegalidades ocorridas nos chamados “trotes”, nas festas e no cotidiano acadêmico das faculdades de Medicina de universidades do estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2015; VIOLAÇÕES, 2014)<sup>116</sup>. Foi então que percebi que a experiência vivida por Stela durante sua formação em medicina não era um caso isolado e que, ao contrário disso, revelava detalhes de uma prática comum a muitas outras faculdades de Medicina do estado de São Paulo.

Julgo importante apresentar aqui um fragmento do documento citado acima para ilustrar melhor o que quero dizer. Ele relata como foi a experiência de um estudante de medicina da PUC Campinas em seus primeiros dias de aula na faculdade.

[...] o que aconteceu ao término da bateria para mim foi o grande sinal que contou como funcionam as coisas na Puccamp. Os veteranos terminam de ensinar a tocar os negócios, as meninas saem [...] Colocaram os ‘bixos’ nesse canto e cercaram em maior número ou igual número por veteranos. Nesse canto, os veteranos estavam fazendo a propaganda deles, por assim dizer, a respeito de um evento esportivo da Atlética que iria acontecer, um jogo amistoso de futebol com a faculdade de Medicina de Taubaté. Nessa propaganda deles havia uma atitude extremamente coercitiva: todos os ‘bixos’ deveriam ficar olhando para o chão ouvindo eles gritarem o quão inútil éramos, o quão desprezíveis éramos e o quanto deveríamos amar aquela oportunidade de ser convidado para um evento tão interessante como aquele, ao qual a gente era obrigado a ir. Aí vem o ponto. Naquele momento, eles colocaram a gente no canto, mandaram olhar para baixo e começaram a gritar com a gente [...] “olha para o chão, você não tem direito a olhar no meu olho, você é ‘bixo’. Nessa estrutura extremamente coercitiva eles começam a tentar convencer a gente a ir a esse jogo amistoso. Um outro lá falava “Mas tem de ir?” Nossa! O mundo acabava, tipo “você é louco de falar assim com um veterano, quem você acha

<sup>115</sup> A que Stela se referiu quando disse “Eu acho que no começo é muito fácil”? Quando Stela diz “isso dá brechas para que eles devagarinho... vão construindo um tipo de identidade”, a quem ela estava se referindo? Quem estaria participando ativamente da construção dessa identidade de que ela fala? E que identidade seria essa? Stela menciona o poder de persuasão das primeiras conversas de doutrinação. Que tipo de doutrinação poderia estar sendo infligida aos estudantes em uma faculdade de Medicina? Ela fala que esse poder de persuasão se fundamenta em ameaças que poderiam prejudicar não somente a formação do estudante na faculdade de Medicina, mas também sua inserção no mundo do trabalho. Como isso seria possível?

<sup>116</sup> O relatório final dessa CPI, contendo mais de duas mil e quinhentas páginas de depoimentos e os vídeos que mostram estudantes e professores dando vários desses depoimentos podem ser obtidos nos seguintes endereços eletrônicos: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/arquivoWeb/com/com3092.pdf> ; <https://www.youtube.com/watch?v=8zH7pk6IBhc>.

que é<sup>117</sup>, você tem de ir, é um prazer, você vai torcer pela sua faculdade, é isso que você faz aqui dentro, você veio pra fazer isso”. Por meia hora tentaram convencer a gente do quanto isso seria interessante. Nessa meia hora, um monte de mandadas de olhar para o chão, uns tapas na cabeça de quem era mais insubordinado a eles. Este o contexto em que a gente foi carinhosamente convidado para o amistoso de futebol em março de 2014 entre o time de futebol da Atlético da Puccamp e a Atlético de Taubaté.

[...]

Vai para o hospital e aí é que o pessoal tem medo de sofrer represálias, inclusive porque eles falam isso.

[...]

A gente chegou lá, a gente teve que ficar cuidando; enquanto estava tendo jogo a gente tinha que cuidar das coisas. A gente fazia manutenção. Aí a gente teve que ficar procurando bola, levando mordida. Quando a gente voltou e o jogo terminou [...] Daí a gente ficou num círculo e aí eles começaram a agredir a gente. Falaram: “Ajoelha!” Daí todo mundo teve que ajoelhar. Daí eles fizeram a gente pegar terra e ficar esfregando na cabeça e na cara um do outro...

[...]

Nesse mesmo trote, antes de começar essa parte do círculo, a gente teve que conversar com nossos veteranos, porque o discurso lá, as práticas são extremamente opressoras, agressivas. O discurso deles tende a ser mais bonitinho. Então é assim: “Não, a gente faz vocês virem aqui porque vocês estão entrando na casa, vocês não conhecem as coisas. Então a gente força vocês para vocês conhecerem, para vocês terem o mesmo amor que a gente tem para poder contribuir também”. O que eles querem, na verdade, na prática, é gente para trabalhar, para jogar, para ganhar o esporte para eles, para ganhar medalha na Intermed. Não querem que a gente vire amigo, vire família, nada. Mas o discurso é esse. E lá algumas pessoas da família, alguns residentes - alguns devem estar na PUC, alguns não estão - vinham falar com a gente, nós bixos. Eles chegavam e falavam: “Olha, você sabe como é a profissão de medicina, né?” [...] “Você sabe como é a profissão de medicina”. As pessoas que vinham falar, os veteranos, os residentes, na verdade, formados, fazendo residência na Unicamp, Puccamp. Eles vinham e falavam: “Pô, vocês sabem como é que é profissão de medicina. Ela é meio difícil, né? Você precisa de uns contatos. Tem muito desse QI na medicina, você precisa de gente atrás de você. E você vai precisar de mim, velho, porque quando se chega no hospital eu que vou cuidar de você, eu que vou te ajudar lá, e se você não é da família, se eu não te conheço, você vai ter mais trabalho. Eu posso até querer te atrapalhar”. Isso ouvi de médicos formados que já tinham feito o juramento deles, e eu tive que ouvir eles falando que eles teriam deixado eu me ferrar com o paciente, arriscar a vida de um paciente, porque eu não quis praticar vôlei às 11 horas da noite de domingo. Porque eu não queria levar um tapa na cara para fazer parte de um bagulho que eles chamam de família. Mas em todo caso, eles estavam ameaçando. Essa ameaça... imagino que muita gente aqui não seja do ramo da medicina, mesmo da Saúde... Mas realmente é um ambiente muito difícil. Você precisa ter contatos, você precisa ter gente atrás, e uma ameaça dessas é extremamente efetiva, especialmente para aluno do primeiro ano que acabou de entrar. Passar pela cabeça de um aluno do primeiro ano que ele pode estudar seis anos para depois não conseguir mais nada porque ele não fez os contatos certos é uma ideia muito poderosa, que leva muita gente a eles. E é parte do conjunto de ideias que eles vão fazendo a gente introjetar. Então... estava o residente falando, daí juntaram a gente na roda. E aí começou o trote mais agressivo.

[...]

O trote não serve só para você humilhar o cara. É pra você colocar ele nessa estrutura de modo submisso (SÃO PAULO, 2015, p. 23. Fragmento de depoimento prestado em 2014 por um estudante de Medicina da PUCCAMP à Comissão

<sup>117</sup> Esse mesmo tipo de questionamento do tipo “quem você pensa que é?”, usado para constranger o estudante novato foi relatado também por algumas das estudantes de medicina que entrevistei e também aparece nos escritos de Bourdieu sobre as pressões sociais sofridas pelos estudantes ingressantes em cursos de elite na França (1982, p. 125).

Parlamentar de Inquérito realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo).

A leitura que faço dos relatos acima, em consonância com os estudos de Almeida Junior (2015) e Akerman, Conchão e Boaretto (2014), pesquisadores que são referências no estudo do trote no Brasil, é a de que, da forma como se configura, a chamada semana da “calourada” representa muito mais do que apenas um ritual de recepção aos estudantes novatos. Na verdade, começa ali um rito de instituição, como na concepção de Bourdieu (1982; 1991; 1996b), que se estenderá por todo o ano letivo e agirá como uma espécie de iniciação dos estudantes ingressantes à estrutura de poder presente em todo o processo de formação médica, com repercussões até mesmo na Residência Médica e na entrada no mundo do trabalho<sup>118</sup>.

A eficácia da persuasão imposta pelo grupo responsável pelos trotes se encontra alicerçada em uma série de discursos e práticas que podem variar desde a formação de grupos de apoio para aqueles que se mostram receptivos e submissos, até perseguições e ameaças para aqueles que se mostram resistentes. Se, por um lado, há um discurso hostil que ameaça dificultar e até prejudicar o processo de formação daqueles que escolhem não cooperar, há também, ao mesmo tempo, um discurso paternalista que oferece ao novo membro da “família” a oportunidade de participar de uma organização poderosa capaz de garantir privilégios acadêmicos<sup>119</sup> e até uma boa colocação no mundo do trabalho. Esse ponto é fundamental para a construção dos argumentos que justificam a hipótese que levanto nesta tese. Tudo é feito em nome dos privilégios, do tratamento especial, da “proteção”. Sobre essa estratégia de manipulação multifacetada utilizada pelo grupo responsável pelos trotes, Almeida Júnior (2015, p. 14) explica o seguinte:

Diante destas pessoas que estão experimentando euforia e falta de referência, o grupo trotista aparece de modo multifacetado: é um grupo que aparenta ter valores firmes e refletidos, pois os tenta impor de modo intenso e radical (comportamento agressivo, machista, mas muito valorizado); tem uma propensão aos valores cultivados pela mídia e ligados aos modelos de diversão e felicidade mais estereotipados pela estruturação de classes; cobra a submissão a determinados comportamentos; oferece parcialmente suporte emocional e material para a resolução dos problemas imediatos da nova vida na universidade. Assim, apesar de

---

<sup>118</sup> Os depoimentos prestados por estudantes de medicina da USP e as declarações feitas por docentes da faculdade de Medicina dessa mesma instituição na audiência da 13ª sessão ordinária da Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo ocorrida em 11 de novembro de 2014, convergem para o consenso de que o rito de iniciação ao qual o calouro é submetido tem um papel social que muitas vezes não é percebido pela sociedade e pelas próprias vítimas: montar a estrutura de quem manda no mundo profissional e, no caso, no mundo dos médicos. A gravação completa dessa sessão pode ser visualizada no seguinte endereço eletrônico: <https://www.youtube.com/watch?v=8zH7pk6IBhc> (acesso em setembro de 2015).

<sup>119</sup>

sua violência e comportamentos antissociais, o grupo trotista pode parecer bastante atrativo para o novo aluno, que imagina saber com o que está se envolvendo.

[...]

O poder político oferecido por um grupo desta natureza é inequívoco, pois ele promoverá aquilo que lhe for ordenado, imediatamente, de modo disciplinado e sem questionamentos.

Os grupos de apoio podem fornecer desde resumos e dicas para as provas até elaborados esquemas de ajuda financeira para os colegas de baixa renda (ALMEIDA JÚNIOR, 2015). Um exemplo de privilégio por adentrar à nova confraria é o apadrinhamento explicado por Stela:

Ah, sim, tem altos esquemas. O pessoal sempre manda pra nós dizendo o que caiu na prova. Tem sempre alguém que anota as questões da prova no dia pra passar para o ano seguinte. Eles te passam muitos resumos. Porque tem a história do apadrinhamento. Sempre que você chega na faculdade você ganha um padrinho ou uma madrinha que vai te dar material durante o curso. Material que eu digo não são livros, livros tem na biblioteca. Resumos mesmo. E eles vão passando de geração em geração. E as dicas de prova os padrinhos vão dando para os alunos. Tem todo um esquema assim. Porque senão também a gente não sobrevive (fragmento da entrevista realizada pela autora com Stela, aluna do 3º ano de Medicina de uma universidade pública localizada no estado de São Paulo).

Essa mesma estratégia de cooperação que envolve o compartilhamento de informações entre os sujeitos que são considerados pelo grupo como membros da “família” foi observada por Becker et al (2005) entre os estudantes de medicina que eles acompanharam na pesquisa etnográfica por eles realizada.

Na entrevista que fiz com Tamara a força desse poder de persuasão apareceu de forma muito clara:

Só que o que eles falam é que você vai ser uma pessoa sem amigos, que você não vai ter amigos no hospital, que você não vai... enfim, que você não vai fazer parte desse mundo. Só que para você ser popular, para você querer e conhecer realmente gente.... Quando você passa é lógico que você quer participar de tudo, que você quer ser bem aceita. Ninguém quer ser odiado numa faculdade [rindo]. Por mais que as coisas e as pessoas sejam bizarras, por mais que as coisas sejam as mais absurdas. Sabe, se um cara fala pra você: “Se joga”. Você vai se jogar e vai achar que isso é normal (fragmento de realizada pela autora com Tamara, aluna do 2º ano de Medicina de uma universidade pública localizada no estado de São Paulo).

Almeida Junior (2015), argumenta que, em geral, além de encontrar-se em uma situação de vulnerabilidade e insegurança por adentrar em um mundo novo e desconhecido, possivelmente, o aluno que acaba de ingressar na universidade também esteja se adaptando à vida em uma nova cidade (longe dos amigos e da família).

A combinação dessas situações, junto com a necessidade de ser aceito pelo novo grupo de convivência, faz com que, em um primeiro momento, muitos desses estudantes se submetam ao trote e, em um segundo momento, incorporem a cultura do trote, tornando-se ele mesmo um reprodutor dessa cultura. Para ilustrar essa situação, apresento a seguir alguns fragmentos da entrevista que fiz com uma estudante de medicina.

Então, por exemplo, a menina que estava na minha frente na choppada... que foi logo na semana da calourada mesmo. A choppada é na terça e na quinta é o churrasco. A menina que estava na minha frente, ela tinha faltado em um treino. Ela tinha começado uma semana antes de as aulas começarem. Ela foi num treino de futebol. Porque todo mundo fica te ligando pra você ir treinar. E daí, ela foi nesse treino e depois ela faltou no próximo. E a menina marcou que ela tinha faltado. Então, na festa ela ficava: “Sua biscate, sua vagabunda”. E jogava um monte de copo de cerveja nela. Faziam esse tipo de coisa. E eu vi aquilo só que, assim, eu fiquei meio assustada, né. Só que eu fui do mesmo jeito no churrasco na quinta.

[...]

Foi a semana que eu estava falando: “oh, eu passei no vestibular”. Mas, ao mesmo tempo, aconteceu um monte de coisa. Mas mesmo assim eu ainda fui nesse churrasco nessa quinta-feira. E chega lá, a mesma coisa. Todo mundo cuspidando cerveja em você. E aí tem mais coisas, porque eles fazem você rolar na lama. Fazem você entrar na piscina. Então assim, se eu me apoiava na borda piscina para segurar um pouquinho tinha pessoas que pisavam na minha mão. E acontecia esse tipo de coisa.

[...]

Mas você está tão entusiasmado, que até hoje tem gente que fala: “tem que levar trote mesmo. É muito legal”. Você vai conversar com gente que vai falar isso.

[...]

Foi assim a primeira grande decepção da faculdade. Foi aí que eu vi que eu estava entrando num meio de pessoas que não eram normais. Que eu vi que era um mundo... assim, eu fui na primeira semana, mas tem muita gente que como não acontece nada com eles, eles acham que é normal. E é muito egoísta isso. Porque eu já tinha visto que na terça tinha dado... eu vi que tinha acontecido alguma coisa com a minha amiga. Mas não tinha acontecido nada comigo. E eu fui, né? E eu fui na quinta. Eu podia ter falado: “Ah, não, isso aqui não é muito normal. Essas pessoas são meio doentes”. Mas não. Eu fui. Então a gente tem muito esse negócio de querer ser aceito.

[...]

O povo passa no vestibular e fala: “Ah, que máximo! Eu quero morrer”. Entendeu? E daí o pessoal fica xingando, faz você passar frio, te bate. Teve uma menina que tiraram a aliança dela, ela chorava e batiam no rosto dela. E depois você vai conversar com essas pessoas e elas falam: “Ai, porque eu entendo”. E se você fala alguma coisa, você é que fica como louco. Porque você não acha isso certo. Então, as meninas falam assim: “Ai, porque eu conversei com ele depois e eu entendo, eu entendo. Eles também passaram por isso. É um rito de passagem”.

[...]

Então, tem a questão da reprodução, mas tem muitas pessoas que passam por isso, não reproduzem, mas acabam aceitando e achando isso uma coisa normal. Agora, tem as pessoas que reproduzem, com certeza. E daí vira... eu nem sei explicar [fala num tom de tristeza] (fragmento de realizada pela autora com Tamara, aluna do 2º ano de Medicina de uma universidade pública localizada no estado de São Paulo).

O estranhamento inicial de Tamara não foi suficiente para impedi-la de continuar frequentando as festas que faziam parte do “pacote” da chamada calourada. Da mesma forma, o estranhamento inicial de outras alunas que também foram vítimas de violência e, segundo

Tamara, até choraram no momento da agressão, não foi suficiente para, em um segundo momento, impedi-las de incorporarem a cultura do trote como aceitável. Tamara disse que existe uma espécie de doutrinação que leva os estudantes a incorporarem discursos e comportamentos que, mesmo sendo abusivos e repugnantes, acabam sendo vistos pelo grupo como algo normal e aceitável.

Para Almeida Júnior (2015) as nuances por trás das razões dessa reprodução podem ser multifacetadas, mas encontram-se relacionadas a duas questões principais: A primeira questão tem a ver com a sensação de empoderamento que os estudantes recém-admitidos em um curso de prestígio passam a incorporar quando se percebem incluídos em um grupo que se apresenta coeso e poderoso.

Se, por um lado, há o aviltamento, a subjugação, a violência, por outro lado, a entrada no grupo dá ao novo membro a sensação de participar de uma organização poderosa, capaz de interferir nos destinos da instituição e, portanto, nos destinos da sociedade. Esta sensação de poder não se restringe apenas aos objetivos coletivos do grupo trotista, mas também pode expandir-se para os objetivos individuais de seus participantes (ALMEIDA JÚNIOR, 2015, p. 14).

A segunda questão, diretamente conectada à primeira, tem a ver com as disputas internas que começam a ser travadas entre os estudantes dos cursos superiores preparatórios para profissões de elite numa corrida para o ingresso no mundo do trabalho. Para o pesquisador Almeida Júnior (2015), as disputas presentes nas relações de poder no campo profissional começam a ser travadas durante o processo de formação na faculdade. Ele explica.

No caso das escolas muito cobiçadas (Medicinas, Engenharias, Direito, Geociências, Escolas Militares etc.) entrar na universidade coloca os alunos em disputas para definir a "hierarquia das inteligências" no país, onde não haverá mais uma medida concreta, um vestibular. Nestas hierarquias, em cada escola muitos são os perdedores, pois a derrota começa pelo segundo lugar. Para estas avaliações hierárquicas, outras métricas estão estabelecidas, algumas delas passam pela projeção política, pela competição esportiva, mas também pela vulgaridade, depravação, intimidação, humilhação e pela violência. A disputa hierárquica é impiedosa (ALMEIDA JÚNIOR, 2015, p.15).

Ao analisar as implicações sociais dos ritos de instituição típicos das escolas superiores de elite, Bourdieu (1982, 1991, 1996b) explica que um dos principais efeitos desse tipo de investidura é a demarcação arbitrária dos destinos sociais possíveis, separando aqueles que se submetem aos rituais de validação daqueles que não se submetem (ou ainda, aqueles que são aprovados, daqueles que não são aprovados). Mas, nesse caso, todos os destinos possíveis, tanto positivos como negativos, caracterizados tanto pela consagração como pelo

estigma, são vistos pelo pesquisador como igualmente fatais porque limitam as possibilidades futuras de alguns e aprisionam outros a uma permanente submissão.

De qualquer forma, seja para os consagrados, como para os estigmatizados, o ato de instituição caracteriza-se como um tipo muito particular de ato de comunicação: a instituição de uma identidade social. Aos estigmatizados a comunicação se dá através de insultos e maldições que ameaçam boicotar o destino futuro das vítimas. Aos consagrados a comunicação se dá por meio da condicionalidade implícita no “direito de estar que é uma obrigação de ser”. O que significa que o indicativo de consagração é, ao mesmo tempo, um imperativo (BOURDIEU, 1991, p.120).

Para os grupos privilegiados, denominados por Elias e Scotson (2000) como os *estabelecidos*, a manutenção das posições e honrarias garantida pela relação de fidelidade e de cumplicidade estabelecida entre os pares será sempre condicional. O grupo que representa a ordem social constituída deve investir tempo e energia considerável para convencer o recém-eleito da necessidade de aceitar os sacrifícios que estão implícitos nos privilégios que são uma condição para a preservação desses mesmos privilégios (BOURDIEU, 1991 e 1996b).

É por isso que os ritos de consagração não se limitam aos rituais de iniciação aplicados aos estudantes por ocasião do ingresso no curso. Ao contrário, os rituais de iniciação representam apenas o ato inaugural do rito de instituição. Os votos de submissão e fidelidade serão renovados a cada nova etapa do processo de formação através de atos de consagração que vão se tornando cada vez mais elaborados e comprometedores. Um exemplo disso é o que acontece com os estudantes do segundo ano que passaram pela primeira fase do rito de instituição durante as primeiras semanas e o primeiro ano na faculdade. Como exposto por Almeida Júnior (2015), na citação a seguir, ao passarem para uma nova fase, já no segundo ano da faculdade, esses estudantes serão obrigados a aplicar o trote.

É evidente também que, dentro da universidade, a grande maioria dos alunos não participa e não tem vontade de participar do trote. Os alunos que chegam à universidade têm uma impressão equivocada de que todos os alunos dão trote, de que todos participam do trote, pois 200 ou 300 alunos de uma escola que tem 1.500 ou 2.000 alunos estão lá no dia da matrícula. Os demais não vão, ou vão em pequeno número. Esses que vão ao dia da matrícula vão porque são ordenados a ir. [...] é uma ordem. Se você não for lá fazer o contato com os alunos de primeiro ano [...] você sofrerá algum tipo de sanção. O trote é composto de duas fases: na primeira fase, o aluno recebe o trote, o aluno é obrigado a se submeter, a permanecer calado e a obedecer. Na segunda fase, que ocorre no segundo ano, ele é obrigado a aplicar trotes. Se, no segundo ano, ele se recusa a aplicar trotes, ele é humilhado, punido ou mesmo escorraçado do grupo trotista (ALMEIDA JÚNIOR, 2015, p. 448).

Tradicionalmente, ao passar do primeiro para o segundo ano a turma que acabou de sair da condição de “calouro” também será responsável por financiar e organizar muitos

dos eventos para a semana de recepção da nova turma ingressante. Uma estudante de medicina da PUC Campinas, líder da comissão de formatura de sua turma, explicou na CPI das Universidades como foram as exigências impostas à sua turma com relação à recepção dos “calouros”:

Eu acho que a minha turma, olhando para tudo isso, e mais a organização de eventos, que incluiria o trote da turma 51, que entraria agora no primeiro semestre, que incluiria a chopada dos bixos da turma 51. Para esses eventos falaram para a gente guardar uns R\$ 10 mil, que era o que a gente ia gastar com o open bar, com o aluguel da chácara, possivelmente, com o cheque caução, que a chácara seria quebrada, e com a contratação de uns serviços, como das prostitutas, como a fabricação do lança perfume, com o open bar e o open de maconha (SÃO PAULO, 2015, p. 1770 - fragmento de depoimento prestado por uma estudante de Medicina da PUC Campinas à Comissão Parlamentar de Inquérito realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo).

## **CAPÍTULO 5. TREINOS, TROTOS, FESTAS E COMPETIÇÕES ESPORTIVAS: O LUGAR DO CURRÍCULO OCULTO NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DE GÊNERO DURANTE O PROCESSO DE FORMAÇÃO MÉDICA**

Como já mencionei na introdução da tese, desde o início da pesquisa empírica duas questões haviam me deixado intrigada nas trajetórias de várias das entrevistadas brasileiras que pertenciam às gerações mais novas (que ingressaram na faculdade após o final da década de 1990): (i) a importância que as práticas esportivas e a relação com as Atléticas tiveram na agenda das atividades cotidianas dessas mulheres durante a faculdade de Medicina; (ii) o fato de que essas residentes e cirurgiãs haviam feito a faculdade em diferentes escolas de Medicina do estado de São Paulo, mas as práticas esportivas, a frequência às competições e o vínculo com as Atléticas esteve presente, de alguma forma, na trajetória de quase todas elas.

Enquanto estudantes, nove dentre as dezesseis residentes e cirurgiãs brasileiras das gerações mais novas participaram intensamente de treinos e competições esportivas promovidos e organizados pelas Atléticas de suas faculdades de Medicina. Dessas, uma foi tesoureira e outra foi presidente da Atlética e duas foram diretoras de modalidade esportiva. Cinco dentre as quinze residentes e cirurgiãs mais jovens, não treinavam, mas foram em competições esportivas para torcer por suas faculdades e investir em um tipo de capital social. Apenas uma não treinava e não ia nas competições. Houve ainda uma dentre as dezesseis entrevistadas mais jovens sobre a qual eu não tenho informações se ela treinava ou ia nas competições. Essa última foi a única desse grupo que não fez faculdade no estado de São Paulo.

Conforme fazia as entrevistas com essas mulheres e as práticas esportivas voltavam a se destacar como atividades importantes durante a faculdade eu me perguntava como faziam para conciliar os estudos com os treinos para as competições esportivas. A seguir trago alguns exemplos dos diálogos que travei com as cirurgiãs entrevistadas<sup>120</sup> sobre essa questão.

---

<sup>120</sup> As entrevistas que fiz foram entrevistas de trajetória de caráter biográfico e, como é característico desse tipo de entrevista, explorei não somente os aspectos ligados à formação acadêmica, propriamente dita, mas a muitos os outros aspectos que de forma direta ou indireta fazem parte da rede de interdependência dos sujeitos sociais pesquisados. Dentre as categorias de análise contempladas no roteiro de entrevista havia uma que dizia respeito ao lazer e ao descanso, então, eu pedia às entrevistadas que me contassem o que faziam quando não estavam estudando e o tempo que dedicavam ao lazer, à vida social, à prática de atividades físicas, ao namoro, etc. (essa pergunta foi feita para cada etapa da trajetória escolar). No Apêndice C (p.377) da tese se encontra um quadro com as grades temáticas que foram exploradas durante as entrevistas.

R- Você participava da Atlética? Ou do Centro Acadêmico? Ou nenhuma das duas coisas...

A- Eu participei da Atlética um ano só, no segundo ano. Eu era a DM do basquete.

B- O que é DM?

A- Ah, diretor de modalidade. É a que fica pegando bola, marcando os treinos, avisando as pessoas que vai ter treino.

R- E ainda tem tempo pra isso? Como é que era esse ritmo?

A- Ah, tranquilo.

R- De estudo e de treino? Que horas você treinava?

A- Os treinos eram ou na hora do almoço, aqui na faculdade de Educação Física, ou à noite, depois que acabava tudo. Eu treinava futebol de salão e basquete na faculdade.

R- E ia nas competições?

A- Ia. Em todas [rindo]. Todas que tinha eu ia. Era mais à noite os treinos. Tinha treino quase toda noite.

R- Então, você teve uma vida social bem ativa. Bem dinâmica durante a faculdade. Ia às festas? E isso não te atrapalhava em nada nos estudos?

A- Ah, acho que não. Eu nunca fiquei de exame nem nada (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Alice, gastrocirurgiã em início de carreira).

≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ :

R- Você gostava de praticar esportes na faculdade?

K- Gostava, eu era da Atlética.

R- Conta um pouquinho dessa parte aí da Atlética...

K- Eu gostava de esporte. Como eu sempre gostei de esporte eu era da Atlética, mas nunca fui presidente da Atlética, nada.

R- Mas treinava bastante para as competições? E ia em todas as competições?

K- Sim, eu fui em todas as competições, eu jogava tênis, tênis de mesa e joguei um pouco de futsal também na faculdade, mas ia mais pela diversão, assim. Mas eu era mais ligada à Atlética do que ao Centro Acadêmico (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Kelly, gastrocirurgiã em início de carreira).

≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ :

R- E nos eventos da Atlética, por exemplo, você ia nas Intermeds?

P- Eu ia. Eu fui pouco nos primeiros dois anos, como eu te disse. No começo eu fui. Fui nos churrascos de calouro, aquela coisa toda. Fui no Intermed do 1º ano. Parei um pouco de ir. Aí, depois, quando eu voltei a me socializar, mais para o meio e fim do 3º ano... Aí teve um sorteio e eu caí num grupo fantástico [grupo com quem rodei os estágios no hospital], foi muito bom. Que foi o que me abriu portas para eu me encontrar com as meninas que são minhas grandes amigas até hoje. Porque daí a gente se encontrou. Eu me encontrei. Foi uma coisa muito boa. A partir daí eu passei a frequentar mais. Desde o começo eu gostava bastante. [...] a partir dessa virada na faculdade, que realmente eu me senti melhor, eu me senti mais incluída no grupo, aí eu comecei a participar mais. Aí eu passei a ir mais nas festas, nas Intermeds nos jogos, em tudo (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Patrícia, R3 de Cirurgia Cardiovascular).

≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ :

Eu entrei na faculdade... estava muito deslumbrada, tinha estudado muito. E eu não... Engraçado, né, eu entrei na faculdade, mas eu não entrei com a cabeça de estudar, estudar, estudar. Eu comecei a ver as coisas... eu queria treinar vôlei, queria fazer Futsal, queria ir no Centro Acadêmico, fazer parte dos Médicos da Alegria. No primeiro ano eu treinei tudo, praticamente. Então, assim, eu me envolvi muito, muito nas atividades. Tanto é que na faculdade eu jogava vôlei. Os seis anos eu joguei na Intermed. Eu era da Atlética e tudo. Que é o povo que mais participa

(fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Aline, R3 de cirurgia do Aparelho Digestivo).

≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ :

P- Fui em todas, fui em todas as Intermed até o sexto ano. Trouxe minha medalha do basquete quando terminei o sexto ano.

R- A parte social você aproveitou bem.

P- Aproveitei. Eu não ficava só estudando não. Eu dividia bem. Eu sempre tive essa noção de que vai acabar e quando acabar você vai ter que trabalhar, não vai ser mais estudante. Então, aproveita, né!? Então eu tinha a parte social bem...

R- Fazia esporte?

P- Fazia. Eu era do time de basquete. Aprendi a jogar na faculdade. Na minha época... nós não tínhamos quadra nossa. E no começo do ano tem uma loucura na Faculdade de Educação Física que você fica na fila, um quase matando o outro pra conseguir horário de quadra. Só que assim: ao meio dia, no sol, o cimento todo ralado. Então a gente alugava quadra, pagava técnico. É levada a sério essa história de competição na faculdade pela Atlética. Então a gente pagava técnico, tinha que comprar bola, fazia tudo isso. [...] Então eu tive essa parte social. Eu tinha a parte do estudo, mas eu tinha bastante coisa social (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Paula, cirurgiã coloproctologista em início de carreira).

≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ :

R- E quando você entrou na faculdade, você participava da Atlética?

J- Eu participei da Atlética no segundo ano. E eu sempre fiz esporte. Do primeiro ao sexto ano. Participava das competições, tudo. Mas eu sempre participei bastante das coisas da faculdade. Eu ia nos encontros e tal.

R- Acompanhando a faculdade você levava uma vida social ativa.

J- Bem ativa (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Joyce, R4 de cirurgia do Aparelho Digestivo).

≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ :

R- E na faculdade, você participava da Intermed?

P- Uch, tudo.

R-Atlética?

P- Jogava basquete, handball, atletismo. Fazia tudo.

(Fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Pietra, cirurgiã pediátrica).

Na época em que fiz as entrevistas com as cirurgiãs e residentes, eu pensava que a seriedade com que muitas dessas mulheres encaravam os treinos e as competições esportivas tinha a ver com o fato de levarem uma vida que exigia grande esforço mental e a prática do esporte era uma forma de extravasarem todo o estresse da vida de estudante de medicina, ou ainda, de investirem nas relações sociais. Eu não estava errada quanto a essa percepção, mas a análise sociológica que passei a fazer das trajetórias de formação das cirurgiãs e das estudantes de medicina das gerações mais jovens, quando em comparação com os relatos de experiência sobre as trajetórias dos(as) estudantes de medicina que foram entrevistados(as)

pela Comissão de deputados da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, me levou a perceber que as questões que envolviam os esportes e as Atléticas das faculdades de Medicina pareciam ir muito além das motivações de caráter esportivo e social. Outras questões parecem estar em jogo.

É notória na fala das mulheres que entrevistei a relação existente entre, de um lado, o investimento pessoal em atividades sociais e na prática de esportes e, do outro lado, o envolvimento com a Atlética e a participação na Intermed (principal competição esportiva organizada pelas Atléticas). A sequência de argumentos que desenvolvo neste capítulo pretende mostrar que, embora sejam definidas como associações estudantis voltadas para a promoção de atividades esportivas, sociais e recreativas, pela forma como se organizam e atuam, as Associações Atléticas das faculdades de Medicina precisam ser entendidas também como instituições de formação médica e, no caso específico dos contextos que envolvem as Atléticas citadas neste capítulo, precisam ser entendidas também como instituições formadoras de uma cultura médica que atribui às mulheres um lugar diferente do lugar atribuído aos homens e, em particular, um lugar menos valorizado na hierarquia da profissão.

É importante nesse ponto esclarecer a forma como percebo sociologicamente as instituições de formação médica. Assim como também definidas por Rego (2003), não as percebo como limitadas àquelas instituições tradicionalmente associadas à formação teórica e técnica, como as faculdades de Medicina e os hospitais, postos de saúde e clínicas onde acontecem os estágios oficiais. Ao contrário disso, percebo o leque de circunscrição desses espaços de formação de forma muito mais abrangente, sendo ampliado a qualquer instituição que, de alguma forma, contribua para a formação da cultura e da identidade médica. Nesse sentido, para entender como se constituem as hierarquias de gênero e a manutenção das estruturas de poder entre os sexos nas instituições de formação médica no Brasil, busquei entender, especialmente, algumas das práticas de socialização e das práticas pedagógicas que acontecem nas faculdades de Medicina, enquanto instituições formais e oficiais, mas também, ao mesmo tempo, nas Atléticas dessas faculdades, como instituições de formação médica informais que interagem de forma simultânea no processo de formação médica.

As Atléticas não têm um vínculo oficial direto com as faculdades de Medicina e não atuam diretamente no currículo formal dessas instituições de educação médica, no entanto, devido às redes de interdependência e de influência que se estabelecem vinculadas a elas, tornam-se uma poderosa instituição de formação que age de forma simultânea e paralela à oficial. No decorrer deste capítulo, e do próximo, abordarei elementos e práticas referentes a outras instituições que, além dos espaços formais das faculdades de Medicina, também

precisam ser consideradas como espaços ou instituições de formação médica, como os Centros Acadêmicos, as Ligas Acadêmicas e o Show Medicina da USP, mas o enfoque privilegiado de minhas análises recairá sobre as Associações Atléticas.

Mas por que privilegiar a análise das Associações Atléticas e de suas práticas? Porque do conjunto das evidências empíricas que obtive através das entrevistas e das observações que fiz, bem como, de tudo o que se apurou na Comissão Parlamentar de Inquérito sobre a violação dos Direitos Humanos nas faculdades de Medicina do estado de São Paulo, as Associações Atléticas vinculadas a essas faculdades aparecem como um elemento aglutinador comum para a disseminação dessa cultura que tenho discutido aqui. Segundo Ricardo Kobayashi, professor da faculdade de Medicina da USP e assessor da Comissão que dirigiu a CPI das Universidades: “os focos de violência vêm de vários pontos, mas tem um em que ele é constante: as Atléticas” (SÃO PAULO, 2015, p. 33).

Ao descrever as experiências que vivenciou durante sua primeira semana de aula na Faculdade de Medicina, um estudante da USP- Pinheiros relata o seguinte sobre a participação da Atlética de sua faculdade nos trotes violentos:

Acontece que, pelo menos naquela época, todas as extensões estavam brigando para que de alguma forma o calouro entrasse em alguma delas, seja o Centro Acadêmico, a Atlética, ou outras, em maior ou menor grau. Sem dúvida, das extensões, a que fazia o maior assédio - tanto é que toda a nossa semana de recepção se baseava nela - era a Atlética. Todas as festas e almoços, festas com álcool, abuso de álcool, ritos de passagens que a gente recebia, eram na Atlética (SÃO PAULO, 2015, p. 284-285).

Este capítulo da tese apresenta e descreve relatos de práticas de socialização presentes em espaços de formação médica que, apesar de não fazerem parte do currículo oficial explícito, se configuram como importantes espaços de aprendizagem não somente para a construção da identidade de gênero na formação dos futuros profissionais da medicina, mas também, até mesmo para a aprendizagem das habilidades técnicas. O objetivo deste capítulo é mostrar o lugar das Atléticas das faculdades de Medicina na consolidação das hierarquias de poder que formam as bases da organização social do curso de Medicina; desvelar a relação entre as hierarquias de poder que regem a organização das Atléticas e as hierarquias de poder que regem a organização social do curso de Medicina.

No que se refere aos aspectos teóricos, técnicos e normativos presentes nas práticas do currículo formal o processo de formação de uma médica não difere do processo de formação de um médico. Respeitando as especificidades curriculares de cada faculdade de Medicina, todos os estudantes têm a mesma carga horária e as mesmas disciplinas a cumprir; todos devem cumprir os mesmos estágios e têm as mesmas obrigações; todos precisam passar

pela aprendizagem das mesmas competências e habilidades. No entanto, ao conversar com estudantes de medicina, com residentes e com docentes, ao observar diferentes ambientes, momentos e instituições de formação e ainda, ao analisar o documento CPI Universidades, pude lançar um olhar mais atento sobre os bastidores do processo de formação e capturar algumas das práticas reveladoras de um currículo oculto que, no meu entender, tem se colocado como um instrumento promotor de desigualdades de gênero em algumas das mais conceituadas instituições de formação médica brasileiras.

A despeito das diferentes abordagens teóricas<sup>121</sup> que se ocupam de estudar o conceito de currículo oculto e das possíveis críticas existentes em torno desse conceito, no livro *Documentos de Identidade: uma introdução às teorias do currículo*, Tomaz Tadeu da Silva (1999) argumenta em favor da ideia de que o estudo do currículo oculto continua sendo relevante para se entender os mecanismos implícitos presentes nos currículos oficiais, formais, especialmente quando se trata de entender e descrever os processos sociais presentes na constituição da subjetividade dos sujeitos e nas aprendizagens que se dão pela via da interiorização de atitudes, valores e normas de comportamento próprios de determinadas esferas sociais, como é o caso, por exemplo, das aprendizagens relativas ao gênero e à raça<sup>122</sup>. Na concepção de Silva (1999, p.78):

O currículo oculto é constituído por todos aqueles aspectos do ambiente escolar que, sem fazer parte do currículo oficial, explícito, contribuem, de forma implícita, para aprendizagens sociais relevantes. Precisamos especificar melhor, pois, quais são esses aspectos e quais são essas aprendizagens. Em outras palavras, precisamos saber “o que” se aprende no currículo oculto e através de quais “meios”.

O conceito de currículo oculto tem sido trabalhado em diferentes pesquisas contemporâneas ligadas ao campo da Sociologia da Educação Médica e apresenta como principal fundamentação teórica a perspectiva de que os ensinamentos transmitidos pelas instituições de formação médica vão muito além das diretrizes curriculares oficiais tornadas públicas pelas escolas de Medicina (HAFFERTY e CASTELLANI, 2009; REGO, 2003).

Nessa linha teórica, embora o currículo formal tenha um importante papel no processo educativo não é o único nem o mais importante. No estudo do currículo das instituições de formação médica é preciso se olhar também para os processos de

<sup>121</sup> Para um estudo mais aprofundado sobre as diferentes abordagens teóricas (perspectivas críticas, funcionalistas e pós-estruturalistas) que se dedicam ao estudo do currículo oculto consultar Silva (1999, p. 77-81).

<sup>122</sup> Essa mesma linha de interpretação também aparece em pesquisas sobre currículo e educação médica, como expresso no pensamento a seguir: “As aprendizagens que se constituem pela via do currículo oculto tendem a lidar com atitudes, valores, crenças e comportamentos” (HAFFERTY e CASTELLANI, 2009, p. 16).

aprendizagem que se encontram por trás dos mecanismos tidos como oficiais. A educação médica, segundo essa concepção, não é algo que se dá exclusivamente nos espaços formais das escolas médicas. Trata-se de um sistema interdependente formado por uma dinâmica teia de aprendizagens que ocorrem em diferentes espaços e em diferentes instituições e também, pela intersecção de vários tipos de currículo (HAFFERTY e CASTELLANI, 2009; REGO, 2003).

Segundo Hafferty e Castellani (2009), tem havido uma tendência no campo da Sociologia da Educação Médica à valorização da percepção de que o processo de aprendizagem médica precisa ser entendido como multidimensional e de que os diferentes tipos de currículo operam simultaneamente nos mesmos espaços de formação. O sistema de educação médica opera dentro de um ciclo de realimentação que envolve, ao mesmo tempo, espaços formais e informais de aprendizagem. “É um erro vincular as ações a este ou aquele tipo de currículo. Os dois acontecem ao mesmo tempo e estão onipresentes em todas as práticas” (HAFFERTY e CASTELLANI, 2009, p.24 – tradução minha).

Nesse sentido, o currículo oculto não deve ser entendido como uma variável dicotômica entre os espaços de aprendizagem formais e informais. A proposta que desenvolvo aqui é olhar para a formação como um todo, o que exige englobar desde as aprendizagens que acontecem na sala de aula e nos laboratórios, até as aprendizagens que acontecem nos ambulatórios, nas clínicas, e nos hospitais e, ainda, as aprendizagens que acontecem nos corredores e em outros espaços tradicionalmente não considerados como espaços de aprendizagem.

Corroborando o pensamento de Akerman (2015), defendo a tese de que os trotes e outras práticas que acontecem nas festas, nas atividades sociais e nas atividades esportivas dos espaços informais do cotidiano acadêmico das faculdades de Medicina (em geral, promovidas pelas Atléticas), compõem um currículo oculto que interage, de forma simultânea, com o currículo formal presente nas práticas pedagógicas das instituições de formação médica oficiais.

### **5.1 O lugar das Atléticas: interiorizando diferenças e hierarquias**

Conhecidas na comunidade universitária como Atléticas, as Associações Atléticas e Acadêmicas (AAAs) se configuram juridicamente como associações universitárias de caráter desportivo e se encontram presentes na maior parte das faculdades de Medicina do país. Apresentam-se como instituições organizadas que reúnem estudantes com o objetivo de promover eventos esportivos ou de caráter social envolvendo a comunidade discente das

instituições de ensino superior. Nas grandes universidades, é comum que cada curso tenha sua própria Associação Atlética<sup>123</sup>.

As Associações Atléticas não são exclusividade dos cursos de Medicina. Ao contrário, existem Associações Atléticas que reúnem os discentes de diferentes cursos universitários. No entanto, por estarem tradicionalmente e hierarquicamente ligadas a grupos econômicos de poder e prestígio, as Associações Atléticas dos cursos de Medicina, Direito e Engenharia (principalmente aquelas ligadas às universidades de maior prestígio) tornam-se bastante importantes no cotidiano dos cursos de graduação dessas instituições. Como pretendo mostrar a seguir, elas tendem a reproduzir, em sua estrutura e modo de funcionamento, a lógica de hierarquia e poder presente no campo profissional a que estão vinculadas. As Atléticas dos cursos de Medicina são aquelas nas quais essa lógica de hierarquia e poder se manifesta de forma mais acentuada (SÃO PAULO, 2015, p. 399; ALMEIDA JÚNIOR, 2015).

### 5.1.1 Treinos e competições esportivas

Os jogos e competições organizados pelas Ligas Esportivas das Atléticas de Medicina<sup>124</sup> são levados muito a sério pelos estudantes. Além de ensaiar a bateria que acompanha a torcida da faculdade, a Atlética também se ocupa de formar equipes e treiná-las para competir em várias modalidades<sup>125</sup> (inclusive na competição de bateria<sup>126</sup>) nas diferentes competições esportivas que acontecem ao longo do ano acadêmico com a participação de Atléticas de várias faculdades. As principais competições são aquelas conhecidas como Intermed<sup>127</sup> e Calomed<sup>128</sup>.

---

<sup>123</sup> A legislação sobre o desporto universitário e a organização jurídica das Atléticas pode ser acessada no seguinte endereço eletrônico: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=194722>

<sup>124</sup> Como por exemplo, a Liga Esportiva das Atléticas de Medicina do Estado de São Paulo (LEAMESP).

<sup>125</sup> As modalidades esportivas sofrem pequena variação entre as Intermeds regionais, mas são, em geral: atletismo, basquete, futebol de salão, handebol, vôlei, beisebol, futebol de campo, natação, tênis de campo, tênis de mesa e xadrez (organizadas em equipes masculinas e femininas).

<sup>126</sup> Na *Internet* é possível visualizar vários vídeos com apresentações dessas baterias, como por exemplo, a bateria da Universidade Federal de Alfenas durante a apresentação na competição de baterias da Intermed Mineira 2014. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=PrLSqXZGibY>. Acesso em: julho de 2016.

<sup>127</sup> Segundo explicação veiculada no *site* da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), a Intermed é uma competição esportiva da qual participam várias faculdades de Medicina de um estado ou região, como por exemplo, a Intermed Centro-Oeste, a Intermed Sul, a Intermed Minas, a Intermed Norte, dentre outras. No estado de São Paulo, por exemplo, essa competição acontece desde o ano de 1966, dura entre 8 e 9 dias e, em 2015, teve a participação de mais de quatro mil estudantes de medicina. Visualizar página em: <http://www.medmarilia.com/#!competicoes/c22ij>. Acesso em abr. 2016.

<sup>128</sup> Segundo explicação veiculada também no *site* da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), a Calomed é uma competição organizada pelos estudantes veteranos com o objetivo de integrar os calouros das faculdades de Medicina de uma determinada região ou estado. Nessa competição os estudantes calouros irão competir em várias modalidades esportivas sob a torcida de seus colegas veteranos.

No estado de São Paulo, devido ao grande número de faculdades de Medicina que se interessam em participar da Intermed, há ainda a Pré-Intermed, uma competição nos mesmos moldes da Intermed, mas que atua como uma segunda divisão. Essa competição serve para selecionar as melhores, dentre as muitas Atléticas que participam das competições, o que faz aumentar ainda mais a rivalidade entre as torcidas das faculdades. Essa rivalidade é tão intensa que costuma ser comparada à rivalidade existente entre as torcidas organizadas dos clubes de futebol profissional<sup>129</sup>. A seguir, três estudantes de medicina descrevem esse clima de rivalidade entre as Atléticas que se manifesta nas Intermed, principal competição que envolve estudantes de medicina do estado de São Paulo:

E até, tem um negócio muito forte, que é a Atlética na faculdade. Essas Atléticas têm em todas as faculdades de Medicina do estado de São Paulo. Elas são bem fortes. Em São Paulo é o foco, é muito forte isso. Tipo: “A minha escola é melhor que a sua... Porque eu sou MED UNESP, você é MED Taubaté” (fragmento de realizada pela autora com Tamara, aluna do 2º ano de Medicina de uma universidade pública localizada no estado de São Paulo).

≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ :

Eu lembro que tinha até planejado passar todos os dias da Intermed lá, só que chegou num dia, a gente estava num jogo, se não me engano, de handebol, e era contra a PUC de Campinas, e eu já assustei na entrada, porque geralmente nos jogos a gente ia todo mundo junto, cada um ia com a sua torcida, mas era bem tranquilo. E nesse da PUC não, tinha organização de ônibus, um chegava primeiro, descia todo mundo, ficava na torcida, outro chegava depois. Porque existia todo um esquema de segurança para as pessoas não se agredirem, não rolar agressão física. [...] porque o risco era concreto de agressão física, das pessoas começarem a se espancar. E lembro que as pessoas se agrediam verbalmente, as torcidas o tempo todo, e de repente vem um tijolo da torcida adversária, da PUC. Eu lembro que um grande amigo meu estava na frente do tijolo, conseguiu desviar, e esse tijolo pega numa veterana do segundo ano, porque eu era do primeiro, e esse tijolo pega no rosto dessa veterana e eu fiquei absolutamente assustada com aquilo. Foi uma Intermed muito assustadora para mim. Daquele dia eu resolvi ir embora e lembro de chegar em casa com a sensação de que tinha perdido o bom senso. A sensação foi essa. Eu chorei muito (SÃO PAULO, 2015, p. 1108 - fragmento de depoimento prestado por uma estudante de medicina da UNICAMP à Comissão Parlamentar de Inquérito realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo).

≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ :

Todas as faculdades de medicina do estado de São Paulo se reúnem em uma cidade para realizar uma competição esportiva universitária. Só que as pessoas vão com o espírito espartano em defesa do nome da própria instituição. Então, costuma ter uma rivalidade muito forte e que beira à briga de torcidas organizadas como dos times de futebol que a gente vê por aí. As pessoas bebem muito, tem um clima de violência. Então, é normal as pessoas falarem para tomar cuidado para não passar perto da torcida de outra faculdade porque pode ser agredido e tem vários casos históricos

<sup>129</sup> Como é o caso da rivalidade entre a Atlética da UNICAMP e a Atlética da PUC-CAMPINAS (SÃO PAULO, 2015, p. 1108, 1109).

emblemáticos de agressões [...]. Tem o [...], que é segurança da Atlética da Faculdade de Medicina da USP, uma pessoa bastante violenta. Já vi ele agredindo estudantes de outras faculdades, seja da USP, seja da Faculdade de Medicina, com o taco de beisebol (SÃO PAULO, 2015, p. 190 - fragmento de depoimento prestado por um estudante de Medicina da USP-Pinheiros à Comissão Parlamentar de Inquérito realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo).

Mas a violência não se limita à torcida adversária. Referindo-se ao nível da violência praticada nas competições esportivas (como a Intermed e a Calomed), tanto externamente, aos estudantes de outras universidades, quanto internamente, aos diferentes grupos em situação de vulnerabilidade dentro da própria universidade (como os calouros, as mulheres e os homossexuais), um estudante de medicina da PUC Sorocaba chega a afirmar que: “(...) realmente, vamos dizer, eu nem chamo de competição esportiva, porque não é uma competição esportiva” (SÃO PAULO, 2015, p. 257). Assim como expresso por esse estudante, estudantes de outras universidades também denunciam que alguns dos trotes mais violentos aplicados aos calouros pelos estudantes veteranos acontecem nessas competições. Trago como exemplo o relato a seguir, feito por um estudante de medicina da USP- Pinheiros:

Eu estava um dia à noite no alojamento. [...] estava tendo uma espécie de festa lá dentro do alojamento, no espaço comum. Quase ninguém estava nos quartos e pelos boatos que o pessoal estava espalhando é que seria talvez o dia do pascu<sup>130</sup> oficial, que seria dado em todo mundo, e que os mais velhos gostariam de dar. Fui voltar para o meu alojamento pegar a minha escova de dentes. Quando entrei lá [...] estava um colega meu deitado de bunda para cima, de bruços, e um conjunto de vários meninos da Atlética bem altos, em geral, fortes - conhecidos meus, inclusive -, com a pasta de dentes na mão e declamando algumas coisas do tipo: “Ah, é isso aí. Você mereceu. Agora você vai aprender” e o menino sem falar nada estava bem constrangido. Eu não vi a cena em si do “pascu”, mas presenciei esse final mesmo (SÃO PAULO, 2015, p. 29).

Uma das estudantes de medicina que entrevistei relatou como ela presenciou e vivenciou os abusos sexuais sofridos por ela e suas colegas calouras dentro do ônibus que as levava para a competição chamada de Calomed. Segundo a aluna, os veteranos do 6º ano acompanham as calouras dentro do ônibus e são “autorizados” (por seu *status* na hierarquia de poder) sob a conivência das estudantes veteranas, a aplicarem trotes “especiais” nas calouras.

Agora, na Pré-Intermed, no ônibus, sete calouras foram obrigadas a beijar um menino do 6º ano e daí uma saiu chorando. Lógico, né. E quem obrigou foram as meninas do 6º ano. Aquelas que ficam falando: “Ah, sua biscate, sua vagabunda, veio de shortinho, tá querendo dar”? E daí, assim, as meninas do 6º ano fizeram essas meninas beijarem (fragmento de realizada pela autora com Tamara, aluna do 2º ano de Medicina de uma universidade pública localizada no estado de São Paulo).

<sup>130</sup> Prática que acontece quando pasta de dentes é introduzida no ânus.

Durante todo o ano os estudantes que competem nas modalidades tentam conciliar os estudos com uma rígida rotina de treinos. Grande parte dos estudantes tem alguma participação nas competições, seja atuando na diretoria da Atlética, competindo em alguma modalidade ou fazendo parte da torcida organizada.

### 5.1.2 Como funcionam as hierarquias

No caso dos estudantes que participam ativamente da diretoria da Atlética ou da diretoria de modalidade, o tipo de participação permitido a cada grupo (ou aluno, individualmente) se encontra diretamente relacionado ao patamar que esse grupo/aluno ocupa na estrutura hierárquica da faculdade e ao grau de envolvimento social que estabeleceu com o grupo que se encontra no topo dessa hierarquia. Além disso, como observado por Paula no depoimento que citei anteriormente, a possibilidade de se ocupar um cargo de liderança em cada nível da hierarquia da Atlética não é uma opção pessoal de quem, possivelmente, queira ocupar tal cargo, mas depende de um convite feito pelos membros de instâncias superiores. Tamara e Stela nos ajudam a entender como as hierarquias da faculdade e da Atlética estão interligadas e como se organizam:

E tem uma hierarquia muito forte dentro da faculdade. Então é assim, o segundo ano manda no primeiro ano, o terceiro ano manda no segundo ano, o quarto ano manda no terceiro ano, o quinto ano manda no quarto ano e o sexto manda em todo mundo da graduação. Mas o R1 manda no sexto ano, o R2 manda no R1, o R3 manda no R2. E o professor manda em todo mundo. Então, assim, é uma hierarquia que vem desde lá de cima. É uma coisa muito complicada.

[...]

E a Atlética é assim, tem o segundo ano, que é quando você entra pra Atlética e você é diretor de modalidade. Então você é a pessoa que fica... é responsável pelo tênis e outro é responsável pela natação, e tem modalidade masculina e feminina. Tem a diretoria, que é do terceiro ano. Quem já foi DM [Diretoria de Modalidade] passa a ser diretoria. Que é quem manda em quem está sendo DM. Assim, tem a diretoria de Marketing, que vai mandar nas pessoas que vão ser os DM do Marketing. [...] Diretor de modalidade é a pessoa que fica responsável pelo esporte. Do segundo ano. Do terceiro ano é a diretoria da Atlética. Que é quem decide as coisas. Só que na verdade a diretoria da Atlética não decide nada. Porque tem o Conselho, que é formado por alunos do quarto, quinto e sexto ano. Então eles têm que obedecer ao Conselho. Então quem decide as coisas é o Conselho, que é composto de presidentes e vice-presidentes da Atlética (fragmento de realizada pela autora com Tamara, aluna do 2º ano de Medicina de uma universidade pública localizada no estado de São Paulo).

Mas é bem organizada [falando da Atlética]. Principalmente por ser um reflexo do que é a organização na faculdade. Essa história da hierarquia é tudo<sup>131</sup>. Eles seguem

<sup>131</sup> Essa colocação de Stela, quando fala que a organização da Atlética é um reflexo da organização da faculdade, me fez lembrar das anotações que fiz em meu caderno de campo após observar o cotidiano do processo de

direitinho. Então não é difícil de organizar. É só manter o que já tem e seguir direitinho (fragmento da entrevista realizada pela autora com Stela, aluna do 3º ano de Medicina de uma universidade pública localizada no estado de São Paulo).

Na escala mais baixa da hierarquia das Atléticas estão os calouros do primeiro ano da faculdade que logo na primeira semana de aula são fortemente “incentivados” a se envolverem em alguma das diferentes modalidades esportivas para representarem a faculdade na Calomed e na Intermed. Inclusive, faz parte do “incentivo” à participação aquele mesmo discurso, também usado para incentivar o calouro a participar das festas e dos trotes, cuja argumentação gira em torno dos benefícios sociais que o estudante poderá ter na vida acadêmica e profissional (SÃO PAULO, 2015) ou até mesmo por uma imposição subjetiva que age como um “ato de magia social”, nos termos de Bourdieu (1982), já que um convite dessa natureza é entendido como “um direito de estar que é uma obrigação de ser” (BOURDIEU, 1982, p. 120).

Dentre as cirurgiãs que entrevistei não ouvi comentários desfavoráveis quanto à forma como esse convite é feito. No entanto, entre os estudantes de medicina que prestaram seus depoimentos à CPI das Universidades, vários deles relataram que o convite é feito em tom de imposição. Eis alguns relatos:

[...] lembro que a Atlética passava todos os dias na nossa sala, mandava treinar, a gente chegou a fazer um treino compulsório de atletismo, obrigatório, e falavam muito da Intermed, da Intermed com o calouro, como funcionava, e que a gente

---

formação no Centro Cirúrgico de um grande hospital universitário. Na época, a forma como as posições e os procedimentos são hierarquicamente distribuídos já me chamava a atenção. No momento principal da cirurgia o docente normalmente está na sala de cirurgia e quem faz o procedimento principal junto com ele é sempre o residente mais graduado na hierarquia (geralmente o R4, um residente do último ano). Mas quando o procedimento principal termina o professor sai de campo (ou seja, sai de perto do paciente e até mesmo da sala) e quem assume o restante do procedimento é esse R4. Nesse momento, o R4 se torna “professor” dos residentes menos graduados na hierarquia. São eles que ensinam os procedimentos cirúrgicos mais simples aos mais novos, como por exemplo, quando um R4 ensina um R2 ou um R1 a abrir ou fechar uma incisão cirúrgica. O R1 ou o R2, por sua vez, que também já são médicos formados, se tornam também “professores” de seus colegas que ainda estão no internato (no 5º ou no 6º ano da faculdade). E assim, a hierarquia se organiza sucessivamente. Certa ocasião presenciei um mesmo residente (R2) em dois momentos distintos. Um momento em que, na sala de cirurgia ele era um dos menos graduados presentes e, um outro momento, em que ele passava dicas e instruções para os residentes que assistiam a uma reunião em seu primeiro dia de residência. Na sala de cirurgia ele assumiu uma postura de submissão e humildade junto aos residentes mais graduados e ao professor. Cometeu erros, levou bronca da R4, passou calado por uma série de constrangimentos e “piadas”. Em minhas anotações eu escrevi sobre ele: ‘parece um peixe fora d’água’ ou ainda ‘o R2 parece constrangido e desajeitado’. Já, com relação à minha pessoa (uma pesquisadora do campo da Educação) não pude deixar de sentir um olhar hostil de superioridade por parte desse mesmo R2. Em minhas anotações do caderno de campo escrevi: ‘Percebo um olhar hostil’[...] Interessante como diante da R4 ele assume uma postura submissa, mas diante da minha presença assume um ar de superioridade, como a perguntar ‘o que essa mulher está fazendo aqui?’. Também pude observar esse mesmo residente R2 de uma outra perspectiva, quando, por ocasião da reunião de recepção de ingresso dos residentes em cirurgia, ele foi o residente designado para apresentar o serviço aos R1 ingressantes, ocasião em que assumiu uma postura de autoridade e autoconfiança. Era a sua vez de ser a autoridade constituída na hierarquia de poder que regia a organização social de sua faculdade de Medicina.

tinha de ir, que não podia perder, que era uma coisa muito importante na faculdade (SÃO PAULO, 2015, p. 1106 - fragmento de depoimento prestado por uma estudante de Medicina da Unicamp à Comissão Parlamentar de Inquérito realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo).

≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ :

[...] eu fui convidado ou intimado a ir para [...] o ensaio da bateria... Do mesmo jeito que eles pedem para o pessoal que já está alinhado com a Atlética na sala convencer a sala a dar o dinheiro, eles também usam dessas pessoas para fazer militância dentro da sala. [...] Eles terceirizam também a função de chamar a pessoa, então, no caso, em vez de o [...] <sup>132</sup> chegar na sala e chamar o pessoal para ir no ensaio da bateria, eles ficam enchendo o saco dos calouros que já estão participando dos esportes para chamar o resto dos calouros. Inclusive, eles ameaçam a gente. [...] eles terminam com uma ameaça, um convite-ameaça...

[...]

E eu lembro que a pior parte não foi nem o trote, porque foi horrível o trote, mas a pior parte foi o sentimento de não poder fazer nada. Eu passei os meus primeiros três meses na faculdade achando que eu estava fadado a sofrer pelos próximos seis anos, porque a partir disso eu comecei a frequentar os treinos de xadrez, coisa que eu prezava muito. Eu gostava dos times de xadrez, mas ainda assim eu era forçado a treinar, porque, se você não treina nada, você se ferra mais (SÃO PAULO, 2015, p. 1785, 1786, 1788 - fragmentos de depoimento prestado por um estudante de Medicina da PUC Campinas à Comissão Parlamentar de Inquérito realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo).

No primeiro ano, nenhum calouro pode participar da diretoria da Atlética. Acima deles estão os estudantes do segundo ano, dentre os quais, alguns são escolhidos para serem os diretores de modalidades (e isso é um sinal de *status* perante o grupo). Como veremos mais adiante, fazer parte do círculo de influência da Atlética pode render benefícios acadêmicos e até profissionais no futuro (SÃO PAULO, 2015, p. 33,126, 401). Os estudantes do terceiro ano que já foram diretores de modalidade passam a fazer parte da diretoria. No topo da hierarquia das Atléticas encontra-se o Conselho, que é formado por estudantes do quarto, quinto e sexto ano que são ex-presidentes e vice-presidentes da Atlética. Na verdade, como bem explica um estudante de Medicina da USP Pinheiros, “(...) a diretoria oficial da Atlética ela não é a instância mais alta de deliberação lá. Então tem os conselhos de cada... Sei lá. Enfim, quem manda são as pessoas mais velhas. Não há diretoria de fato” (SÃO PAULO, 2015, p. 29 - fragmento de depoimento prestado por um estudante de medicina da USP-Pinheiros à Comissão Parlamentar de Inquérito realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo).

Acima desse Conselho existe ainda uma poderosa rede de influência formada por ex-alunos (conhecidos nas comunidades universitárias por denominações como “sapos”,

<sup>132</sup> Apelido de um estudante veterano.

“veios” ou “dinossauros”) que são considerados parte da “família” e continuam participando (de forma direta ou indireta) dessa rede de interdependência.

### 5.1.3 “Sapos”, “veios” e “dinossauros”: os membros mais velhos da “família”

Essa ideia de “família” e de irmandade é muito forte na hierarquia de poder presente na cultura das faculdades de Medicina. Pude observar um exemplo desse vínculo na página da Associação dos Ex-Alunos de medicina da PUC Campinas na *Internet* (hoje extinta). No referido *site* havia uma lista com os nomes dos ex-alunos (alguns dos quais, se tornaram professores da própria faculdade onde estudaram), as especializações que fizeram, onde atuavam profissionalmente e, em muitos casos, os apelidos que tinham quando faziam faculdade, em quais modalidades esportivas participavam nos jogos universitários e que cargos ocuparam na diretoria da Associação Atlética. A lista composta por centenas de nomes de médicos e médicas que ocupavam posições de destaque no mundo do trabalho recebia o título de “Nossa família”<sup>133</sup>. Dessa lista faziam parte donos de hospitais, diretores de corporações médicas, docentes de faculdades de Medicina, médicos que ocupavam cargos políticos e administrativos e muitos outros que não ocupavam funções de liderança, mas se encontravam muito bem colocados no mundo do trabalho. Como se vê, estamos falando de pessoas bem-sucedidas profissionalmente.

Possivelmente, para muitos dos ex-alunos que fazem parte dessa e de outras comunidades de ex-alunos de faculdades de Medicina, os relatos contidos nesta tese causem surpresa e até repulsa. No entanto, um olhar mais atento sobre a trajetória universitária de alguns dos membros desse tipo de fraternidade poderá também revelar que, no passado, enquanto estudantes de medicina, alguns desses profissionais tenham, possivelmente, participado ativamente de práticas de trote muito semelhantes às que hoje têm sido denunciadas na CPI Universidades como violação dos Direitos Humanos. Ou, ainda pior, um olhar sobre o passado recente desses profissionais poderá revelar que alguns deles, especialmente aqueles com passado ligado à diretoria das Atléticas, mesmo já tendo se formado na faculdade, continuam desempenhando ativa participação na hierarquia da estrutura de poder dessas instituições, como parece ser o caso relatado por um estudante de uma prestigiosa universidade paulista que, por medo de represálias, solicitou à CPI Universidades que sua identidade não fosse revelada:

---

<sup>133</sup> Na ocasião da pesquisa fiz uma cópia da tela da página <http://exalunosmedpuccamp.com.br/familia.php> e essa imagem pode ser visualizada no Anexo E (p.387).

O fundador da Atlética é da 6ª turma de Medicina... [...] Ele vai em todas as Intermeds e na Intermed, no ônibus... [...] sempre eles colocam um banner gigante com uma caricatura dele. Daí ele senta perto, alguém segura um guarda-sol pra ele e o pessoal vem beijar a mão dele. [...] Os bixos têm que fazer fila. [...] é casado com uma professora. [...] A gente não sabe quais são todas as relações que chegam a eles, mas a gente acredita que eles estejam no topo dessa hierarquia, até porque todo mundo adora... Todo mundo da família tem que adorar ... (SÃO PAULO, 2015, p. 37 - fragmento de depoimento prestado por um estudante de Medicina à Comissão Parlamentar de Inquérito realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo).

Além desse, outros relatos feitos por docentes e discentes de várias faculdades de Medicina do Estado de São Paulo denunciam que muitos dos profissionais recém-formados, isto é, ingressantes na carreira médica, participaram de alguma forma de trotes violentos ao longo de sua trajetória universitária e continuam a participar dessas práticas mesmo depois de formados. Seguindo o código disciplinar baseado numa hierarquia de poder, os “sapos” são os que aplicam alguns dos trotes mais violentos e têm certos “privilégios” quando o assunto envolve prostitutas ou “pegar” as meninas (SÃO PAULO, 2015). Como pode ser observado a seguir, existem denúncias e evidências da participação de ex-alunos (e até mesmo de professores) nos grupos responsáveis pelos trotes.

Um desses relatos é feito por um estudante de medicina da FAMERP e refere-se a situações vividas em uma das festas de recepção aos calouros que aconteceu em uma chácara. Segundo ele, em um momento da festa, todos os homens foram obrigados a ficar pelados e passar pelo ritual que é descrito a seguir.

O ritual era assim: toda a minha turma de joelhos, em fila, como se fosse um ritual nazista mesmo. Você ajoelhado, de cabeça baixa, e as turmas entrando e batendo, cada um com duas garrafas de cerveja tacando na cabeça de todo mundo, um ritual. Até chegar o último ano, que era o pior. O segundo ano nem participava, a função desse grupo era auxiliar quem passasse mal. O terceiro, o quarto, o quinto e principalmente o sexto ano participavam, além dos residentes. O pior é que havia médicos formados lá no meio, que batiam na gente, nos ameaçavam de morte, uma situação que você não consegue entender. Professor também estava no meio disso, havia professor da faculdade lá na festa (SÃO PAULO, 2015, p. 31 - fragmento de depoimento prestado por um estudante de Medicina da FAMERP à Comissão Parlamentar de Inquérito realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo).

Outro relato é feito por um estudante da Faculdade de Medicina da USP Pinheiros.

Existe um código disciplinar, que é baseado numa hierarquia dos diretores e dos veteranos - em geral os sextos anos -, que têm o poder de te dar trote a qualquer momento, a qualquer momento que você chegar. [...] Muitas vezes, vêm sapos, que são médicos formados [...]. E o cara tem autoridade sobre você. Se ele mandar você ficar pelado, você tem que ficar pelado. E é assim que funciona. Qualquer um que é mais novo tem que ficar pelado. Muitas vezes isso aconteceu. Isso acontece a título de brincadeira. As pessoas não fazem simplesmente com uma vontade sadista de ver

sofrimento do outro. Mas é essa brincadeira nessa lógica de veteranismo que possibilita alguns trotes muito problemáticos (SÃO PAULO, 2015, p. 25 - fragmento de depoimento prestado por um estudante de Medicina da USP-Pinheiros à Comissão Parlamentar de Inquérito realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo).

São vários os relatos da atuação dos “sapos” no comando do trote. Vou citar mais um, narrado por um estudante de medicina da PUC Sorocaba quando indagado sobre a participação de ex-alunos nas festas e competições esportivas:

Sim, sim, participam. Sim. Isso talvez seja o que mais impressiona a gente. Mas nas competições esportivas... na verdade eles aplicam o trote de uma forma mais escondida ainda. Existe muita gente protegendo e escondendo eles. Isso é outra coisa importante. Acho que foi o professor Antônio [fazendo menção ao professor Antônio Ribeiro de Almeida Júnior] mesmo quem me disse: o apelido é muito importante para o médico, para a manutenção desse poder, porque quem faz esses abusos é o [...], não é o nome do médico tal. Quem faz aquilo é tal apelido, não é o nome do médico tal. Então, a facilidade para você cometer esses abusos dentro da universidade é muito maior se você não está com seu nome, se você está com seu apelido. Justamente, por exemplo, eu não sei o nome do menino. Então, assim, talvez, um dia, se ele atendesse a minha filha com o nome real, eu não saberia que era ele. Então os apelidos também participam dessa forma de poder e os médicos, dentro das competições esportivas, aplicam os trotes eles mesmos, mijam no rosto de aluno, dão vômito para eles beberem. O que mais fazem mesmo é xingamentos morais: “São uns merdas, não vão ser nada na vida”. Isso para mais grave, isso acontece muito. Além disso, nas redes sociais, é um apoio completamente, vamos dizer, implícito, porque várias manifestações nas redes sociais de trotistas em que os mais velhos estão presentes e acabam sendo omissos, não falam nada, ou até acabam apoiando a manifestação violenta desses estudantes. Então, eles participam sim... Isso, com certeza (SÃO PAULO, 2015, p. 34 - fragmento de depoimento prestado por um estudante de Medicina da PUC-Sorocaba à Comissão Parlamentar de Inquérito realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo).

Na manutenção do poder de cada uma das diferentes instâncias de comando que formam a hierarquia da lógica a que o estudante se refere como “veteranismo”, o código disciplinar e o código de silêncio agem como uma via de mão dupla. Como pudemos ver na declaração acima, os “sapos” são protegidos e escondidos pelos diretores e veteranos e, como veremos a seguir, em caso de necessidade, a diretoria que se encontra na linha de frente tem também, por sua vez o apoio irrestrito dos “sapos” e até dos “dinossauros” (médicos formados há mais tempo, alguns até fazendo parte do corpo docente e da diretoria das faculdades), um poderoso grupo de contato formado por ex-membros das antigas diretorias das instituições por meio das quais se pratica o trote.

A título de exemplo de como essa cumplicidade acontece, trago a seguir relatos de estudantes e de docentes sobre a experiência vivenciada por eles no Show Medicina, uma instituição presente na faculdade de Medicina da USP há mais de 70 anos que, assim como as Atléticas, também precisa ser encarada como uma instituição de formação médica. As duas

instituições estão interligadas, já que a diretoria do Show tem relação direta com a diretoria da Atlética e as pessoas que aplicam os trotes são as mesmas nos dois casos. Voltarei a tratar do Show Medicina em diversos momentos nesta parte da tese. Mas é importante já destacar, neste momento, que embora o Show seja apresentado ao público como um grupo teatral e como uma fraternidade responsável por proporcionar aos estudantes de medicina da USP momentos de diversão e lazer, os depoimentos de ex-participantes discentes e docentes indicam que múltiplas práticas de trote têm lugar sob os seus auspícios. Essa instituição é considerada, pelos que a denunciaram, como um arquétipo da cultura prevalente no espaço da medicina que atribui um lugar dominado às mulheres (SÃO PAULO, 2015, p. 199).

Ao serem admitidos na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, conhecida entre os estudantes como “Porcada” ou USP Pinheiros, os homens da nova turma são convidados a participarem de um tipo de “vestibular” para fazerem parte do Show Medicina. “Não é qualquer um que entra. É uma elite. Eles divulgam assim: ‘Venha fazer parte da elite desta Faculdade’. É um vestibular para homens” (SÃO PAULO, 2015, p. 24).

Três estudantes que prestaram depoimento à CPI Universidades participaram desse processo de seleção entre os anos de 2012 e 2013 e descreveram alguns dos trotes a que foram submetidos e as circunstâncias constrangedoras a que foram expostos para serem aceitos no Show Medicina<sup>134</sup>. Um deles deu o seguinte depoimento:

Acho que muita gente não entende o que é o Show. As pessoas estão ouvindo aqui alguns relatos de que é um grupo teatral, uma fraternidade, mas muita gente não entende o contexto geral e o que torna possível esses quadros que estamos citando. [...] Quando você entra na Faculdade de Medicina tem uma instituição chamada Show Medicina, que é uma fraternidade. Você não sabe muito sobre ela, porque é um segredo. É um segredo que todo mundo sabe, mas é um mistério. [...] No caso do Show, a gente sabe que é um mês de ensaio para uma apresentação anual e ninguém sabe o que acontece nesse um mês. As pessoas só veem a apresentação no final. E durante esse mês, 45 dias, na verdade, a Faculdade de Medicina cede anfiteatros e o grande teatrão da Faculdade para as pessoas ensaiarem e usarem o espaço para confraternizar etc. [...] os ensaios geralmente vão até tarde e as pessoas têm que ficar acordadas. Se elas dormem... Eu, como calouro, que tinha que chegar às 20 horas e ficar até às quatro da manhã limpando, se eu dormisse, qualquer veterano poderia me mariolar, que é como eles chamavam. Se eu dormisse durante os ensaios, alguém poderia passar o pênis na minha cara. As pessoas geralmente estão cansadas, porque isso é em mês de aula normal. [...] Então você tem a vida normal. E às vezes as pessoas cochilam, porque elas estão muito cansadas, e alguém pode passar o pênis na cara delas. Basicamente é isso. Essa vai sendo a vida do calouro sempre dentro de um código de hierarquia, de veteranismo, uma lógica de comando dos diretores e dos veteranos. [...] Mas, assim, resumindo: os trotes acontecem em rituais específicos. Por exemplo, no dia do vestibular, que é o dia que você chega para ser admitido no show. Mas ele pode acontecer a qualquer momento.

<sup>134</sup> Esses depoimentos estão gravados em vídeo e podem ser visualizados no seguinte endereço eletrônico: <https://www.youtube.com/watch?v=8zH7pk6IBhc> (tempo de início de cada depoimento: 04:27:42; 04:37:15; 05:15:37).

Existe um código disciplinar, que é baseado numa hierarquia dos diretores e dos veteranos - em geral os sextos anos -, que têm o poder de te dar trote a qualquer momento, a qualquer momento que você chegar. [...] Eu, por exemplo, passei por todo tipo de trote imaginável no show medicina. Já me mandaram ficar pelado, já jogaram bebida em mim, já me obrigaram a carregar uma fruta com a bunda, já me fizeram subir numa mesa e simular posições sexuais nu com outro colega, por aí, foram bastantes coisas. Já fui obrigado a passar gelo no meu pinto. Tipo, já aconteceram todos os trotes possíveis. Houve um trote mais sério pelo qual eu passei que foi quando eu entrei no coral e para entrar no coral você tinha que passar por isso de beber até o seu limite. Então me colocaram em uma cadeira, pegaram várias garrafas de bebida - uma bebida preparada com destilado bem forte - e eu bebi até não lembrar mais de nada. Parece que depois que eu perdi a capacidade de beber sozinho, orientaram outra pessoa a me ajudar a beber (SÃO PAULO, 2015, p. 24-26).

Em um desses vestibulares, ocorrido em uma madrugada de agosto de 2013 no anfiteatro da faculdade de Medicina, um dos estudantes caiu, bateu a cabeça no chão e sofreu um traumatismo cranioencefálico. O que aconteceu em seguida é um exemplo de como a rede de contatos formada por ex-participantes do Show Medicina pode ser acionada:

Eles me deram um banho e me levaram para a ortopedia para suturarem minha cara. Eles me levaram para a ortopedia do HC que é logo do lado do hospital porque é uma prática do show. Sempre que alguém se machuca ou um calouro está mal, eles ligam para algum médico formado que era do show - um sapo, como eles chamam - e esse médico vai dar um jeito de atender sem fazer alarde do caso. Então eles me levaram para a ortopedia porque tinha um sapo. [...] Daí, basicamente, eu fui para o IC, que é o Instituto Central. Lá, um dos sapos era neurocirurgião, felizmente. Daí ele considerou que se eu caí e bati a cabeça, talvez fosse razoável que eu fizesse uma tomografia. E eu fiz. Acusou um hematoma subaracnóide, que é um pequeno derrame entre as meninges (SÃO PAULO, 2015, p. 161 - fragmento de depoimento prestado por um estudante de Medicina da USP-Pinheiros à Comissão Parlamentar de Inquérito realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo).

#### 5.1.4 Uma hierarquia que tem gerais

No Brasil, as Associações Atléticas vinculadas aos cursos de Medicina são uma tradição e algumas dessas associações chegam a ter mais de 80 anos de história, como é o caso da Associação Atlética Acadêmica Oswaldo Cruz (AAAOC) da FMUSP, fundada em 1928.

Ao observarmos o *site* ou a página do Facebook de algumas das Associações Atléticas mais antigas pode-se perceber um estreito vínculo existente entre os atuais esportistas ou diretores das Atléticas e os ‘sapos’, ‘veios’ ou ‘dinossauros’. Em alguns casos existe até uma associação dos ex-alunos vinculada à Atlética original, como é o caso da Associação dos Antigos Alunos da Faculdade de Medicina da USP (AAAFMUSP)<sup>135</sup>, da Associação de Ex-alunos do Curso de Medicina da FCM-UNICAMP (ALUMNI)<sup>136</sup> e a

<sup>135</sup> Ver cópia da página da Internet no Anexo F (p.388).

<sup>136</sup> Ver cópia da página da Internet no Anexo H (p.390).

Associação dos Ex-alunos Medicina PUCCAMP<sup>137</sup>. Algumas dessas Associações Atléticas mais antigas inclusive se reúnem com as novas gerações em festas e encontros promovidos pela diretoria atual.

Nas publicações realizadas por essas entidades é possível perceber o vínculo histórico, político e financeiro que as liga aos projetos e atividades promovidos pelas Atléticas a que estão ligados. Um exemplo disso pode ser percebido na forma como as Associações dos Antigos Alunos vinculados às faculdades de Medicina organizam campanhas entre os ex-alunos (a maior parte deles, médicos já estabilizados profissionalmente) para angariar fundos<sup>138</sup> para financiar entidades acadêmicas como as Atléticas, o Centro Acadêmico e o Show Medicina.

Na visão de um estudante de medicina da PUC Sorocaba, em depoimento à CPI Universidades, esse financiamento<sup>139</sup> das Atléticas por parte de médicos já formados pode vir a se mostrar muito problemático. O financiamento que, ao menos aparentemente, seria para patrocinar práticas esportivas acaba sendo usado também para financiar festas e eventos onde se praticam os trotes denunciados por eles como episódios de violação dos direitos humanos. A transcrição do depoimento desse estudante é a seguinte:

O que acontece é bem mais complexo. Porque o financiamento é o financiamento, vamos dizer, esportivo. Dentro desse financiamento esportivo que a Atlética se propõe a fazer entram as festas para gerar renda para, vamos dizer, a manutenção dos esportes. Dentro dessas festas acontece todo esse abuso que a gente está colocando aqui. Eu fico me perguntando se os médicos... bom, provavelmente eles saibam. O financiamento é um financiamento, vamos dizer, implicitamente para o esporte, mas usado para as festas. [...] Porque a maior fonte de geração de renda deles são doações de ex-alunos. [...] Então, essas são as fontes de renda a que eu tenho acesso, que eu conheço. São as mais importantes... (SÃO PAULO, 2015, p. 34 - fragmento de depoimento prestado por um estudante de Medicina da PUC-São Paulo, campus Sorocaba, à Comissão Parlamentar de Inquérito realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo).

A subvenção das Atléticas por parte de ex-alunos, como descrito por esse estudante da PUC Sorocaba, também é descrita por estudantes da USP sobre o financiamento do Show Medicina:

Isso tudo é feito dentro da estrutura da faculdade. Isso existe há 70 anos, então é óbvio que as pessoas sabem [...] alguns professores que participaram dessas instituições e que estão lá, hoje são titulares. Enfim, que dão dinheiro. [...] os livros de ouro, que são os livros das pessoas que investem, os médicos formados que dão dinheiro para manter a compra de bebidas e manter a contratação de prostitutas. São

<sup>137</sup> Ver cópia da página da Internet no Anexo E (p.387).

<sup>138</sup> Ver cópia da página da Internet no Anexo F (p.388) e Anexo G (p.389).

<sup>139</sup> Além do financiamento por parte dos ex-alunos algumas Atléticas ainda contam com o patrocínio de empresas de bebida e cursinhos.

peessoas que estão no governo. Assim, em 91, no livro de ouro, tinha a assinatura do secretário de saúde, do governador, entendeu? De pessoas desse porte (SÃO PAULO, 2015, p. 146 - fragmento de depoimento prestado por um estudante de Medicina da USP-Pinheiros à Comissão Parlamentar de Inquérito realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo).

Essas são declarações comprometedoras e apontam para o topo da hierarquia de poder de que fala o pesquisador Almeida Júnior (2015) quando se refere ao fato de que quando vemos um calouro passando por um trote de iniciação ou quando vemos um aluno do segundo ano acatando a ordem de um veterano para impor o trote a esses calouros, estamos, na verdade, “[...] vendo um aspirante a soldado raso em uma hierarquia que tem generais. O comando do trote não está nos alunos mais velhos mas pode estar no professor, no Chefe de Departamento, no Diretor, no Reitor ou no Ministro (ALMEIDA JÚNIOR, 2015, p. 15)”. Para o pesquisador, a hierarquia de poder observada no comando e execução do trote universitário (e das instituições que abrigam e promovem os trotes) é muito mais complexa do que se imagina. Por trás dessas hierarquias existe uma verdadeira estrutura de poder política e mercadológica que pode ultrapassar os muros da universidade e se estender para o mundo do trabalho.

Dentro da universidade, estas forças de mercado encontram muitos discentes, funcionários, docentes e dirigentes para representá-las. E o trote, evidentemente, é muito útil, separando dos demais aqueles que aceitam submeter-se aos valores impostos. Portanto, na aceitação ou rejeição ao trote, manifestam-se intensas disputas políticas, visões de mundo divergentes e concepções de sociedade. Não se trata de brincadeiras entre adolescentes, mas de gravíssimas disputas do mundo adulto das quais os adolescentes são vítimas. A captura dos adolescentes por meio do trote, sua intimidação, assédio, exclusão etc. afetam a capacidade de muitos jovens de escolher seus caminhos de acordo com sua consciência. Por tudo isto, devemos considerar os grupos trotistas como grupos políticos extremamente conservadores e preconceituosos que não têm pudor em recorrer à violência para atingir seus objetivos (SÃO PAULO, 2015, p. 15).

Para concluir esta parte da tese trago as palavras de Leon Garcia, médico do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, que recentemente foi alvo de comentários pejorativos por parte de colegas de profissão em razão dos depoimentos que fez na CPI das Universidades a respeito da estrutura organizacional que envolve a manutenção das tradições das Atlética e do Show Medicina<sup>140</sup>. Quando jovem, ao

---

<sup>140</sup> O depoimento completo de Leon Garcia à CPI das Universidades encontra-se entre das páginas 577 a 593 desse documento.

denunciar os “mocós” os conluios e os pactos de silêncio por trás das tradições do Show Medicina e das práticas da Atlética, Leon Garcia sofreu perseguições, ameaças e foi estigmatizado por seus colegas. Transcrevo a seguir alguns fragmentos de seu depoimento.

Veja, tem determinadas carreiras em que a presença de membros da Atlética e do Show Medicina é mais forte: nas carreiras cirúrgicas, de maneira geral, e na ortopedia, particularmente. Então, de fato, para quem quer fazer carreira em cirurgia e na ortopedia, ao longo da graduação ajuda muito você já participar de determinados grupos de pesquisa, grupos que auxiliam professores cirurgiões. E sempre havia uma conversa, antes desse episódio de denúncia do Show Medicina, de que ser membro do Show Medicina de alguma forma ajudava a entrar em determinados grupos ligados a professores da área de cirurgia e na ortopedia, que são lugares onde você faz relações sociais, onde se faz relações de confiança, e que isso ajuda a entrar nesses grupos. Entrar nesses grupos ajuda a entrar na residência, entrando na residência, sendo parte desses grupos, isso pode redundar num convite para ser o auxiliar de um cirurgião na sua equipe de cirurgiões, na indicação de pacientes. Então, a gente sabe que nas profissões liberais, essa indicação dos pares e a formação desses grupos de afinidade que trabalham juntos é muito importante.

[...]

Quando começaram as denúncias na imprensa recentemente, eu me manifestei com um e-mail que um colega reproduziu no Facebook, e qual não foi a minha surpresa quando eu contei essa história da pressão para que eu não entrasse no exame da residência, e a minha surpresa foi que um comentário que veio de um ex-colega meu, que eu não via, não tinha contato há 20 anos, foi justamente “puxa, mas por que ele vem denunciar agora isso de novo, qual é o interesse”? Ou seja, de novo a mesma lógica que o problema está com quem denuncia. A primeira reação desse colega, que não é uma pessoa violenta, nunca foi violento comigo, foi essa: deve ter algum problema, alguma coisa errada com o sujeito que volta a esse tema recorrentemente de denunciar abusos de direitos humanos e dizer que isso não pode ser visto como ato de uma, duas, três ou quatro pessoas e que a solução, portanto, é punir essas pessoas.

[...]

As pessoas precisam ser punidas, claro, mas fundamental é impedir que se crie uma cultura que torna isso possível. E, nesse sentido, o que me surpreende até hoje e continua me surpreendendo agora em que isso virou, como a gente queria na época, a gente queria que isso virasse um tema da imprensa. Saiu no Jornal da USP, no jornal do campus, mas nunca chegou na grande imprensa na época a nossa denúncia. Hoje que chegou, que sai na televisão, na internet, aqui na CPI, eu continuo ouvindo o que para mim é um silêncio ensurdecedor, que são todos os ex-membros do Show Medicina que hoje têm a minha idade, 43 anos, 50 anos, 60 anos, que são professores da faculdade, assistentes do hospital como eu, professores titulares, escrevem em revistas científicas importantes, escrevem na Folha de São Paulo, nenhum desses ex-membros ilustres do Show Medicina vem a público dizer: olha, eu fui membro dessa organização aqui e descordo radicalmente do que ela vem fazendo, na minha época não era assim, ou era e eu não sabia que era assim, ou era e eu sou contra agora. Não interessa os motivos, mas que essas pessoas venham a público porque eu acho que são essas pessoas, e acho que vocês são atuais membros do Show Medicina, talvez alguns de vocês que estão aí. Acho que são essas as pessoas mais habilitadas a conversar com vocês e dizer: oh, velho, está errado, isso aqui não está certo, nós não aprovamos mais esse tipo de conduta, não é bacana fazer isso, não é mais legal fazer isso. Eu, se fiz isso, acho que estava redondamente equivocado. Não dou mais dinheiro, não assino mais o livro de ouro do Show Medicina para financiar esse tipo de atividade. Isso depende da iniciativa desses professores e dessas pessoas que têm não só acesso à mídia, mas, dentro da faculdade, [ocupam] uma posição de destaque, uma capacidade de serem ouvidos porque são admirados, porque são aqueles que vão depois trazer esses alunos de agora para fazerem parte das suas equipes de cirurgia, dos seus laboratórios de pesquisa, quem sabe para ser o seu assistente no consultório, então, esse é o jeito que

nós vamos virar. Se fosse partir de dentro... mas eu vou perdendo a esperança de que vá partir de dentro... e por isso aposto muito na ação dessa CPI e da imprensa para que, de fato, se crie um clima e que não seja mais tolerado esse tipo de situação (SÃO PAULO, 2015, p. 587-592. Fragmento de depoimento prestado por um docente da Faculdade de Medicina da USP Pinheiros à Comissão Parlamentar de Inquérito realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo).

### PARTE III. “ENSINAR O PEIXE A NADAR”

A frase que utilizo como título para iniciar esta parte da tese é a tradução de uma expressão latina utilizada por Bourdieu (1991, p. 119) para ilustrar qual é o real sentido do rito de instituição (de consagração), imposto aos estudantes que ingressam em escolas superiores de elite. O princípio por trás da expressão “ensinar o peixe a nadar” encontra-se na base do processo de formação social das profissões de elite e envolve todo um conjunto de estratégias sociais empreendidas em função da construção de certos tipos específicos de disposições, sob a forma de *habitus*, que tornarão o novo estudante apto a ser investido como membro do grupo social já consagrado. Daí porque o rito de instituição também é chamado por Bourdieu de ato de consagração e se fundamenta no princípio do imperativo “torne-se quem você é”.

Nesta parte da tese tentarei mostrar, por meio de relatos de observação e de depoimentos feitos em entrevistas, como percebi a articulação entre, de um lado, o currículo oculto que se dá na informalidade dos jogos, das festas e outros eventos esportivos, e do outro lado, simultaneamente, o currículo formal, que ocorre no cotidiano das práticas pedagógicas dos estágios oficiais do período de formação denominado internato e o currículo paralelo<sup>141</sup> que acontece na informalidade dos estágios extracurriculares.

Meu objetivo é contextualizar empiricamente uma das hipóteses que levantei para a construção desta tese que consiste no argumento de que existe uma relação de interdependência entre as ações pedagógicas praticadas nas instituições de formação médica e o direcionamento das aspirações e expectativas das mulheres médicas quanto à escolha da especialidade a ser seguida na profissão; de que a construção das desigualdades e dos estereótipos de gênero presentes na cultura médica possivelmente tenha relação com a construção de uma identidade de gênero e a complexa teia de poder presente na hierarquia das instituições de formação médica. Depois de mostrar como a promessa de acumulação de capital social por meio da participação em festas, jogos, trotes promovidos pelas Atléticas ou em sua órbita leva à cooptação e sujeição dos estudantes, procuro mostrar aqui que essa rede de relações pode interferir nas práticas pedagógicas da formação médica e proporcionar (ou impedir) oportunidades de estágios, privilégios acadêmicos, e ainda, interferir no processo de escolha da especialidade.

---

<sup>141</sup> O termo “currículo paralelo” é utilizado por Rego (2003) e Tavares et al (2007) para se referirem aos currículos informais praticados nos estágios médicos extracurriculares.

## CAPÍTULO 6. ESTÁGIOS EXTRACURRICULARES

### 6.1 Colocando a mão na massa

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina, o currículo formal dos primeiros anos de graduação contempla, obrigatoriamente, disciplinas para o aprofundamento do conhecimento do corpo humano em áreas de estudo como Bioquímica, Fisiologia, Histologia, Embriologia, Genética, Anatomia, dentre outras de conhecimento “[...] das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos [...]” (BRASIL, 2014a, p. 10). Além dessas, o currículo formal também contempla disciplinas que promovem o “[...] conhecimento básico dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença” (BRASIL, 2014a, p. 10). Trata-se de disciplinas com uma abordagem metodológica predominantemente teórica e/ou laboratorial de grande complexidade que, em geral, demandam longas horas de estudo por parte dos estudantes<sup>142</sup>.

Assim como também observado na pesquisa realizada por Becker *et al.* (2005), os estudantes de medicina brasileiros nem sempre têm consciência da utilidade ou mesmo do sentido dessa etapa de formação teórica para sua prática médica. Rego (2003) explica que muitos deles encaram os dois primeiros anos de faculdade como “um saco” e esperam ansiosos pelo terceiro e quarto ano, momento em que poderão, finalmente, ter um contato mais direto com os pacientes, e pelos anos finais do curso, quando farão os estágios na modalidade de ensino conhecida como Internato<sup>143</sup>. Uma residente e uma estudante de medicina que entrevistei descreveram a dinâmica desse processo de formação e as expectativas que tinham sobre as diferentes etapas:

---

<sup>142</sup> Seguindo a proposta das diretrizes curriculares do Ministério da Educação algumas faculdades de Medicina têm feito uma reformulação no currículo de forma a contemplar desde o primeiro ano do curso disciplinas que utilizem metodologias voltadas para atividades teórico-práticas, como é o caso da reforma curricular implementada pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) (CHEHUEN NETO *et al.*, 2004).

<sup>143</sup> Segundo as Diretrizes Curriculares do Curso de Medicina (BRASIL, 2014a), o regime de formação denominado “internato” compreende uma etapa de formação prática, em serviço, que se dá na forma de estágio curricular obrigatório. Esse estágio obrigatório deve conter uma carga horária mínima correspondente a 35% da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina e contemplar estágios, em forma de rodízio, em diferentes serviços especializados em Atenção Básica e em Urgência e Emergência, contemplando, obrigatoriamente, as seguintes áreas de especialidade médica: Medicina Geral de Família e Comunidade, Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental.

S- Tem o ciclo básico, que é o primeiro e segundo ano. Só teórico. Depois você entra na Semiologia<sup>144</sup> no terceiro ano. Terceiro e quarto ano é teórico-prático. E no quinto e sexto ano é praticamente só prático, que é o internato.

R- Quando que vocês começam a ir para o hospital? Ou para o Posto de Saúde?

S- Então, no Centro de Saúde a gente começa logo no primeiro ano. Só que a gente só vai para... É o que a gente poderia fazer aqui, na verdade [no espaço da própria faculdade de Medicina]. Porque a gente fica discutindo textos sobre o SUS. Princípios do SUS, como funciona a Saúde Pública, como é o atendimento básico primário. A gente vai lá para ver como funciona um Centro de saúde. E no primeiro semestre do primeiro ano tem uma matéria que chama Medicina e Saúde em que a gente pode acompanhar consultas. Só que são três consultas que a gente pode acompanhar [rindo]. A gente fica discutindo a relação médico-paciente.

R- E o estetoscópio?

S- No terceiro ano, quando a gente vai ver os sintomas.

R- Aí vocês começam a ter contato com os pacientes?

S- É. Aí que a gente vai ter contato. Aí é que o curso começa de verdade. Antes era um curso de Biologia. Aqui a gente continua tendo um pouco mais de matéria teórica até o final do curso. Ainda continua tendo umas matérias bem teóricas obrigatórias, mas melhora bastante (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Stela, aluna do 3º ano de Medicina de uma universidade pública localizada no estado de São Paulo).



O primeiro e o segundo ano da faculdade foram muito duros para mim, porque o primeiro ano de Medicina é um saco, né? Só matéria chata de biologia, etc. e tal, e o segundo ano era bem parecido. Então no primeiro e no segundo ano, todo estudante de medicina [...] são anos difíceis para o estudante passar por isso, é um saco. Aí depois, no terceiro e quarto ano é diferente, você começa a ver paciente, a fazer exame físico, fazer anamnese<sup>145</sup>, essas coisas. Aí é mais interessante e eu acho que a gente tem menos dificuldade por causa disso. Porque é mais prática de medicina e menos livros, menos teórica. Aí, já no quinto e sexto ano, a gente já começa a estudar pra residência, né [rindo]? Então, já é estágio dentro do hospital mesmo, né? Aprende de uma maneira um pouco diferente. Você tem que ir estudando para os estágios, mas ao mesmo tempo você tem que ver os pacientes, passar visita, faz prova, tem aula (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Kelly, gastrocirurgiã em início de carreira).

Assim, os anos mais esperados e considerados pelos estudantes como os mais importantes de sua formação são os dois últimos anos do curso, período em que acontecem os estágios obrigatórios<sup>146</sup>.

As possibilidades de estágio para o estudante de medicina variam desde os estágios obrigatórios, que fazem parte do currículo formal, oficial, realizados durante o internato e nos quais o estudante vivencia aprendizagens práticas em diferentes especialidades

<sup>144</sup> Também chamada de propedêutica ou sintomatologia, a semiologia compreende o estudo de como proceder a avaliação clínica de um paciente. Estuda-se os meios e os modos de se examinar um paciente, os sinais e sintomas, além das diferentes formas de exames e avaliações físicas que podem ser usados para se chegar ao diagnóstico correto das patologias.

<sup>145</sup> A anamnese consiste em uma técnica de diagnóstico em que o profissional da saúde faz uma série de perguntas para o paciente a fim de entender melhor seu histórico clínico.

<sup>146</sup> Essa visão também foi apresentada pelos estudantes de medicina entrevistados e observados por Becker et al (2005), para os quais as disciplinas teóricas dos primeiros anos do curso eram encaradas como barreiras acadêmicas sem sentido. No contexto brasileiro, a pesquisa realizada por Chehuen Neto et al (2004), com estudantes de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora apontou que os estudantes vêm mais sentido em disciplinas teórico-práticas do que em disciplinas somente teóricas.

médicas, até os estágios extracurriculares que, mesmo não fazendo parte do currículo formal, são muito procurados e disputados pelos estudantes, como é o caso das práticas pedagógicas realizadas em clínicas, hospitais, Ligas Acadêmicas<sup>147</sup>, serviços de resgate, dentre outros (REGO, 2003; TAVARES et al, 2007).

Entender como se deu a dinâmica dos estágios formais e informais na trajetória de formação das cirurgiãs entrevistadas é, sem dúvida, uma tarefa importante para esta tese, mas meu objetivo com essa contextualização vai além disso. Seguindo a recomendação de Wacquant (2007), para quem a abordagem trabalhada por Bourdieu (1996b) na obra “*The State Nobility: Elite Schools in the Field of Power*”<sup>148</sup>, seria de grande valia para o estudo dos processos de recrutamento, formação profissional e reprodução das relações de poder presentes em instituições de educação superior de elite de outros países, me proponho, neste espaço, a desvelar a “relação umbilical” que se estabelece entre o currículo formal, o currículo paralelo e o currículo oculto de algumas das mais prestigiosas escolas de formação médica brasileiras. Meu objetivo aqui é desvelar a relação de interdependência que percebo existir entre o currículo oculto que permeia as relações de poder dos espaços formais e informais dessas instituições. E, quando digo espaços informais, incluo aqui não somente aqueles espaços que dizem respeito aos estágios extracurriculares, mas também, especialmente, e simultaneamente, aos espaços de socialização informais das festas, das competições esportivas e, especialmente, dos trotes.

#### 6.1.2 Estágios extracurriculares: um investimento para a formação profissional e para a residência

No anseio por iniciar a aprendizagem prática o mais rápido possível, é comum os estudantes buscarem modalidades de ensino alternativas ao currículo formal desde os primeiros anos da graduação médica. Por proporcionar uma aprendizagem precoce,

---

<sup>147</sup> As Ligas Acadêmicas podem ser definidas como uma forma de relação ensino-aprendizagem extracurricular organizada em torno de associações formadas por grupos de estudantes (denominados ligantes) que, sob a supervisão de especialistas (em geral, docentes), buscam aprofundar seus conhecimentos clínicos, práticos e acadêmicos em determinadas áreas de estudo nas mais diferentes áreas da saúde. As Ligas acadêmicas são vistas pelos docentes de medicina como importantes agentes de propagação do conhecimento referente a temas médicos de interesse e relevância para os estudantes (SIMÕES et al, 2014).

<sup>148</sup> Versão em Inglês da obra *La Noblesse d'État: Grandes écoles et esprit de corps*, de Bourdieu. Para Wacquant (2007, p.46), “devidamente interpretada, La Noblesse d'État oferece um programa de investigação sobre qualquer campo nacional de poder, desde que o leitor escandinavo (americano, japonês ou brasileiro...) saiba realizar o necessário trabalho de transposição para gerar, por intermédio de um raciocínio de tipo homológico, um conjunto organizado de hipóteses para uma pesquisa comparativa em seu próprio país”.

relativamente autônoma<sup>149</sup> e prática, as experiências pedagógicas vivenciadas pelos estudantes em estágios extracurriculares ocupam um espaço privilegiado na formação do médico e constituem um dos principais campos de socialização profissional para a construção da identidade médica (REGO, 2003; TAVARES et al, 2007). Além da expectativa de colocar logo a “mão na massa” e adquirir habilidades clínicas e intervencionistas, é do conhecimento dos estudantes que a participação nessas práticas pedagógicas informais e o investimento nesse tipo específico de capital cultural institucionalizado<sup>150</sup> poderá render, no futuro, vantagens significativas para sua prática profissional e para a entrada na residência (TAVARES et al, 2007; SIMÕES et al, 2014; SÃO PAULO, 2015).

Em pesquisa realizada na região metropolitana do Rio de Janeiro Rego (2003) constatou que a participação em estágios extracurriculares é uma prática comum que faz parte da experiência de formação profissional de um grupo cada vez maior de estudantes de medicina. Em geral, esses estágios extracurriculares têm início no terceiro ou quarto ano da graduação, mas em sua pesquisa houve casos de iniciação precoce de estudantes que começaram seus estágios a partir do primeiro ano do curso. Corroborando a percepção de Rego (2003), outras pesquisas também apontam que, além de proporcionarem aos estudantes a possibilidade precoce de experiências clínicas enriquecedoras, os estágios extracurriculares são avaliados pelos estudantes como uma importante estratégia para a entrada na residência médica, já que o processo de seleção para a residência tende a valorizar o currículo dos estudantes que tenham desenvolvido certas competências e habilidades práticas (TAVARES et al, 2007; SIMÕES et al, 2014).

No caso das entrevistas que fiz com as cirurgiãs pude perceber nitidamente a importância que a iniciação precoce nos estágios extracurriculares teve sobre a formação profissional, sobre a escolha da cirurgia como especialidade e sobre a inserção dessas mulheres na residência em cirurgia. Como pode ser observado no quadro “Ingresso na Faculdade” que se encontra no Apêndice A (p. 372) e em alguns dos fragmentos de

---

<sup>149</sup> No livro “A formação médica dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos”, Rego (2003), explica que além de os estágios extracurriculares acontecerem longe do controle oficial da escola médica os estudantes têm grande autonomia não só para decidir quais exames clínicos devem solicitar como também pela decisão quanto à terapia que será recomendada para cada paciente. “Enquanto suas aulas práticas sob os auspícios da faculdade reservam a eles um papel de espectadores privilegiados contemplativos, em seus estágios participam efetivamente no atendimento de pacientes. [...] Em mais de 30% dos casos, o médico encarregado de sua supervisão não se encontrava no mesmo ambiente que o aluno quando este realizava seus atendimentos. Quando os estudantes estão em seu sexto ano de curso, na iminência de se graduarem, sua autonomia é ainda maior. Atuam praticamente como se já fossem médicos...” (REGO, 2003, p. 68).

<sup>150</sup> O conceito de capital cultural institucionalizado, também denominado por Bourdieu (1998c) como capital escolar, diz respeito a todo o conjunto de bens simbólicos (em forma de conhecimentos e habilidades) ou materiais (em forma de certificados) adquiridos pelos sujeitos ao longo de suas trajetórias escolares ao passarem pelos mais diferentes tipos de instituições de caráter educacional.

entrevistas que se encontram a seguir, as cirurgiãs e residentes de cirurgia que entrevistei participaram de um vasto leque de experiências extracurriculares.

RA- E também participava de tudo na faculdade. Tinha Liga de Câncer de boca... Eu fui presidente da Liga do Trauma.

RE- Você fez Liga do Trauma? Desde que ano da faculdade?

RA- Desde o 4°. Até porque no terceiro ano eu não prestei Liga do Trauma porque eu fazia pronto socorrismo nas ambulâncias. Então era um projeto Alfa. Eu rodava com as ambulâncias como se fosse paramédica (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Raíssa, cirurgiã cardiovascular em início de carreira).

≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡

Atividades fora eu sempre fiz muito. Ligas... Eu passei por muita coisa. Eu fui coordenadora de Liga de Cardiologia, [...] passei por muitas áreas clínicas e cirúrgicas, acompanhei os plantões do pessoal do trauma. Fiz muitas coisas assim. E eu comecei a notar que eu gostava da parte cardiológica, mas que eu não gostava tanto da clínica. Eu comecei a perceber um padrão mais para a parte cirúrgica intervencionista (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Patrícia, R3 de Cirurgia Cardiovascular).

≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡

P- Mas daí... tinha uma atividade extracurricular não oficial, que infelizmente acabou, mas isso deixa a gente em contato com uma experiência que o curso natural da graduação não proporciona nesse momento. Era um estágio que a gente fazia na Santa Casa de XXX<sup>151</sup>. Não era oficial. Nós matávamos aula para estar lá. E quando eu estava no fim do segundo ano eu tinha duas opções. Uma era fazer a liga do trauma, que é aqui do hospital, oficial. Que é a turma da cirurgia do trauma onde você vai aprender a suturar [...], acompanhar atendimento no Pronto Socorro do paciente que chega traumatizado. Tem aulinhas, tem discussões, etc.

R- Isso devia ser bem concorrido também...

P- Era uma prova e depois tinha entrevista com o chefe do serviço. Ele era bem rígido. Ele exigia bem e era bem concorrido. E tinha essa facção aí que era alternativa [se referindo ao estágio na Santa Casa]... nós tínhamos uns apelidos que eram: verme, cateto e catetão. Verme era o terceiro ano, cateto era o 4° ano e 5° e catetão era o 6°. Basicamente tinha uma ordem de funcionamento. No terceiro ano você ficava na parte do SUS, das gestantes. Ia ver como estava o trabalho de parto, fazia o toque, tem o que a gente chama de dinâmica, né, que você fica contando na mão quantas contrações ela teve em 10 minutos pra saber se está próximo. Instrumentava para a Ginecologia e Obstetrícia. Nada oficial. Era no terceiro que você entrava. Daí no quarto e quinto você cuidava dos pacientes da enfermaria. Examinava, evoluía, prescrevia. E daí o médico mais velho, responsável, checava, carimbava e você passava o dia todo lá. Dia e noite. Era plantão. Não tinha folga: sábado, domingo, ano novo e Natal. Tinha que ter um verme, um cateto ou um catetão. O catetão não podia faltar tanto na aula porque eles eram do 5° e do 6° ano. O catetão ficava vigiando e ensinando os mais novos. Eles viam se estavam fazendo direito, tinha uma dúvida ele tirava a dúvida, tinha algum paciente que não estava bem ele ligava para o médico que estava fora. Tinha todos esses detalhes. E o 5° e o 6° ano ganhavam um dinheirinho para fazer isso. Os outros iam pra aprender e pra chegar até eles né. Tinha esse objetivo. Às vezes o médico que estava lá queria mais uma mão pra ajudar e então ele chamava. Eu já... eu lembro que a primeira cirurgia que eu vi foi lá. [...] era à noite, uma urgência. Era um urologista. Nem lembro na verdade quem era, mas ele precisava de mais uma mão. Ele falou: "chama um verminho aí". Eu fui lá sem saber nada. Ele falou: "Eu vou te explicar tudo. Eu só

<sup>151</sup> Trata-se do Hospital da Santa Casa de um município de pequeno porte do interior do estado de São Paulo.

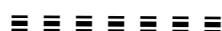
preciso que você fique com a mão parada aqui. Vem me ajudar”. Eu fiquei lá. E eles explicavam. Os médicos de lá tinham essa noção de que a gente estava lá para aprender. Então do mesmo modo que a gente se dispunha a ajudar, eles também davam um feedback legal. Eu aprendi a dar ponto lá. [...] O que acontecia muito era que o salário do catetão vinha de alguém mais velho que passava a visita lá e ia tocar o consultório. Ele só chamava se precisasse.

R- O que para eles era muito cômodo.

P- É. Pra eles era bom. Eles conseguiam tocar as duas coisas, tinha gente lá o tempo todo. E começou a haver uma pressão para eles ficarem lá e para mudar esse sistema<sup>152</sup>, né.

R- Então foi toda uma experiência que os universitários hoje só vão ter ...

P- Tem um pouquinho na Liga, mas isso que a gente teve eles não têm tão próximo, não. Acho que faz até falta (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Paula, cirurgiã coloproctologista em início de carreira).



K- Fiz quatro anos de Liga do Trauma. Fiz do... normalmente as pessoas fazem dois anos. Até o 4º ano e depois eles saem. Eu fiz até o 5º ano. Depende muito dos residentes que estão passando com você. Eles vão te sentindo. E como eu sempre gostava, desde o 4º ano, chegava trauma e eles passavam para eu ir atendendo. Eu já ia pedindo o Raio X, chegava pra ele e falava: "Só me dá o carimbo aqui, por favor". E eles já me deixavam fazer muita coisa.

R- Então... na Liga do Trauma... Você já tinha muita experiência.

K- Já. Isso fez diferença no meu R1. Eu costumo dizer que a Liga do Trauma foi uma grande experiência pra mim. Porque quando eu cheguei, como eu te falei, eu fiz a semana do trote em XXX [outra universidade]. E eu não conhecia muita gente mais velha da faculdade, por causa disso. Com o passar do tempo, frequentando o pronto socorro, conhecendo os internos que estão juntos, a Liga do Trauma me proporcionou conhecer as turmas mais velhas. E foi bom porque eles começaram a ver como eu trabalhava. E muita gente me conhece dessa época da Liga do Trauma.

R- E você teve uma experiência prática que muitos dos seus colegas não tiveram...

K- Sim...

R- Você chegou com bem mais maturidade...

K- Sim, sim... Isso me ajudou muito. Com certeza. Isso me ajudou muito. Eu falo que eu realmente agradeço e devo muito porque me proporcionou, não só conhecer outras pessoas, mas conhecer a dinâmica do hospital, conhecer a enfermagem, que já é muita coisa.

R- Mas isso tem um preço a ser pago, não é? Porque além de todo o currículo normal...

K- Sim. Eu dou plantão em pronto socorro desde o segundo ano. Eu dou plantão há muitos anos. Eu durmo fora de casa várias noites. É um preço. Mas posso te garantir: valeu a pena. Se eu tivesse que voltar, faria tudo de novo. Vale muito a pena. Só me ajudou. Mesmo dormindo fora de casa, mesmo ficando acordada até tarde (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Kátia, cirurgiã torácica em início de carreira).

As experiências vivenciadas nos estágios extracurriculares tiveram grande significância para a trajetória de formação médica das profissionais que entrevistei, tanto no

<sup>152</sup> No livro “A formação médica dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos”, Rego (2003), aborda toda a problemática que envolve esse tipo de estágio extracurricular citado por Pietra. Trata-se de estágios clandestinos que, apesar de conferirem aos estudantes a oportunidade de experiências práticas precoces, pela forma como se estruturam, ferem a ética médica. A referida autonomia conferida aos estudantes se dá, em contrapartida, pela negligência do médico responsável pelo plantão, que deixa os pacientes aos cuidados de estudantes de medicina sem supervisão adequada.

que diz respeito à escolha da especialidade, à aquisição de habilidades cirúrgicas básicas e a aprovação no processo de seleção para a residência, como no que diz respeito à trajetória de sucesso que tiveram na residência em cirurgia. Dentre os diferentes tipos de estágios extracurriculares que fizeram a Liga do Trauma foi um estágio que teve grande importância sobre a construção da carreira de oito delas.

A experiência no estágio da Liga do Trauma tem sido reconhecida por especialistas da área como uma importante estratégia para se ensinar cirurgia para os estudantes já que, após o término do curso de Medicina, muitos dos egressos desse estágio acabam por escolher alguma especialidade cirúrgica como opção para a residência. Uma evidência que demonstra o reconhecimento e a valorização que o campo cirúrgico atribui à Liga do Trauma é a parceria e apoio prestados pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões ao Comitê Brasileiro das Ligas do Trauma (SIMÕES et al, 2014).

Na transcrição que apresento a seguir, Mirela, residente R1 de Cirurgia Geral explica em maiores detalhes o que é uma Liga Acadêmica e conta um pouco da sua experiência na Liga do Trauma.

M- Eu tive a oportunidade de fazer uma atividade extracurricular que é a Liga do Trauma. Não sei se nas entrevistas você comentou com alguém.

R- Eu já ouvi falar disso. Mas me explica mais detalhadamente.

M- A Liga é assim. É um grupo de pessoas, tem aula e, na verdade, o objetivo da Liga do Trauma é você acompanhar plantões. Ia para o hospital e acompanhava os médicos nos plantões.

R- Isso em que ano da faculdade?

M- Eu fiz três anos desse negócio [rindo].

R- Mas você começou em que ano?

M- Comecei no segundo.

R- No segundo ano, já?

M- Desde o primeiro ano eu já estava enfiada no hospital.

R- Porque é uma coisa que é extra, né?

M- Isso é tudo extra. É a mais... Fiz no segundo, terceiro e quarto. Porque no quarto ano eu fiz um negócio que chama CCI. Porque é assim, a gente ia nesse grupo, tinha aulas e depois tinha os plantões. A gente dava esse plantão em dupla. E como era esse plantão: a gente chegava à noite, acompanhava os médicos do Pronto Socorro, os atendimentos, tudo. E a gente era responsável por fazer as suturas. Então, todas as suturas, cortes, era a gente que fazia. Então, basicamente era isso. Eu fiz e eu adorava.

R- E para participar dessa Liga, precisa de que?

M- Realizar a inscrição. Aí faz uma prova e depois tem uma entrevista. Não é todo mundo que entra. Eu lembro que teve gente que não entrou. Eu não sei como que está agora, mas ainda existe. É bem legal. E hoje, assim, com os residentes eles ajudam muito, muito. Porque é difícil a gente ter que fazer todos os atendimentos. Aí chega alguém que cortou o dedo no copo, é um corte pequeno. São eles que fazem.

R- Eu imagino que pouca gente quer fazer isso. Porque além do estudo...

M- Nada! Era super concorrido. Todo mundo queria fazer pra poder enfiar a mão na massa logo. Eu não lembro quantos eram. Se eram 15. Eu lembro que a gente ficava em dois. Um ajudava o outro. E tinha os plantões e tinha que ir. Tinha a presença. Se faltasse, saía.

R- Então, você teve, durante a graduação, experiências que vários colegas seus não tiveram.

M- Não tiveram. A gente não tem isso na graduação. Tem gente que chega no 6º ano sem saber fazer sutura. E não era só sutura. Eu sempre fui muito enfiada. Vai ter uma cirurgia e eu falava: "Posso assistir?" "Posso instrumentar<sup>153</sup>?" "Posso assistir uma neurocirurgia?" Eu tinha amizade com um pessoal da ortopedia e eu pedia: "posso fazer tala?" E aí eu ia fazer tala. Eu gostava. Era bem legal. A gente suturava sozinho, fazia tudo sozinho (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Mirela, R2 de Cirurgia Geral).

Dessa fala de Mirela quero destacar um aspecto significativo que também aparece nas falas de Kátia e Paula (relatadas nas páginas anteriores), na fala de outras cirurgiãs entrevistadas, e em depoimentos de estudantes de medicina prestados à CPI dos Trotes nas Universidades Paulistas: a importância das relações de amizade estabelecidas com as turmas mais velhas não somente para a entrada nos estágios extracurriculares como para as oportunidades de aprendizagem que ocorrem durante os estágios formais.

É interessante notar que, na fala das cirurgiãs que entrevistei, boa parte dos relatos que descrevem como se deu o processo de seleção dos estudantes para a entrada nas Ligas Acadêmicas (ou em outros tipos de estágios extracurriculares) e as oportunidades de aprendizagem que tiveram nesses estágios acaba, de alguma forma, recaindo também sobre as relações de amizade e solidariedade estabelecidas entre os estudantes e os residentes responsáveis pelo serviço. Relações essas, que começam a ser estabelecidas desde o início da faculdade, na semana do trote, e se consolidam nos espaços de socialização informais, como as festas, os treinos e as competições esportivas; relações essas, que se encontram na base do que chamo nesta tese de *organização social do curso de Medicina*.

Tomemos como um caso exemplar dessa relação de interdependência o relato da trajetória de formação de Kátia. No meio de sua explicação sobre a importância da Liga do Trauma para seu processo de formação em cirurgia (que se encontra na página 195) e, especialmente, para o sucesso no primeiro ano de residência em Cirurgia Geral (R1)<sup>154</sup> ela, aparentemente muda de assunto, interrompe a sequência dos argumentos, e faz menção ao fato de ter passado pela semana do trote em outra universidade. Qual a relevância dessa

---

<sup>153</sup> O termo "instrumentar" se refere à tarefa de organizar e administrar a mesa que contém os instrumentos cirúrgicos. Cabe ao instrumentador a tarefa de passar para o cirurgião os instrumentos que ele irá utilizar durante a cirurgia. Em geral o profissional que ocupa a função de instrumentador é um técnico de enfermagem com especialização em instrumentação cirúrgica, mas em hospitais universitários ou em serviços que têm residência em cirurgia é comum que o instrumentador seja um estudante de medicina ou um R1 de cirurgia geral. Em minha pesquisa de campo pude observar estudantes do internato (5º e 6º ano da faculdade) instrumentando cirurgias.

<sup>154</sup> O termo R1 se refere ao primeiro ano da residência em cirurgia geral. O primeiro ano da residência em cirurgia é, reconhecidamente, a prova de fogo do residente que pretende se especializar em cirurgia. Isso não somente porque o residente terá muitas horas de plantões para fazer, mas também porque será muito testado durante esse período.

informação dada por Kátia no meio dessa explicação? Quando fiz a entrevista e as primeiras análises não percebi qualquer relevância nessa observação, aparentemente, fora de contexto. Mas hoje faço uma interpretação diferente. Na verdade, essa observação sobre a semana do trote aparece nesse ponto de seu relato porque é uma variável chave quando se trata de estabelecer uma rede de amizades e contatos na faculdade de Medicina. É do conhecimento dos estudantes que os contatos sociais estabelecidos durante a semana do trote poderão se tornar pontes de acesso para oportunidades futuras de aprendizagens nos estágios formais e informais (e até mesmo colocações profissionais futuras) aos quais, de outra forma, possivelmente, não teriam acesso (SÃO PAULO, 2015).

Exatamente por ter participado da semana do trote em outra faculdade<sup>155</sup>, no início, quando entrou na faculdade onde cursou Medicina, Kátia não conhecia os colegas das turmas mais adiantadas. Ela fala que com o passar do tempo, frequentando o Pronto Socorro e interagindo com os “internos que estão juntos<sup>156</sup>”, a Liga do Trauma proporcionou a ela não somente conhecer as turmas mais velhas, mas também conhecer a dinâmica do hospital. Todos os grupos de estudantes internos circulam pelo Pronto Socorro e Kátia não só teve contato, por quatro anos consecutivos, com seus colegas das turmas mais adiantadas, como esteve sob a orientação direta de colegas que também frequentaram a Liga do Trauma e, mais tarde, se tornaram residentes de Cirurgia enquanto ela mesma fazia seus estágios no internato e na própria Liga.

Certamente, a passagem pela Liga do Trauma lhe proporcionou conhecer pessoas das turmas mais velhas, incluindo aí internos, residentes e médicos assistentes<sup>157</sup>, mas há outro detalhe relevante subentendido em outra parte da entrevista de Kátia que também ajuda a explicar de que forma ela vai construir essa rede de amizades com as turmas mais velhas antes mesmo de entrar para a Liga do Trauma. Além de não ter participado da semana do trote, Kátia não gostava de esportes e, por isso, não treinava e não competia em nenhuma

---

<sup>155</sup> Kátia foi aprovada na primeira chamada da faculdade onde passou pela semana do trote e, algumas semanas mais tarde, acabou sendo aprovada também na faculdade de sua preferência, ocasião em que mudou de instituição.

<sup>156</sup> Essa interação com os “internos que estão juntos” merece um esclarecimento. Quem são esses internos que estão juntos e o que eles fazem juntos? Ao se referir aos “internos que estão juntos” Kelly faz alusão aos grupos de estudantes do 5º e 6º ano que fazem os estágios obrigatórios nas especialidades médicas. Esses grupos são fixos (ou seja, uma vez escolhido o grupo o aluno deverá ficar nesse grupo até o final do estágio) e passam pelos rodízios nas diversas especialidades sempre juntos. “Os grupinhos de internato, geralmente, tem umas 13 pessoas e normalmente esses grupinhos são formados por afinidades. Então, quem for do Centro Acadêmico vai formar grupinhos. Quem for da Atlética vai ser um grupinho, os que estudam mais vão formar outro grupinho. E são vários grupinhos. São 110 alunos, então, são vários grupinhos” (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Tamara, médica recém-formada em uma universidade pública localizada no estado de São Paulo).

<sup>157</sup> Os médicos assistentes, em geral, são aqueles que terminaram a residência há pouco tempo e se encontram no início da carreira.

modalidade esportiva. No entanto, consciente da importância que a participação nos eventos esportivos tinha sobre o investimento em capital social ela não deixava de marcar presença na Intermed. O fragmento de entrevista abaixo, onde Kátia explica a razão pela qual frequentava a Intermed, revela sua estratégia:

R- E você se entrosou com o pessoal do Centro Acadêmico<sup>158</sup>, da Atlética, ou nenhum dos dois?

K- Nenhum dos dois. Como eu já te disse, eu nunca fui de esporte, nunca fui. Também nunca tive o perfil das pessoas que vão para o Centro Acadêmico.

R- Você ia nas Intermeds?

K- Eu fui em algumas. Fui em 3 Intermeds. Fui no 1º, no 2º e no 6º ano. Mas nunca fiquei a semana toda também. Ia, ficava um dia, dois dias, **fazia o social** [grifo meu] e ia embora. Porque eu sempre me dei bem com muita gente. **Transitei por todos os grupos**[grifo meu] (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Kátia, cirurgiã torácica em início de carreira).

A mesma pergunta que fiz para Kátia (sobre sua participação nas diferentes extensões universitárias) fiz também para as outras cirurgiãs e residentes de cirurgia que entrevistei. Dentre as dezesseis cirurgiãs que pertencem às gerações mais novas, nove delas responderam que participaram ativamente dos treinos e das competições esportivas de suas respectivas faculdades e cinco delas disseram que não participavam dos treinos, mas iam para torcer. Assim como Kátia, Mirela também me disse que não participou de nenhuma das extensões, mas ia nas Intermeds. A seguir apresento essa parte da conversa com Mirela.

R- Você fez parte da Atlética? Do Centro acadêmico?

M- Não, não fiz. Eu vinha um pouquinho no Centro Acadêmico. Eu tinha preguiça. Eu achava que isso iria atrapalhar os meus estudos.

R- Treinar na hora do almoço...

M- Eu ter que sair de uma aula para ir treinar. Eu cheguei a treinar. Eu fiz um pouquinho de atletismo. Eu corria um pouquinho. Mas eu não achava interessante uma coisa que eu tivesse que prejudicar meus estudos. Não achava muito certo.

R- Você ia na Intermed?

M- Ia. Fui em todas [rindo]. Ia assistir (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Mirela, residente R1 em Cirurgia Geral).

Como pode ser observado nas falas de Kátia e de Mirela, não participar ativamente dos treinos, da diretoria da Atlética, ou mesmo de outros grupos de interesse,

<sup>158</sup> O Centro Acadêmico é uma instituição que atua na base do movimento estudantil representando cada um dos cursos junto à universidade. Dentre as atuações do Centro Acadêmico estão: mobilizar e organizar os estudantes para a resolução de problemas que envolvam a dinâmica do curso, lutar por melhorias no ensino e na estrutura acadêmica, promover espaços de atividades culturais e acadêmicas, como debates, grupos de discussão, recepção aos estudantes calouros, semanas temáticas, dentre outras. Em faculdades de Medicina em que as concepções políticas da diretoria do Centro Acadêmico não batem de frente com as da diretoria da Atlética, as duas instituições organizam juntas as festas (como a choppada e o churrasco). No entanto, há faculdades em que o Centro Acadêmico faz campanhas contra os trotes praticados nas festas e eventos promovidos pela Atlética (SÃO PAULO, 2015, p. 1147, 1165, 1193).

como o Centro Acadêmico<sup>159</sup>, não impede a participação dos estudantes em competições como a Intermed e a Calomed, e nas demais interações sociais que ocorrem nesses eventos, como as festas e os trotes que acontecem em chácaras ou em alojamentos de estudantes. Há um grupo expressivo que não participa ativamente da diretoria da Atlética, não se envolve nos treinos das diferentes modalidades esportivas, mas vai nas Intermeds para torcer pela sua faculdade e investir no que Kátia chama de “fazer o social”. Essa estratégia de “fazer o social” também apareceu em outras entrevistas que realizei. Note, por exemplo o que a estudante de medicina Stela me falou a respeito do interesse de certos grupos em participar das atividades da Atlética: “Hoje, o que mais atrai as pessoas para a Atlética é por ser popular. A maioria das pessoas vai para a Atlética por causa disso. Tem as pessoas que vão porque acham legal, mas não é a maioria. A maioria vai por interesses secundários” (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Stela, aluna do 3º ano de Medicina de uma universidade pública localizada no estado de São Paulo).

Fundamentada nessa necessidade de “fazer o social” é que se constrói a rede de interdependência que chamo nesta tese de *organização social do curso de Medicina*. Trata-se de uma estrutura organizacional complexa que se encontra na base das relações de poder entre os sujeitos que ocupam diferentes posições na hierarquia social do processo de ensino-aprendizagem do curso de Medicina.

Antes de dar prosseguimento à argumentação que me ajudará a explicar melhor o conceito de *organização social do curso de Medicina* preciso esclarecer um aspecto teórico-metodológico relevante. Na ocasião em que fiz a maior parte das entrevistas<sup>160</sup> eu ainda não havia estabelecido as analogias que estabeleço hoje concernentes à relação de

---

<sup>159</sup> O Centro Acadêmico é uma instituição que atua na base do movimento estudantil representando cada um dos cursos junto à universidade. Dentre as atuações do Centro Acadêmico estão: mobilizar e organizar os estudantes para a resolução de problemas que envolvam a dinâmica do curso, lutar por melhorias no ensino e na estrutura acadêmica, promover espaços de atividades culturais e acadêmicas, como debates, grupos de discussão, recepção aos alunos calouros, semanas temáticas, dentre outras. Em faculdades de Medicina em que as concepções políticas da diretoria do Centro Acadêmico não batem de frente com as da diretoria da Atlética, as duas instituições organizam juntas as festas (como a choppada e o churrasco). No entanto, há faculdades em que o Centro Acadêmico faz campanhas contra os trotes praticados nas festas e eventos promovidos pela Atlética (SÃO PAULO, 2015, p. 1147, 1165, 1193).

<sup>160</sup> A opção metodológica pelo estudo das trajetórias escolares de mulheres cirurgiãs através da realização de entrevistas de trajetória certamente foi de fundamental importância. Foi através da descrição minuciosa das experiências de socialização vivenciadas pelas cirurgiãs ao longo de suas trajetórias escolares na faculdade de Medicina que consegui estabelecer as relações que apresento nesta tese. Mas é muito importante destacar que na época das entrevistas, quando eu fazia perguntas sobre a participação nos treinos, nos jogos, nas Atléticas, nos estágios e nas Ligas Acadêmicas, eu nem suspeitava que essas categorias de análise tivessem qualquer ligação com meu problema de pesquisa. Na época, eu estava curiosa para entender como tinha se dado a trajetória de formação dessas mulheres na Faculdade de Medicina. Sobre a importância dos estudos sobre trajetórias escolares na Sociologia da Educação contemporânea ver o texto de Nogueira e Ansaloni (2002).

interdependência existente entre, de um lado, as normas sociais relativas aos ritos de consagração que definem as relações de hierarquia e dependência nas escolas de Medicina e, por outro lado, as clivagens simbólicas que, segundo Bourdieu (1982, 1991, 1996b) encontram-se na base do “jogo cultural” dos campos de poder das escolas e das profissões de elite.

Para entender essa relação segui a recomendação de Wacquant (2007, p. 47) e procurei, “[...] em cada caso particular, desvendar empiricamente as configurações específicas assumidas pelo complexo de oposições que estruturam o espaço social, o sistema de educação e o campo de poder, assim como suas interconexões”. Busquei analisar os relatos das entrevistas de trajetória e das observações de campo em triangulação com os depoimentos prestados por docentes e estudantes de medicina à CPI dos Trotes nas Universidades Paulistas e com os escritos de Bourdieu sobre a escolarização das elites francesas (1982, 1996b). Foi só então, que a relação de interdependência que passo a descrever a seguir me foi desvelada.

## 6.2 “Suicídio social”

Como já exposto anteriormente, no caso das cirurgiãs que entrevistei, o investimento em capital social construído através das relações de amizade que se consolidaram fora do ambiente formal de aprendizagem parecem ter rendido para elas uma espécie de *dividendo social* para a aquisição de habilidades muito valorizadas no processo de seleção para a residência em cirurgia. Mas que não haja equívocos. Ao contrário do que aconteceu com essas cirurgiãs, para os estudantes que não compactuam com a forma como se organiza a construção dessa espécie de capital social e ainda, para aqueles que se manifestam explicitamente contrários à forma como se constituem as relações de poder e hierarquização que caracterizam a *organização social do curso de medicina*, resta a perseguição, o estigma e o “suicídio social”.

O termo “suicídio social” foi mencionado diversas vezes nos depoimentos prestados por estudantes de medicina à CPI dos Trotes nas Universidades Paulistas e esteve, em todas as vezes, relacionado às ameaças que os estudantes sofrem, por parte de seus veteranos, quando resolvem denunciar e tornar públicos os abusos praticados por aqueles que apoiam ou são coniventes com as práticas associadas aos trotes.

Um dos estudantes de medicina da USP que resolveu denunciar os trotes violentos que são praticados durante os ensaios do que se conhece na comunidade acadêmica como Show Medicina fala sobre o seu próprio “suicídio social”:

O que acho que é válido de citar nesse caso é que é dentro da Faculdade de Medicina, dentro do teatrão, que é cedido pela diretoria, que isso acontece. E nesse dia, falando um pouco dessas ameaças, desde o primeiro dia do Show você é ameaçado para não contar nada do que acontece sobre os trotes em geral... O que é dito é o seguinte: que você vai ter sua reputação estragada se você vaziar alguma dessas coisas, porque eles vão ser seus colegas de profissão, os sapos são seus professores, em muitos casos são preceptores no hospital etc. E existe até um apelido que eles usam, um termo que eles usam, que é suicídio social. Se você revelar alguma coisa, você vai cometer suicídio social. Então, é basicamente, o que estou fazendo aqui é suicídio social (SÃO PAULO, 2015, p. 212 e 213 - fragmento de depoimento prestado por um estudante de Medicina da USP- Pinheiros à Comissão Parlamentar de Inquérito realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo).

Quando começaram a se manifestar contra a estrutura de poder perpetuada na Faculdade de Medicina da USP esse estudante e seus colegas (que também prestaram depoimentos à CPI) foram alvo de ameaças postadas no grupo interno do Show Medicina.

O mesmo padrão de discurso ameaçador feito a esse estudante da USP Pinheiros se repetiu também em depoimentos de estudantes de medicina de outras universidades paulistas, como pode ser observado nos exemplos citados a seguir, retirados de comentários feitos nas redes sociais:

Então, eu perdi a conta de quantos telefonemas eu recebi de gente falando que eu ia arruinar a minha vida na faculdade, que tudo que eu precisasse de me ensinar durante o internato não iam fazer, o que eu precisasse durante a residência não iam fazer. Se eu precisasse de ajuda durante a minha vida profissional em Campinas eu não ia conseguir, porque eu estava manchando o nome da faculdade, brigando com meus veteranos, afrontando meus veteranos, quebrando a tradição (SÃO PAULO, 2015, p. 1104 - fragmento de depoimento prestado por uma estudante de Medicina da UNICAMP à Comissão Parlamentar de Inquérito realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo).

≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡

Eu ia me afastando da faculdade, porque tudo que era da faculdade era: ‘Na hora que você chegar no hospital você vai ver, você não participa de nada e você não vai aprender, ninguém vai te ensinar, ninguém vai te aceitar nos lugares, ninguém vai te ensinar medicina porque você não é médica. Que tipo de médica é você que renega tudo, não aceita hierarquia.’ Isso eu ouvia cotidianamente durante todo o meu primeiro, segundo, terceiro ano. Aí você entra no hospital e começam as perseguições: ‘Você vai na Intermed? Não, você não vai na Intermed, então como você quer aprender?’ Não é todo mundo, mas existe, e não é pequeno isso (SÃO PAULO, 2015, p. 1163 - fragmento de depoimento prestado por uma estudante de Medicina da Unicamp à Comissão Parlamentar de Inquérito realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo).

≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡

Eu via mais, assim, postagens no Facebook de pessoas ameaçando que não iam mais ensinar medicina para a gente etc. Mas um amigo nosso do internato foi puxado no canto durante uma discussão de caso por um residente e ameaçado etc. Então fica um pouco essa ameaça assim: “vocês não vão aprender nada no internato” (SÃO PAULO, 2015, p. 364 - fragmento de depoimento prestado por uma estudante de

Medicina da USP Pinheiros à Comissão Parlamentar de Inquérito realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo).

≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡

Hoje em dia bixo virou calouro, trote e integração virou denúncia, ataque aos direitos humanos e blá, blá, blá. Quero ver quem vai ajudar esse povo no hospital, no internato, quem vai doar material para eles e coisas afins (SÃO PAULO, 2015, p. 1116 – fragmento de post feito no Facebook por um estudante da Famerp).

≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡

Uma onda de ataques [...] surgiu nas redes sociais, dentre eles é importante frisar a atuação de um grupo fechado no Facebook com a presença de cerca de 2.500 alunos e ex-alunos da faculdade, inclusive formados há muitos anos.[...] Os ataques incluíram [...], postar fotos do perfil [...] para identificá-lo, expor algumas fotos pessoais com o objetivo de ridicularizá-lo, ameaça de perseguição durante as atividades acadêmicas, especialmente no internato e na residência. Ameaça ao Grupo de Apoio e a seus membros de que também seriam perseguidos nas suas atividades acadêmicas e extracurriculares (SÃO PAULO, 2015, p. 762 - fragmento de depoimento prestado por uma estudante de Medicina da PUC São Paulo à Comissão Parlamentar de Inquérito realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo).

Os *prints* de alguns desses *posts* aos quais essa última estudante se refere foram divulgados pela CPI das Universidades e envolvem uma série de perseguições e promessas de retaliação ao estudante perseguido quando ele chegasse ao Internato e à Residência (SÃO PAULO, 2015, p.1116, 1967 e 1968). O teor da conversa foi o seguinte:

‘Ah, nem perca tempo, mas boicota esse imbecil, o jumento realmente nada sabe de Medicina...’

‘[...] espero que os colegas o tratem muito bem durante os plantões ...’

‘Já que este calouro não gosta do trote e vem com todo esse papinho esquerdista, ele sentirá na pele o real trote na vida acadêmica e profissional, afinal passará pelo PS da Clínica Médica, pelo Politrauma, pela Pediatria, sala 60 na qual diversos ex-alunos aqui presentes no grupo são chefes ou residentes. A batata dele vai assar?’

Esses exemplos de discursos ameaçadores se fundamentam no mesmo tipo de distinção negativa mencionada por Bourdieu (1991, 1996), ao expor a forma arbitrária como são excluídos (insultados, amaldiçoados e rechaçados) todos quantos se colocam em uma posição divergente daqueles investidos em uma posição de consagração ao serem submetidos aos ritos de instituição. Os insultos e ameaças, nesse caso, são uma forma de tentar aprisionar os insubordinados a um tipo de acusação que também descreve o seu destino: a exclusão dos privilégios destinados aos consagrados.

Ao analisar as implicações sociais dos ritos de instituição típicos das escolas superiores de elite Bourdieu (1982, 1991, 1996b) explica que um dos principais efeitos desse tipo de investidura é a demarcação arbitrária dos destinos sociais possíveis, separando aqueles

que se submetem aos rituais de validação daqueles que não se submetem (ou ainda, aqueles que são aprovados, daqueles que não são aprovados). Mas, nesse caso, todos os destinos possíveis, tanto positivos como negativos, caracterizados tanto pela consagração como pelo estigma, são vistos pelo pesquisador como igualmente fatais porque limitam as possibilidades futuras de alguns e aprisionam outros a uma permanente submissão.

De qualquer forma, seja para os consagrados, como para os estigmatizados, o ato de instituição caracteriza-se como um tipo muito particular de ato de comunicação: a instituição de uma identidade social. Aos estigmatizados a comunicação se dá através de insultos e maldições que ameaçam boicotar o destino futuro das vítimas. Aos consagrados a comunicação se dá através da condicionalidade implícita no “direito de estar que é uma obrigação de ser”. O que significa que o indicativo de consagração é, ao mesmo tempo, um imperativo (BOURDIEU, 1991, p.120).

Para os grupos privilegiados, a manutenção das posições e honrarias garantida pela relação de fidelidade e de cumplicidade estabelecida entre os pares será sempre condicional. O grupo que representa a ordem social constituída deve investir tempo e energia considerável para convencer o recém-eleito da necessidade de aceitar os sacrifícios que estão implícitos nos privilégios que são uma condição para a preservação desses mesmos privilégios (BOURDIEU, 1991 e 1996b). É por isso que os ritos de consagração não se limitam aos rituais de iniciação aplicados aos estudantes por ocasião do ingresso no curso. Ao contrário, os rituais de iniciação representam apenas o ato inaugural do rito de instituição. Os votos de submissão e fidelidade serão renovados a cada nova etapa do processo de formação através de atos de consagração que vão se tornando cada vez mais elaborados e comprometedores.

### **6.3 Como uma relação umbilical...**

Ao tentar me explicar como interpretavam o processo de doutrinação ao qual os estudantes de medicina ingressantes são submetidos, uma estudante estabeleceu conexões entre, de um lado, as interações sociais promovidas e lideradas pela Atlética de sua faculdade de Medicina, como a semana da calourada, os trotes, as festas, os treinos e as competições esportivas e, de outro lado, as vantagens acadêmicas e profissionais que resultam do investimento nessas interações sociais. Para essa estudante, a força da doutrinação que alimenta o poder dos grupos responsáveis por trotes se baseia na tradição, na hierarquia e na violência, mas também, nos discursos do tipo: "se você for bonzinho comigo, olha o que você vai ganhar, mas se você não for, olha o que você vai perder".

Como já visto no capítulo anterior, a eficácia simbólica do poder de doutrinação que leva os estudantes recém ingressantes a se submeterem aos trotes e às violências impostas pela estrutura do trote e, mais tarde, nos anos subsequentes, a se tornarem eles mesmos reprodutores dessas práticas, se baseia, principalmente, no discurso fortemente apregoado em torno da necessidade do investimento em capital social e no fato de que o que acontece nos bastidores das atividades sociais e esportivas tem um efeito direto sobre a formação pedagógica que acontece dentro da faculdade de Medicina e, principalmente, nos estágios da formação prática<sup>161</sup>.

Neste capítulo estamos tratando de como essa estratégia de manipulação interfere diretamente no cotidiano da faculdade de Medicina e, especialmente, nos estágios. Para exemplificar, apresento a seguir uma parte do diálogo entre um professor de uma Faculdade de Medicina da rede privada e um estudante de medicina da mesma faculdade onde esse médico leciona. O diálogo se estabelece em torno da ameaça sofrida por um grupo de estudantes de ser impedido de frequentar as Ligas Acadêmicas por se recusar a obedecer uma tradição imposta pela Atlética de sua faculdade. O mote em questão dizia respeito a um “acordo” que tradicionalmente se estabelecia, de forma sigilosa (sem o conhecimento da turma), entre a comissão de formatura do primeiro ano e a Atlética da faculdade para, de forma abusiva, extorquir dinheiro da turma em benefício do caixa da Atlética. O “acordo” consistia em cobrar da turma ingressante uma taxa de formatura superfaturada<sup>162</sup> que seria diluída ao longo do ano em prestações de diferentes valores supostamente destinados a financiar festas e eventos. O que aconteceu foi que a comissão de formatura da turma não aceitou o “acordo”, levou o caso para a turma resolver em votação e por uma votação de 37 a 19 a turma rompeu com a tradição e se recusou a pagar a tradicional taxa de formatura que resultaria em benefício para a Atlética. A explicação que o estudante dá ao professor vai ao ponto e desvela as configurações da rede de interdependência que se encontra na base da estrutura de poder que permeia a organização social do curso de Medicina.

**Docente** – [...] eu gostaria de fazer uma pergunta para você de um ponto que você citou. Você falou assim “ah, não vai poder participar de Liga”. [...]. eu queria entender o que as Ligas têm a ver com essa história e de que maneira a opção da turma de vocês pode influenciar a entrada nas Ligas. E quero entender, porque as

---

<sup>161</sup> Essa percepção corrobora o pensamento de vários estudantes de medicina de diferentes faculdades do estado de São Paulo que prestaram depoimento à CPI dos Trotes nas Universidades Paulistas (São Paulo, 2015).

<sup>162</sup> Havia para isso, inclusive, um acordo entre a Atlética e a empresa responsável pela organização da formatura, de forma que a Atlética receberia R\$1.500,00 por aluno para que a empresa fosse contratada para organizar o evento. Nessas condições um álbum de formatura do curso de Medicina poderia sair por “R\$6 mil, R\$7 mil, R\$ 8 mil, subindo até chegar a R\$12.000...”. O superfaturamento da taxa que deveria ser paga pela turma para a Atlética era de R\$90.000,00 (SÃO PAULO, 2015, p. 1779).

Ligas costumam ter apoio dos professores, então, isso me preocupa muito, porque isso seria um transbordamento de uma questão que está aí passando pelo âmbito das relações da Atlética, tudo mais, diretamente com um prejuízo acadêmico para os alunos. Explica isso porque isso é muito grave, eu quero ter certeza disso (p. 1774).

**Estudante-** Qual é a nossa maior dificuldade quando a gente conta essa história [...], é explicar os trâmites internos da faculdade e como que tudo se dá lá dentro, como se dá a estrutura lá. Então, as ligas estão envolvidas nisso, a Atlética, o Diretório Acadêmico. Então, a explicação aqui, em tese, vai ser didática para ajudar nesse sentido. [...] aqui é a explicação dos conceitos, [...] a Associação Atlética Acadêmica Samuel Pessoa, é o que a gente se refere genericamente como a Atlética. [...] Daí, a gente tem aqui o que as pessoas auto-intitulam de “Família Med Puccamp”, que seria o conjunto dos alunos atletas, dos ex-alunos, que na PUC são chamados de “dinos” e pela instituição Atlética... Então, a “Família Med Puccamp” seria o conjunto dessas instituições e grupos. As Ligas Acadêmicas são grupos de estudo de áreas específicas da Medicina. Então, por exemplo, tem a Liga de Cardiologia, onde todos os alunos que se interessam por Cardiologia, querem se especializar nessa área vão lá e frequentam a liga para ter conhecimentos adicionais. Essas Ligas não são reconhecidas oficialmente pela Puccamp, mas elas têm professores que participam e elas têm validação pelo DASP<sup>163</sup>. [...] Qual é a relação das Ligas com a “Família Med Puccamp”? Nada, não tem relação. As Ligas não têm relação com a Atlética, não tem relação com a “Família”, a não ser pelo fato de que alguns membros da “Família Med Puccamp” também frequentam essas Ligas. Tem um último termo que é quando a gente fala “se associar” é o termo que a gente acabou fundando, porque não existia antes, que seria aceitar todos os encargos e posições da Atlética e comissões mais velhas. [...] E o que acontece? Esses veteranos da “Família” instruem os ingressantes esportistas alinhados com eles para fazer parte da comissão de formatura, e isso com um objetivo muito claro, que é de garantir que o montante do cachê continue sendo usado para financiar a “Família Med Puccamp” e os seus eventos. [...] Daí, depois que esses alunos atletas, instruídos pelos veteranos, começam a participar da comissão, as comissões mais velhas, dos anos anteriores, organizam reuniões para explicar para as comissões de ingressantes como as coisas funcionam. Nessas reuniões, geralmente, os valores são passados, eles explicam que a gente tem que direcionar o cachê fotográfico para a manutenção das tradições da faculdade, que tem que desviar mesmo, isso daí é apresentado para a gente nessas reuniões. Tem todo um *modus operandi* estabelecido para extorquir esse dinheiro dos ingressantes. O que seria o escândalo da 49? [...] a 49 decidiu prezar por sua autonomia financeira numa votação de 37 votos a 19. A faculdade se tornou um alvoroço e em menos de cinco minutos a gente estava sabendo que o hospital inteiro estava falando sobre o assunto. E isso aí indica, serve de um indicador interessante para como tem um interesse demasiado de certos ex-alunos, residentes e “staff” da faculdade com a vida estudantil e com interesses de esporte. [...]. Agora, a gente chega ao cerne, ao busfílis, do que o vereador Pedro Tourinho perguntou, que é o que as Ligas têm a ver com isso e como elas foram envolvidas nisso? Pois então, como elas se envolvem? É comum que os integrantes da “Família Med Puccamp” usem a “Família Med Puccamp” como sinônimo de faculdade de Medicina da PUC-Campinas. Eles esquecem que é um conjunto menor da faculdade, eles consideram esse conjunto menor, que são eles, como a faculdade. Poxa, a partir do momento que você sai desse pressuposto, os limites entre as instituições autônomas da faculdade se dilui, desaparece. Porque, se a faculdade é a “Família Med Puccamp” e as Ligas fazem parte da faculdade, a “Família Med Puccamp” tem direito de tratar quem ela quiser dentro das Ligas. Mas, essa é a confusão que eles estão fazendo. Inclusive, a gente poderia apontar isso como uma espécie de patrimonialismo, tudo bem que não é um bem público, mas, ainda assim, é um bem de um grupo grande que eles reservam para um grupo menor e tratam essas organizações assim. Tanto é que a gente recebeu essas ameaças, a gente ouviu ameaças de que a gente não poderia participar de Ligas, a gente ouviu ameaças que os internos iam ferrar com a gente durante o internato, o que eu acho um absurdo um médico falar isso aí para um

<sup>163</sup> Diretório Acadêmico da Faculdade de Medicina.

colega médico, uma pessoa subalterna a ele, uma pessoa que está abaixo dele numa certa hierarquia. É muito assustador um médico, que vai cuidar de pessoas vulneráveis, tratar os seus colegas vulneráveis dessa maneira. [...] Como a gente apontou, as Ligas Acadêmicas são grupos de estudos autônomos e validados pelo DASP (Diretório Acadêmico Samuel Pessoa). E como a “Família Med Puccamp” faz essa confusão entre faculdade e “Família”, eles acabam considerando que as Ligas são disponíveis para eles decidirem quem participa ou não (SÃO PAULO, 2015, pp. 1772 a 1781 - fragmento de depoimento prestado por um estudante de Medicina da PUC Campinas à Comissão Parlamentar de Inquérito realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo).

Em geral, a disputa por uma vaga nas Ligas Acadêmicas é acirrada e o processo seletivo para o ingresso nesses estágios envolve critérios de avaliação e classificação que são previamente definidos no estatuto<sup>164</sup> da Liga Acadêmica e no edital<sup>165</sup> de convocação para o processo seletivo. Apesar de as Ligas Acadêmicas seguirem um certo padrão nacional quanto à forma de organização de seus estatutos no que se refere aos objetivos, finalidades e dinâmica de funcionamento, há também, uma certa diversidade nos critérios de avaliação e classificação exigidos para o ingresso na Liga. É importante lembrar que, embora haja a participação de docentes e residentes, as Ligas Acadêmicas são formadas e geridas por grupos de estudantes. Em geral, o processo de seleção é feito por meio de uma prova, mas há Ligas Acadêmicas que se utilizam de outras métricas para complementar o processo de seleção, como entrevista e análise de currículo, o que torna relativamente fácil para o grupo que se encontra na liderança da Liga direcionar o resultado do processo seletivo para beneficiar certos grupos em detrimento de outros. Há casos, por exemplo, em que a posse de certificados de presença ou apresentação de trabalhos em determinados congressos e a participação em determinados cursos extracurriculares permite a possibilidade de o estudante acumular pontos para processos seletivos futuros.

O depoimento de uma estudante ajuda a entender melhor como esse direcionamento pode acontecer. A estudante em questão era líder da comissão de formatura da turma 49, citada a pouco por outro estudante. Para entender as implicações do relato da estudante é preciso saber, previamente, que há Ligas Acadêmicas que estabelecem como pré-requisito para a inscrição no processo seletivo a participação em congressos específicos. Nesse caso, não há possibilidade de um estudante se inscrever para o processo seletivo daquela Liga sem ter participado do referido congresso. O que acontece é que esses

---

<sup>164</sup> Na Internet é possível ter acesso aos estatutos de uma grande diversidade de Ligas Acadêmicas.

<sup>165</sup> Na Internet é possível ter acesso a editais dos processos seletivos de Ligas Acadêmicas de diversas faculdades de Medicina e hospitais.

congressos são, em geral, de abrangência regional<sup>166</sup> ou nacional<sup>167</sup> diretamente ligados a entidades de diferentes especialidades médicas (como o CoBraLT- Comitê Brasileiro das Ligas do Trauma<sup>168</sup>) e têm vagas limitadas, gerando com isso uma pré-seleção para determinar quem vai (ou não) poder participar do evento. Por contestarem as tradições estabelecidas vários dos estudantes da turma 49 que votaram contra a submissão à estrutura de poder da Atlética foram punidos, enquanto os 19 estudantes que votaram a favor receberam privilégios especiais para participarem de um importante congresso. A seguir encontra-se parte do depoimento da aluna mencionada:

Então, teve esse processo de contestação de tradições. E eu fico muito triste de, nesse processo, a reação da “Família Med Puccamp” ser dessa forma, com tamanho sentimento de impunidade... De pegar e dizer que a gente não vai poder participar de Liga Acadêmica seja uma coisa natural, forçar a saída de membros seja uma coisa natural. Eu acho que é um sentimento de impunidade absurdo, e eu fico muito triste com isso. [...] os 19 foram incluídos na organização de um congresso que já estava em andamento desde o início do ano, mas foram incluídos em setembro, sem processo seletivo, sem respeitar a lista de suplentes, sem nada, só por terem votado a favor da “Família” (SÃO PAULO, 2015, pp. 1772, 1773 - fragmento de depoimento prestado por uma estudante de Medicina da PUC Campinas à Comissão Parlamentar de Inquérito realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo).

É baseada nessa relação de interdependência entre o que se passa nos espaços formais e nos espaços informais de aprendizagem, quase como uma relação umbilical, que são travados os embates de poder entre os grupos em disputa nos diferentes espaços de formação médica em algumas das mais prestigiosas escolas de Medicina brasileiras.

#### **6. 4 Grupos em disputa: as redes de poder que estão em jogo na *organização social do curso de Medicina***

Assim como também observado por Bourdieu (1996b) ao analisar as escolas de elite no contexto francês, no caso específico das escolas de formação médica que analisei nesta tese pude identificar algumas práticas de socialização diretamente ligadas à organização social do curso de Medicina que têm contribuído para realimentar as redes de poder no campo da medicina no Brasil. Dentre essas práticas, destaco aquela que considero, não somente como a de maior impacto para a construção e disseminação das redes de poder, de uma forma

<sup>166</sup> No caso da Liga do Trauma os congressos regionais são chamados de Pré-Colt e acontecem todos os anos em vários estados do país.

<sup>167</sup> O Congresso Brasileiro das Ligas do Trauma (CoLT) de 2015 recebeu 500 inscrições de Ligas de todas as regiões do país.

<sup>168</sup> No site da CoBraLT (<http://cobralt.com.br/ligas>) é possível visualizar as Ligas Acadêmicas associadas ao comitê. O CoBraLT, por sua vez recebe o apoio de organizações médicas como o Comitê de Trauma do *Colégio Brasileiro de Cirurgias e da Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado*.

geral, mas também, de uma forma mais específica, como aquela que, possivelmente, traga maiores implicações sobre o processo de construção das disposições de gênero quanto à escolha da especialidade médica, qual seja: a lógica de organização social que se estabelece entre os diferentes grupos em disputa no interior da faculdade de Medicina em resposta aos repetidos ritos de instituição/consagração instituídos, especialmente, em função das práticas de trotes.

A fim de buscar entender as interconexões que estruturam o espaço social em que se estabelecem as relações de poder (e, especialmente, as clivagens de gênero) nas faculdades de Medicina de algumas das mais prestigiosas instituições de formação médica brasileiras começamos, então, por entender como as turmas se fragmentam em diferentes subgrupos que se encontram envolvidos nas disputas de um complexo jogo de oposições. É importante destacar, primeiramente, que a divisão entre os diferentes grupos tem como base comum a maior ou menor submissão à estrutura de poder que se estabelece e se consolida a partir das práticas relacionadas ao trote, que impõem uma rígida hierarquia de base geracional. “O trote não serve só para você humilhar o cara. É pra você colocar ele nessa estrutura de modo submisso” (SÃO PAULO, 2015, p. 24 - fragmento de depoimento prestado por uma estudante de medicina da PUC Campinas à Comissão Parlamentar de Inquérito realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo).

Em um dado momento da entrevista que fiz com Tamara, enquanto falávamos sobre o trote e a forma como os estudantes se submetem (ou não) e ele e às práticas que o acompanham, ela me explicou como eram divididos os diferentes grupos que faziam parte de sua turma na faculdade de Medicina. Ela me disse que, dos 100 estudantes que faziam parte de sua turma, havia dois grupos com interesses diametralmente opostos formados, de um lado, por um grupo de 20 estudantes militantes da Atlética (diretamente envolvidos nas competições, nos eventos e nos trotes violentos) e, no outro extremo, por um grupo de 20 estudantes militantes do Centro Acadêmico (que, no caso de sua faculdade, se colocava abertamente contra o trote). O restante de sua turma formava um grupo de, aproximadamente, 60 estudantes. Nas palavras de Tamara, se referindo a esse terceiro grupo: “o resto da sala são pessoas que não participam nem do Centro Acadêmico e nem da Atlética e que estudam. É o pessoal que normalmente gosta de estudar” (fragmento de realizada pela autora com Tamara, aluna do 2º ano de Medicina de uma universidade pública localizada no estado de São Paulo).

Da mesma forma que Tamara, em depoimento à CPI das Universidades o médico psiquiatra e docente da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Luiz Fernando Tófoli, expôs essa mesma percepção a respeito dos diferentes grupos envolvidos com as práticas do

trote: “[...]tem duas minorias barulhentas e uma silenciosa maioria... Uma minoria eram os participantes das atividades opressivas, a outra minoria [...] é a dos denunciantes e a grande maioria dos estudantes quer tocar sua vida e serem médicos” (SÃO PAULO, 2015, p.424).

Também em depoimento à CPI das Universidades, Marco Akerman, docente da Faculdade de Medicina da USP, ao se referir a um estudo realizado por ele sobre o trote na Faculdade de Medicina do ABC<sup>169</sup> (SÃO PAULO, 2015), menciona a existência dessas mesmas clivagens. Fundamentado em uma pesquisa por questionário, Akerman identificou que os 100 estudantes de cada turma do curso de Medicina encontravam-se distribuídos em três grupos: os que, de um lado, faziam parte da liderança das Atléticas, mais associados às práticas do trote; os que, no outro extremo, eram contra o trote e tudo o que cerca essa prática; e os que não se sentiam confortáveis com a lógica dos trotes, mas se submetiam a ele de forma subserviente. O pesquisador ainda estabeleceu uma relação entre cada um dos três diferentes grupos e os benefícios (ou sanções) acadêmicos(as) e profissionais destinados aos sujeitos de cada grupo. Segue-se a explicação dada por Akerman sobre como se distribuíram esses diferentes grupos de interesse:

Todo ano, cem alunos entram na faculdade. É nítido e possível identificar 15 alunos que estão à esquerda da curva de Gauss<sup>170</sup> e - desculpem a expressão - mas são aqueles alunos chamados de “pau no cu”. São os alunos que não aceitam o trote. [...]. Esses alunos são excluídos da vida acadêmica. Eles não podem participar de mais nada porque não participam das atividades de trote. Do lado de cá, há outros 15 alunos. São os alunos mais ricos, mais bonitos, homens, heterossexuais, que gostam de atividades esportivas e dominam, de alguma forma, a lógica das Atléticas. É uma coisa meio darwinista, inclusive [...] eles se tornam, de alguma forma, a lógica de condição do trote. [...]. No meio, são os alunos que sofrem. Setenta alunos que não querem ser “pau no cu”, nem se identificam com essa lógica de poder que esses alunos querem instituir, porque esses [...] são os que sofrem o trote por anuência. Eles aceitam porque têm que mostrar que possuem couro duro. Eles serão os que submeterão os outros ao trote no ano seguinte (AKERMAN, 2015, p. 23,24 e 474).

Nessa divisão, o grupo mencionado por Tamara, Tófoli e Akerman, respectivamente, como composto por aquelas pessoas que “normalmente gostam de estudar”, que querem “tocar sua vida e serem médicos” e que “aceitam porque têm que mostrar que possuem couro duro”, pertencem àquela mesma categoria de pessoas da qual Kátia faz parte: aqueles que estão preocupados em “fazer o social”. Esse grupo também engloba aquele mesmo conjunto de “indivíduos escondidos”, em relação ao qual o grupo instituído está definido, do qual fala Bourdieu (1991, 1996b) quando discorre sobre o real sentido dos ritos

<sup>169</sup> Nessa faculdade, Marco Akerman foi docente do curso de Medicina por 18 anos.

<sup>170</sup> A curva de Gauss é uma função matemática utilizada para determinar probabilidades estatísticas em uma distribuição Normal. No caso da pesquisa de Akerman a Curva de Gauss foi utilizada para determinar a probabilidade de distribuição dos estudantes pelos diferentes grupos de interesse relacionados ao trote na faculdade de Medicina do ABC.

de instituição impostos aos estudantes das escolas superiores de elite. Trata-se de um sentido que, para Bourdieu, tem mais a ver com a lógica de organização social que se estabelece entre os diferentes grupos em disputa no interior do sistema escolar (e por extensão, do campo profissional) do que com a integração social dos novos membros ao grupo já estabelecido.

O grupo maior, aquele que sofre o trote por anuência, em geral não se identifica com a lógica imposta pelo grupo que o inflige. No entanto, como afirmaram inúmeras vezes docentes e estudantes de medicina em depoimento à CPI das Universidades (SÃO PAULO, 2015), a maioria prefere ficar calada. Esses são os “indivíduos escondidos” do qual fala Bourdieu. Eles se escondem para não sofrerem represálias, mas se escondem também porque sabem que, para terem uma chance de serem aceitos nas residências mais disputadas, precisarão mostrar que têm “couro duro”. Nesse caso, o que está em jogo nessa lógica de organização social não é somente a opção entre participar, ou não, de determinadas atividades, mas um certo tipo de estratégia de investimento em capital social.

Referindo-se à rede de poder que tende a dominar a lógica de organização social dos cursos de Medicina de algumas das mais importantes escolas de formação médica do país, Akerman (2015, p. 24) trabalha com a seguinte hipótese:

Esses 15 alunos se conectam com os 15 do ano anterior, que se conectam com os do ano posterior e assim sucessivamente: 15, 15, 15,15, 15, formando uma rede de poder que influencia as lógicas dos internatos, as lógicas das residências, as lógicas dos concursos públicos, as lógicas dos credenciamentos de médicos nas Unimed e nos planos de saúde. [...] e isso forma um ciclo e uma rede de poder que tem influência na distribuição dos empregos na região onde a faculdade está. Então, o trote, nas nossas escolas, tem uma lógica de formação de redes de poder.

Em minha tese busco interpretar essa relação entre a lógica de submissão à prática do trote e à lógica de formação de redes de poder, a qual Akerman se refere, a partir da perspectiva teórica de Bourdieu (1982, 1991, 1996b), quando trata da relação existente entre os ritos de consagração institucionalizados nas grandes escolas superiores de elite e a constituição dos campos de poder ligados às profissões politicamente e economicamente mais privilegiadas. Segundo Bourdieu, a gênese da lógica que realimenta as redes de poder dos diferentes campos profissionais de elite deveria ser buscada a partir dos mecanismos por meio dos quais ela se disfarça e se perpetua. Nesse caso, da lógica das relações de poder institucionalizadas nas escolas de formação dos cursos de elite.

Sobre essa relação de interdependência Almeida Júnior (2015, p. 43) argumenta que “neste ponto, há muitos equívocos entre aqueles que tentam analisar o trote, tais como: tratar o trote como algo desvinculado da vida universitária e das lutas de poder internas à universidade”. Paraphraseando o argumento de Almeida Júnior, afirmo que também há muitos

equivocos entre aqueles que tentam analisar as lutas de poder que resultam na permanência da desigualdade de gênero no campo da Medicina no Brasil, tais como: tratar as clivagens de gênero quanto à escolha da especialidade médica como algo desvinculado das relações de poder que envolvem as hierarquias da estrutura do trote presente no processo de formação médica.

### 6.5 O princípio por trás da “escolha”

O subtítulo com o qual começo esta sessão remete-se a uma expressão utilizada por Bourdieu (1991, p. 123) ao tratar da relação de interdependência existente entre as normas sociais relativas aos ritos de consagração e as clivagens simbólicas que levam os estudantes das escolas de elite, como um “ato de magia social”, à interiorização da inculcação e incorporação, sob a forma de *habitus*, de disposições duráveis que são o princípio por trás das aspirações e da "escolha" profissional futura.

Segundo Bourdieu (1996a), a força e a durabilidade da interiorização das disposições é resultado de um lento e prolongado processo de incorporação que se dá ao longo de todo o percurso das trajetórias pessoais dos sujeitos e ao longo das trajetórias dos grupos e dos campos aos quais pertencem. Seja de forma individual ou de forma coletiva, a aquisição e a construção do *habitus*, como um conjunto de *disposições duráveis* e fortemente interiorizadas, são frutos também da incorporação do trabalho social e histórico de sucessivas gerações em um campo específico.

Ao tratar sobre a teoria da ação e descrever a relação existente entre a construção da trajetória dos agentes singulares e as forças dos campos nos quais esses agentes se encontram inseridos, Bourdieu (1996a) explica que grande parte das decisões práticas que são tomadas no dia a dia tem sua origem, não em um projeto intencional colocado em prática por um agente o tempo todo calculista, mas em uma espécie de *senso prático* socialmente construído, incorporado e ajustado às tendências próprias do campo (ou dos campos) em que esse sujeito se encontra inserido. É por essa razão que, ao tratar do processo de construção das disposições e das aspirações quanto à formação profissional das elites francesas Bourdieu (1991), coloca o termo “escolha” entre aspas.

Entender o princípio por trás da “escolha” da especialidade cirúrgica por parte das mulheres egressas do curso de Medicina foi o principal objetivo da pesquisa que deu origem a esta tese e, apoiada nos escritos de Bourdieu (1982, 1991, 1996a, 1996b), percebo o processo de construção social das disposições de gênero como a incorporação de um *senso prático*

socialmente ajustado às tendências próprias do atual contexto histórico do campo da Educação Médica e do próprio campo da Medicina no Brasil.

Pensando empiricamente a questão, apresento, a seguir, um fragmento de entrevista que ilustra esse *sensu práctico* socialmente ajustado às tendências do campo. Trata-se de um diálogo que estabeleci com Tamara, imediatamente após sua formatura na faculdade de Medicina<sup>171</sup>. O assunto tratado nesse diálogo foi a escolha da especialidade porque ela se encontrava exatamente nessa fase de sua trajetória de formação profissional. Ela sabia que meu interesse como pesquisadora era entender porque as carreiras cirúrgicas continuam sendo improváveis para as mulheres mesmo em um contexto em que estas correspondem à maior parte dos estudantes de medicina no Brasil<sup>172</sup>. Nosso diálogo versava sobre a escolha feita por ela, mas também sobre as razões pelas quais ela não havia escolhido uma especialidade cirúrgica, apesar de gostar de procedimentos cirúrgicos. Foi um assunto que ocupou boa parte de nossa conversa. A seguir apresento um fragmento condensado desse diálogo.

T- Eu gosto de especialidades clínico-cirúrgicas. É por isso que eu fiquei na dúvida, até.

[...]

O que é mais difícil para a mulher... A cirurgia tem uma carga horária, assim, brutal. Você dá plantão dia sim, dia não. Demanda uma questão física muito grande. Você vê que os residentes emagrecem demais durante o primeiro ano da residência. Porque nem o que comer eles têm e quando eles comem eles não têm acesso a comida saudável porque eles comem o que tiver pela frente. Então, é uma série de questões.

Muitas mulheres também querem ter filhos e as mulheres médicas já se formam mais tarde. O que a gente fica pensando: “vou fazer dois anos de Cirurgia Geral, mais uns dois ou três anos de uma especialidade. Quando que eu vou ter filho, né?” Tudo isso demanda muita coisa e a especialidade cirúrgica tem um tempo maior de dedicação porque são os dois anos de Cirurgia Geral e mais uns três anos de especialização. E depois, às vezes, você faz até uma sub especialização. Mas... E tem essa questão também da humilhação que eu acho que é bem complicada. Você às vezes não quer passar por isso, entendeu? Porque todas as especialidades acabam tendo essa questão da hierarquia, mas a cirurgia tem uma humilhação mais presente. Tem essa questão do machismo mais presente. Porque é muito difícil aguentar uma residência de cirurgia por causa das humilhações... assim... todo mundo sabe disso.

[...]

A minha questão... Eu vou te falar o que eu pensei para mim. Além de eu ter pensado isso, da questão da maternidade que eu acho difícil mesmo, já que eu estou me formando mais velha<sup>173</sup>. E eu acho difícil mesmo. Agora, eu acho que essa questão da maternidade é até uma questão que todo mundo comenta (fragmento de

<sup>171</sup> Fiz duas entrevistas com Tamara. A primeira quando ela estava no segundo ano do curso de Medicina e a segunda, quatro anos depois, quando havia acabado de se formar. A maior parte dos sujeitos de pesquisa que entrevistei foram cirurgiãs ou residentes de cirurgia. Entrevistei somente três estudantes de medicina e Tamara foi uma delas. Meu interesse inicial com a primeira entrevista de Tamara foi o de me inteirar dos detalhes do processo de formação de um estudante de medicina.

<sup>172</sup> Essa informação estava contida no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e esse documento pode ser visualizado no Apêndice D da tese (p.378).

<sup>173</sup> Tamara estava se formando mais velha porque além de ter entrado na faculdade com 21 anos, três anos após ter concluído o Ensino Médio, sofreu reprovações em várias disciplinas durante o primeiro ano da faculdade e teve que fazer todo o primeiro ano novamente.

realizada pela autora com Tamara, aluna do 2º ano de Medicina de uma universidade pública localizada no estado de São Paulo).

A partir da análise desse fragmento da entrevista com Tamara passo a apresentar a fundamentação empírica dos argumentos que sustentam minha tese. Inicialmente, quero chamar a atenção para o fato de ela não ter se demorado sobre as razões pelas quais escolheu a especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, mas ter concentrado seus esforços em explicar detalhadamente porque não escolheu a cirurgia como especialidade para a residência. Também quero chamar a atenção para a forma como ela desloca o foco de sua explicação para três diferentes razões que, a seu ver, justificavam sua “escolha” (ou melhor, sua escolha reversa<sup>174</sup>). Ela começa apresentando como justificativa o argumento de que a cirurgia é uma especialidade difícil para mulheres porque demanda grande desgaste físico e logo em seguida passa para a justificativa em torno do argumento de que a cirurgia demanda muitos anos de formação e isso faria com que precisasse adiar seus planos de engravidar. Em um terceiro momento, ela vai fazer algo semelhante ao que Kátia fez quando falava sobre a importância das Ligas Acadêmicas para sua formação em cirurgia: vai abordar duas justificativas ao mesmo tempo. Começa a falar sobre humilhações, hierarquia, machismo e violências sofridas nos trotes e volta a falar de questões relativas à maternidade.

#### 6.5.1 Idade produtiva X idade reprodutiva: uma justificativa reincidente

A justificativa que diz respeito à maternidade é recorrente nesse meio. As questões em torno dessa justificativa já foram abordadas no capítulo introdutório desta tese e serão abordadas novamente no último capítulo. No entanto, trata-se de um tema que necessita de uma apreciação pontual neste ponto da discussão. Tamara começa a tratar do assunto sobre sua escolha pessoal quanto à especialidade que fará na residência dizendo que, apesar de gostar de cirurgia, não escolheria a carreira cirúrgica, mas faria opção por uma especialidade clínico-cirúrgica: a ginecologia e obstetrícia. Para justificar as razões pelas quais não faria residência em cirurgia ela vai fazer uso, primeiramente, de um argumento que também foi um dos principais argumentos empregados por mulheres estudantes de medicina (residentes ou médicas já formadas) que foram sujeitos de outras pesquisas realizadas em âmbito nacional (SIQUEIRA e ROCHA, 2008; CRUZ, 2010; FRACO e SANTOS, 2010; SANTOS 2008, 2010a; LINS, ADRY e BRANDÃO, 2013; SCHEFFER, 2013) e internacional (TAYLOR,

---

<sup>174</sup> Chamo essa “escolha” de reversa porque ela fez opção pela Ginecologia e Obstetrícia após eliminar a possibilidade de fazer uma especialidade cirúrgica e, ao mesmo tempo, ainda assim, poder trabalhar com procedimentos cirúrgicos.

LAMBERT e GOLDACRE, 2009; TROPFMANN *et al*, 2009; LERNER, STOLZMANN e GULLA, 2009; LEMPP e SEALE, 2006; FUKUDA e HARADA, 2010; BUDDEBERG-FISCHER, 2010; ALLEN, 2005; AAMC, 2010; WIRTZFELD, 2009). A justificativa gira em torno do argumento de que a opção por uma especialidade cirúrgica poderia atrasar ou até atrapalhar os planos que têm de engravidarem após o término da residência<sup>175</sup>. Na explicação de Tamara, aparece o argumento de que ela já está se formando mais velha e que a residência em cirurgia tende a demandar um longo tempo de especialização, que poderia variar de dois a quatro anos (ou até mais, no caso de se fazer opção por uma sub especialização). Note como na citação a seguir, retirada de um artigo publicado pela Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, vai se fazer uso desse mesmo tipo de argumento.

Outro fator que contribui para a dificuldade do ingresso da mulher na neurocirurgia é o número de anos necessários para se formar e entrar oficialmente no mercado de trabalho. No Brasil são no mínimo cinco anos de residência médica, ou seja, o neurocirurgião formado tem geralmente mais de 28 anos de idade, tendo que depois se sub-especializar e se fixar no mercado de trabalho. Esses anos todos são vistos como um empecilho para as mulheres que desejam ser mães, optando, assim, por não seguir a especialidade neurocirúrgica, visto que as mulheres, quando constituem família, acumulam múltiplas funções como ser médica, dona de casa e mãe, sobrecarregando-se física e emocionalmente (LINS, ADRY e BRANDÃO, 2013, p. 9).

Esse é um argumento que não pode ser menosprezado. O conflito em torno do choque entre idade produtiva e idade reprodutiva não é uma problemática que atinge, de forma exclusiva, as profissionais da medicina que escolhem a carreira cirúrgica (ZOLESIO, 2010), mas envolve uma questão muito mais complexa que se encontra no cerne da desigualdade de gênero e das relações de poder que estão em jogo em todas as categorias profissionais nas quais as mulheres mais escolarizadas disputam posições de comando, de prestígio e de maior remuneração (MASON e EKMAN, 2007; GUEDES, 2008; MARUANI, 2011; LOMBARDI, 2017a, 2017b).

No entanto, quando tomo como referência a combinação das trajetórias de formação das mulheres que entrevistei<sup>176</sup> e as pesquisas demográficas que discutem as tendências atuais quanto à relação entre nível de escolaridade das mães brasileiras e idade de nascimento do primeiro filho, não posso deixar de questionar a justificativa que utiliza a idade avançada da mãe como argumento para não escolherem a cirurgia como opção de

---

<sup>175</sup> Ver no primeiro capítulo desta tese (onde apresento a revisão de literatura) as discussões que já foram feitas sobre essa questão.

<sup>176</sup> Foram vinte e quatro cirurgiãs e residentes de cirurgia, duas estudantes de medicina, uma psiquiatra, uma médica recém-formada que atua como clínica geral e uma residente na especialidade de Diagnóstico por Imagem.

especialização (especialmente, se as mulheres que utilizam esse argumento dizem se interessar pela área cirúrgica).

Pesquisas recentes realizadas pelo Ministério da Saúde apontam para mudanças significativas na idade em que as mulheres brasileiras têm o primeiro filho (BRASIL, 2015). Seguindo a tendência que já ocorre em países desenvolvidos observa-se o crescimento do percentual de mulheres que têm o primeiro filho após os 30 anos (entre os anos de 2000 e 2012 o percentual de mães na faixa etária de 30 anos passou de 22,5% para 30,2%). Essa tendência tem uma relação direta com os anos de escolaridade da mãe. Quanto maior o nível de escolaridade, maior a idade da mãe no momento do nascimento do primeiro filho. O estudo aponta que 45% das mães com escolaridade elevada (12 anos ou mais de estudo) têm filhos após os 30 anos.

Conforme pode ser observado no quadro intitulado “Formação na residência” que se encontra no Apêndice B desta tese (p. 375), 21 das cirurgiãs (ou residentes de cirurgia) que entrevistei terminaram (ou terminarão) a residência em cirurgia avançada<sup>177</sup> até os 30 anos de idade e 5 delas até os 33 anos de idade. Dentre as vinte e quatro cirurgiãs que entrevistei cinco dentre elas eram mães, duas das mais velhas fizeram opção por não terem filhos, uma não tinha perspectiva de ter filhos e dezesseis não tinham filhos. Dentre essas que não tinham filhos a maternidade fazia parte dos planos de futuro para quinze delas e nenhuma dessas percebia incompatibilidade entre seus planos de futuro como cirurgiãs e seus planos de futuro quanto à maternidade.

Ao utilizar o argumento em torno da idade reprodutiva e falar que “essa questão da maternidade é até uma questão que todo mundo comenta”, Tamara toca em um ponto fundamental que não pode ser menosprezado ao se tratar sobre o estudo das razões que levam as jovens médicas a não escolherem a carreira cirúrgica. Independentemente de a conciliação entre maternidade, vida familiar e carreira cirúrgica ser possível (ou não), o que importa, nesse caso, é a representação social que as estudantes de medicina têm construído a respeito dessa suposta impossibilidade. E as representações sociais têm sido eficazes porque para a grande maioria das estudantes de medicina a representação social de que a maternidade e a constituição de uma família são incompatíveis com carreira cirúrgica realmente parece pesar e orientar suas escolhas.

---

<sup>177</sup> A cirurgia avançada corresponde à segunda etapa do processo de formação em cirurgia. Para esse tipo de formação faz-se primeiro, dois anos de residência em Cirurgia Geral, para depois completar a formação em uma área cirúrgica específica, com mais dois ou três anos de formação especializada.

Essa resposta de Tamara também me fez lembrar de um tipo de resposta recorrente que recebi quando perguntei às cirurgiãs (e residentes de cirurgia) que tipo de comentário seus colegas e professores fizeram quando ficaram sabendo que elas haviam escolhido a cirurgia como opção para a residência. A maior parte das respostas coincidiu com o mesmo tipo de comentário que também foi recorrente em outras pesquisas (MASON e EKMAN, 2007; ZOLELIO, 2010; KIRK, 2014; ALERS, 2014; GRIGG, ARORA e DIWAN, 2014), ou seja, receberam algum tipo de conselho por parte de professores e colegas ou por parte dos pais e familiares, para que não escolhessem a cirurgia como opção de especialização porque essa era uma profissão incompatível com a maternidade e a vida familiar, ou ainda porque é uma profissão que demanda muitos anos de formação e exige grande força e resistência física do profissional. Apresento, a seguir, alguns fragmentos de entrevista nos quais as cirurgiãs falaram sobre esses estereótipos<sup>178</sup>.

Eu sou de uma família simples. Meu pai militar e minha mãe do lar. Por eles, eu tinha que casar... O máximo era ter um curso superior para ter o título somente, mas a ideia deles era que eu deveria casar, constituir uma família, ter filhos. E eu sempre me rebelei contra isso. Não era o que eu queria. E eu falei: "Não. Eu vou fazer residência. Vou terminar a faculdade de medicina e eu vou fazer o que eu quero, que é cirurgia cardíaca" (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Marcela, cirurgiã cardiovascular, chefe da residência de Cirurgia Cardiovascular).

≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡

RE- E alguém falou para você assim: "Não, não faz cirurgia. Isso aí não é coisa pra mulher!"?

RA- Muito, muito.

RE- De quem que você ouviu esse tipo de comentário?

RA- Do próprio grupo de colegas da faculdade e também do meu pai [que é médico pediatra].

E aí o meu pai ainda ficava: "“Filha, vamos acordar, né?! Filha, faz Gineco" (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Raíssa, cirurgiã cardiovascular).

≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡

J- Então eu me lembro que eu falei com os meus professores: "Eu vou embora dessa cidade. Eu [...] vou fazer Cirurgia Geral ". Eles falaram: "Como que você vai fazer cirurgia [ela imita a voz do professor em um tom de bronca]? Não, isso é muito ruim para mulher. Muitos trabalhos, muitos plantões, você não vai dormir, não vai descansar!"

R- Vários professores falavam a mesma coisa para você nesse sentido?

J- Ahh, falavam, falavam muito. Eu lembro que quando eu passei eu gostava da cirurgia, quando eu passei de interna... eu ainda não tinha me formado como médica

<sup>178</sup> É importante lembrar que esse argumento é o mesmo tipo de argumento que era usado no século XIX para desestimular as mulheres de estudarem para serem médicas. Na ocasião, quando uma mulher dizia que queria fazer faculdade de Medicina o conselho que recebiam era: "a Medicina é uma profissão imprópria para mulheres porque demanda grande força física e é incompatível com a maternidade" (DALL'AVA-SANTUCCI, 2005; RAGO, 2000 e 2005; MOTT, 2005).

e os residentes de Cirurgia Geral falavam: "se eu ficar doente e tiver que fazer uma cirurgia, se tiver cirurgiã mulher e cirurgião homem, eu vou escolher o homem. Eu não vou escolher mulher, não. As mulheres... você tem que estudar dermatologia... outra coisa.

R- Quem falava isso eram os residentes?

J- Os residentes. Quando eu fazia faculdade eles me perguntaram: "O que você vai fazer?" E eu disse: "Eu vou fazer cirurgia." "Você vai fazer cirurgia? Não! Você não tem cara de cirurgiã! Você não dá conta!" Falavam sempre a mesma coisa (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Jéssica, R3 de cirurgia cardiovascular).

≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡

R- E aí o que eles falavam?

V- Cirurgia é para homem, Vívian. Por que você vai fazer cirurgia? O que? Vívian, você está maluca? Está louca? Faz dermato. Se você vai fazer cirurgia, pode fazer só cirurgia plástica (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Vívian, R2 de cirurgia cardiovascular).

≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡

R- Quando você resolveu fazer cirurgia, qual foi a reação da sua família, dos seus colegas, dos seus professores?

P- Ah, Rebeca, dos meus colegas, acho que eles já todos sabiam. Acho que não foi surpresa pra ninguém. Ninguém comentou nada. Meu pai [que era médico ginecologista] que falava: "Você tem certeza que vai fazer cirurgia? Para mulher é difícil, depois você vai querer ter filhos". Ele nunca falou assim, incisivo: faça ou não faça. Mas ele sempre deu conselhos. Eu lembro exatamente: "Você não quer oftalmologia? Ou dermatologia? Pra mulher é muito melhor." Isso eu lembro ele falando. "Você vai ver, é pesado". Mas depois que ele viu mesmo que eu escolhi, nunca mais ele falou nada. Isso foi antes. Mas ele tentou me fazer mudar de ideia (Fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Pietra, cirurgia pediátrica).

≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡

P- Meu tio [que era médico otorrinolaringologista] ficou preocupado porque eu já queria cirurgia. Era 4º ano e eu já falava que iria fazer cirurgia. E ele achava que era difícil pra mulher. "Oh, você é mulher... é difícil entrar em equipe. Depois vai ser complicado você ter a sua equipe. Você vai ter que atrelar o seu trabalho à da outra. Se um dia você quiser casar, ter filhos, você vai ter que se organizar, não é tão fácil assim" (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Paula, cirurgia coloproctologista em início de carreira).

Além dessas mencionadas acima, outras mulheres por mim entrevistadas também afirmaram terem recebido conselhos para que desistissem da escolha por uma especialidade cirúrgica. Outras, disseram nunca ter recebido qualquer tipo de conselho desse tipo e outras, ainda, disseram que não receberam esse tipo de conselho por ocasião da escolha por Cirurgia Geral, mas receberam conselhos quando por ocasião da escolha por subespecialidades como Cirurgia Cardiovascular e Cirurgia Torácica. Nesse caso, o conselho era para que escolhessem subespecialidades mais tranquilas e consideradas mais apropriadas para mulheres, como foi o caso do que aconteceu com Kátia e com Teresa.

R- Houve algum tipo de conselho assim: "Não. Não faça cirurgia. Pra mulher não é uma boa carreira"?

K- Olha, eu acho que não. Não me lembro de ter ouvido isso. Eu ouvi um pouco depois, quando eu fui fazer torácica. Mas na residência de Cirurgia Geral, nem tanto. Porque tem muitas especialidades que são cirúrgicas e são consideradas femininas, digamos assim. Quando eu fui fazer torácica eu me lembro um pouco mais. Eu me lembro, mais forte do que pra fazer Cirurgia Geral (fragmento da entrevista realizada com Kátia, cirurgiã torácica).

≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡

R- E quais eram as observações que eles [professores e colegas] faziam?

T- A maioria fala pra não fazer, né. Porque não é uma área, vamos dizer assim, boa pra mulher, eles falavam.

R- Tinha isso? Falavam assim?

T- Falavam. Até hoje falam, né [dá uma risadinha].

R- Quem falava?

T- Ah, todo mundo fala né: "É. melhor você escolher uma coisa mais tranquila.

R- Mas, quem é que fala? Sua família fala isso pra você? Sua mãe, seu pai?

T- Não. Porque não tem médicos na minha família então eles não têm esse conhecimento de que cirurgia é pesado, clínica é mais tranquilo. Mas as pessoas que estão na área mesmo: colegas ou professores. O pessoal fala assim: "ah, tenta fazer anestésio". Te jogam para alguma coisa mais tranquila do que cirurgia. E mesmo na cirurgia... porque eu pensei em fazer R3 de oncologia ou Cirurgia Geral avançada, que é trauma. Aí todo mundo fala assim: "Ah, não, faz uma coisa mais tranquila. Faz cabeça-pescoço" (fragmento da entrevista realizada com Teresa, R2 de Cirurgia Geral).

É interessante destacar que apesar de muitas das médicas que entrevistei terem recebido conselhos para que escolhessem uma especialização que fosse mais tranquila e apropriada para mulheres, ainda assim, elas se decidiram pela carreira cirúrgica.

Tanto a literatura referente à demografia médica como à referente à sociologia médica foram igualmente relevantes para fundamentar a construção da tese que aqui apresento. Ao mesmo tempo que os estudos têm mostrado um aumento do número de mulheres que têm buscado a cirurgia como especialidade médica, têm mostrado também, que ainda permanecem arraigadas nas representações sociais os estereótipos de gênero em torno da ideia de que a carreira cirúrgica não é apropriada para mulheres.

#### 6.5.2 Necessidade de grande esforço físico: a mesma justificativa usada no século XIX?

A carga horária extenuante e a necessidade de grande esforço físico<sup>179</sup> foram dois argumentos também utilizados por Tamara quando tentava falar sobre as razões pelas quais ela não escolheria a cirurgia como especialidade para a residência. Ela começa esse argumento com as palavras: "O que é mais difícil para a mulher... A cirurgia tem uma carga

<sup>179</sup> Juntamente com as questões em torno da maternidade, essas são outras duas justificativas com as quais trabalho na tese para entender o processo de construção das disposições de gênero quanto à escolha da especialidade médica por parte das mulheres egressas do curso de Medicina.

horária, assim, brutal. [...] Demanda uma questão física muito grande”. Ao falar dessa forma Tamara faz referência às dificuldades da profissão, em si, mas das muitas dificuldades que teria que enfrentar na residência e esse é o segundo ponto que quero discutir a partir de sua fala.

Quando tomo como referência as trajetórias de formação das cirurgiãs que entrevistei e das residentes que observei em atuação durante a residência não posso deixar de questionar esse tipo de argumento. Meu questionamento não está no fato de Tamara pensar dessa forma. O que questiono é a forma como o argumento em torno da força e resistência física é construído e incorporado ao imaginário dos estudantes de medicina<sup>180</sup>. Tamara faz referência a um tipo de discurso muito presente nos espaços de formação médica: o discurso de que as mulheres são mais frágeis fisicamente e emocionalmente. Nas palavras de Tamara: “Ah não... É mulher? Então tem um desconto. Você é homem, você tem que saber isso. Tipo... o homem tem que saber as coisas, tem que ser mais forte. A mulher é como se fosse um café com leite” (fragmento da segunda entrevista realizada pela pesquisadora com Tamara, médica recém-formada em uma universidade pública localizada no estado de São Paulo). No entanto, ao mesmo tempo que em certos espaços a mulher é aceita como um “café com leite”, em outras esferas ela é testada ao extremo. Pude perceber essa diferença especialmente no que diz respeito às estudantes de medicina que decidiram fazer residência em cirurgia.

As mulheres que entrevistei não reclamaram da dificuldade da residência. Quando escolheram a cirurgia como especialidade elas já sabiam que seria difícil, estressante e cansativo. Sabiam que teriam de fazer muitos plantões. Elas esperavam por isso e entendiam que essa carga de trabalho fazia parte do processo de treinamento e que seria importante para sua formação como cirurgiãs. As reclamações que ouvi de algumas dessas mulheres quanto à carga de trabalho e o grande esforço físico foi por serem, muitas vezes, mais cobradas do que seus colegas residentes, e submetidas a testes aos quais eles não eram submetidos. Há um discurso subentendido nas entrelinhas de que já que essa mulher quis fazer residência em cirurgia (reconhecidamente um campo masculino e masculinizado<sup>181</sup>), então, precisa mostrar que é digna de estar ali. Nesse sentido, percebo que é possível que as estudantes de Medicina se utilizem de argumentos que apelam para a resistência física por saberem que alguns

---

<sup>180</sup> Esse argumento em torno da percepção de que a residência em cirurgia não é própria para mulheres porque demanda grande esforço e resistência física também apareceu em outras pesquisas (LEMPP e SEALE, 2006)

<sup>181</sup> Masculino no sentido de que, estatisticamente falando, os serviços de residência em cirurgia são aqueles que têm a maior proporção de homens dentre todas as especialidades e, “masculinizado” no sentido de que, bons cirurgiões e boas cirurgiãs são aqueles que incorporam o “ethos” cultural valorizado pela profissão cirúrgica e constroem disposições tidas como “masculinas” (ZOLESIO, 2010; MARQUES e AMÂNCIO, 2002).

serviços de cirurgia têm a fama de testarem a resistência (física, emocional e psicológica) das mulheres (mais do que a dos homens) até o limite da exaustão. A experiência da cirurgiã cardiovascular Marcela é um caso exemplar desse tipo de “teste”.

Eu sempre fui testada, desde o começo. Sempre fui colocada, assim, ao limite para ver... assim... "Tem que testar, tem que ver se ela aguenta". Então, a primeira semana em que eu entrei... Porque quando você faz cirurgia de revascularização do miocárdio, por exemplo, você tem que lavar o doente antes de começar a cirurgia. Você dá praticamente um banho no doente. E quando é revascularização do miocárdio, em que você tira a safena das pernas, alguém tem que segurar as pernas. Você tem que segurar as pernas do paciente para outra pessoa pintar. Me deixaram uma semana inteirinha segurando a perna de tudo quanto era doente. E tinha, em média, dez, onze cirurgias por dia aqui. Você imagina. [...]. Eu sabia que eles estavam me testando e eu fazia justamente o contrário. Eu não dava o braço a torcer. Tinha dias que eu estava assim... me acabando, mas eu ia até o fim, fazia tudo. [...] Me colocaram em cirurgias... Geralmente era assim, o Dr. Soares, ele era muito bravo. É ainda. Aquele jeito, né, de cirurgião. Que eu não gosto. Eu não gosto disso. Acho que você não precisa disso para ser cirurgião. Mas, de qualquer maneira, cada cirurgião tem o seu jeito. Então, sempre nas cirurgias dele, quando ele entrava, porque... geralmente, os chefes só entram no tempo principal. Então, quando ele entrava, ficava um assistente, que era um médico já formado, já experiente, mas que era o assistente, a instrumentadora e desse lado aqui, do lado do Dr. Soares, só ficava R3 porque era o último ano da residência. Me deixaram algumas vezes. De propósito. Para levar bronca dele. Então... Várias vezes tentaram me colocar assim, em situação difícil, para eu entrar pelo cano. E eu não entrava (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Marcela, cirurgiã cardiovascular, chefe da residência de Cirurgia Cardiovascular).

Assim como aconteceu com Marcela, Raíssa era a única mulher da equipe e no início de sua residência em Cirurgia Cardiovascular foi colocada repetidamente para trabalhar com um cirurgião que tinha fama de humilhar os residentes. Ao me explicar como seus colegas R+ fizeram de tudo para que ela desistisse da residência ela disse o seguinte:

Aí eles te colocam muito em lugares que ninguém quer entrar. Eles te colocam na terceira cirurgia do dia com aquele cirurgião que ninguém gosta, que é briguento, que é chato. É um cara que é insuportável, que humilha as pessoas, que manda pra fora, expulsa da sala. Eu fui a que mais entrou com esse cara (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Raíssa, cirurgiã cardiovascular em início de carreira).

O maior esforço e resistência física exigidos das mulheres nem sempre tem relação com as necessidades impostas pela dinâmica cotidiana das atividades próprias das especialidades cirúrgicas, mas com a construção de uma identidade de gênero valorizada nesse espaço de formação, onde muitas vezes as residentes são submetidas a situações às quais seus colegas não são submetidos. O objetivo é ver se ela passa no “teste” e demonstra ter os atributos necessários para ser uma boa cirurgiã (ou não). As residentes e cirurgiãs que entrevistei passaram por diferentes testes desse tipo antes e durante o ato de instituição que as tornou dignas de serem investidas como cirurgiãs. Homens e mulheres passam por esses

testes, mas, para as mulheres, além dos testes usuais aplicados a todos os residentes do primeiro ano de residência em cirurgia, outras métricas são estabelecidas.

Como também observado por Zolesio (2010) em pesquisa realizada na França com cirurgiãs gastrointestinais, em minha pesquisa observei que as mulheres que têm a pretensão de se tornarem cirurgiãs são colocadas à prova e precisam demonstrar que incorporaram certas disposições de gênero consideradas como distintivas de uma identidade profissional que define o que é ser um bom cirurgião ou uma boa cirurgiã. O destaque, nesse caso, diz respeito a uma série de atributos e traços de personalidade que refletem um tipo de “masculinidade” valorizado no campo cirúrgico e tido como característico da identidade profissional do cirurgião (MARQUES e AMÂNCIO, 2002). Uma identidade que confunde o modelo ideal de cirurgião com um tipo específico de “masculinidade”: aquele que se caracteriza por um estilo autoritário de liderança, resignação e subserviência diante dos diferentes tipos de assédio, capacidade de suportar pressões emocionais e psicológicas, linguagem agressiva, humor irreverente, dentre outras<sup>182</sup> (ZOLESIO, 2010; MARQUES e AMÂNCIO, 2002).

Mas o destaque que designa a distinção diz respeito, também, a um tipo de clivagem interna que se estabelece no campo da medicina entre os profissionais das especialidades cirúrgicas e os das demais especialidades. Uma vez confirmados os atributos que conferem distinção “homens e mulheres não se diferenciam enquanto profissionais, uma vez que se orientam pela mesma norma, a qual se ancora na representação hegemônica da masculinidade e os torna distintos dos profissionais da medicina interna” (MARQUES e AMÂNCIO, 2002, p. 407).

Jéssica, uma residente em Cirurgia Cardiovascular, já sabia que teria que passar por um teste de confiança antes de ser aceita por seus colegas como uma boa cirurgiã. Ela comenta sobre como se deu essa passagem da desconfiança para a aceitação em sua trajetória.

Eu sei que para as mulheres o começo é um pouco mais difícil porque eles ficam muito atentos, olhando, analisando: "mas será que ela consegue fazer isso? Será que ela faz direito?" O começo é mais para ganhar a confiança deles. Mas depois que nós ganhamos a confiança fica igual. Mas demoramos mais... Eu sou mais testada do que meus colegas. Eu sei disso, eu sei disso. E, de repente, dão procedimentos para meus colegas homens primeiro do que para mim. Mas depois ficam me olhando: "Mas ela sabe também, ela faz direito também. Ela consegue fazer". Mas no começo não. Quando não me conheciam eles falavam: "Será que ela consegue?" Mas já depois que ganhamos a confiança, eles nos conhecem, aí nós fazemos igual.

---

<sup>182</sup> Na pesquisa etnográfica que realizei pude observar um outro modelo de “masculinidade” que diverge totalmente desse modelo autoritário e violento, mas que se constitui ainda pouco representativo diante do modelo denominado por Marques e Amâncio (2002) como hegemônico. Tratarei desse outro modelo no próximo capítulo da tese.

Trabalho igual a meus colegas. Mas no começo é difícil. Não somos tratados igual. Eu sei que é difícil. Mas eu fico tranquila. Eu sei que eu vou conseguir e consigo (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Jéssica, R3 de cirurgiã cardiovascular em um hospital da rede pública).

### 6.5.3 O primeiro ano da residência: um novo rito de consagração

Ao refletir sobre esse tipo de organização social característico do processo de formação em cirurgia não consigo deixar de pensar sobre o ingresso dos novos residentes aos programas de residência em cirurgia como uma continuidade do rito de consagração que teve início por ocasião do ingresso dos estudantes no curso de Medicina. É como se fosse uma nova fase do rito de consagração sendo aplicada aos estudantes ingressantes, só que desta vez em um patamar mais avançado do processo de formação.

Essa constatação me faz trazer à pauta desta discussão o comentário de Bourdieu (1991; 1996b) sobre um tipo de estratégia (que ele denomina de universal) presente na formação das elites profissionais que se caracteriza pela incorporação de disposições ascéticas, por parte daqueles sujeitos que suportam com determinação e resiliência as humilhações e os sofrimentos físicos e psicológicos que lhes são impostos como forma de teste para legitimar a distinção. Para Bourdieu (1991), assim como para Almeida Júnior (2015) a adesão das pessoas a uma instituição é diretamente proporcional à gravidade e fadiga dos ritos de iniciação aos quais são submetidas.

Essas colocações me levam a pensar que os testes que se encontram implícitos aos rituais de consagração impostos aos ingressantes nos programas de residência em cirurgia são aplicados a todos. Quando analiso as trajetórias de formação médica das residentes e cirurgiãs que entrevistei, percebo que tanto elas, como seus pares do sexo masculino, passaram por esses testes. A diferença é que, para alguns, a consagração que legitima a entrada na residência em cirurgia, possivelmente, já houvesse sido estabelecida ao longo do processo de formação médica à medida que, enquanto estudantes, esses sujeitos se submeteram aos diferentes ritos de instituição exigidos como testes de resistência e submissão. Nesse caso, não haveria mais necessidade de novos testes para justificar a presença desses sujeitos na residência em cirurgia. Ao contrário do que acontece com esse grupo, para outros, como aconteceu no caso de algumas das residentes e cirurgiãs que entrevistei, a legitimação de seu ingresso e permanência no programa de residência em cirurgia dependeria de como se sairiam nos testes aos quais seriam submetidas durante os ritos de iniciação inerentes aos rituais de consagração.

Esse foi o caso das experiências vividas por Marcela, Teresa e Jéssica. Ao contrário da maior parte das outras mulheres que entrevistei elas vieram de outros estados e até de outro país (no caso de Jéssica) e não eram conhecidas dos demais residentes e da equipe médica dos programas de residência nos quais estavam ingressando. Nesse caso, o rito de instituição pelo qual passaram não teve apenas a função de consagração ao seletivo grupo do programa de cirurgia, mas também e, principalmente, a função de testar se possuíam as disposições consideradas indispensáveis para um candidato à formação em cirurgia. Cabe aqui o esclarecimento de que esse tipo de teste não é aplicado apenas às mulheres vindas de outros estados ou de outras instituições que ingressam em um grupo já instituído. Um homem, na mesma situação, possivelmente, também passaria por esse tipo de teste.

Ao tratar das diferentes funções sociais do ato de instituição como um rito de consagração, Bourdieu (1982, 1991), esclarece que além de separar aquele a quem o rito diz respeito daquele a quem não diz respeito, estabelecendo fronteiras duradouras entre esses dois grupos e desencorajando qualquer tentativa de ultrapassar as fronteiras, uma vez estabelecida essa distinção primária, o rito de instituição tem também outras funções, quais sejam: estabelecer distinções internas ao próprio grupo daqueles a quem o rito diz respeito e definir um limite arbitrário entre os que se submetem e os que não se submetem a determinados ritos de iniciação.

Foi a partir de um tipo de raciocínio homólogo a esse que construí a tese que aqui desenvolvo. Percebo essa interdependência entre os ritos de consagração e a legitimação das diferenças entre os sexos especialmente no que diz respeito à construção das disposições de gênero quanto à escolha da cirurgia como especialidade médica. Entendo o processo de “escolha” que se fundamenta em justificativas do tipo “a residência em cirurgia é imprópria para mulheres que desejam ser mães” ou “a residência em cirurgia demanda grande força e resistência física”, como um exemplo clássico do fenômeno que Bourdieu (1996a) interpreta como a incorporação de um *sensu práctico* socialmente ajustado às tendências próprias do campo. No caso específico da formação profissional das mulheres na medicina e de sua inserção no mundo do trabalho, entendo que esse *sensu práctico* resulta não da real incompatibilidade entre carreira cirúrgica e maternidade, ou da sobrecarga de esforço físico imposta aos residentes de cirurgia, mas da construção de disposições de gênero incorporadas ao longo do processo de formação na faculdade de Medicina que leva os estudantes a se apropriarem desses discursos como se correspondessem à realidade. São essas as disposições que vão sendo paulatinamente interiorizadas a partir de suas próprias experiências de

interação com a complexa rede de interdependência que envolve o processo de educação médica.

Não estou querendo dizer com essa posição que não percebo as dificuldades que as cirurgiãs enfrentam para conciliar vida profissional, maternidade e vida familiar. Como será apresentado no último capítulo desta tese, as dificuldades são muitas<sup>183</sup>. Também não estou desatenta à sobrecarga de esforço físico imposta aos residentes de cirurgia. Essa sobrecarga é um fato. Além disso, há também que se considerar o interesse por parte de um número considerável de estudantes pelas especialidades clínicas em oposição ao desinteresse por especialidades cirúrgicas que possivelmente deriva de outros fatores relacionados com seu percurso social e profissional. Não se trata de ignorar essas, e outras possibilidades. No entanto, quero trazer para discussão uma outra hipótese, essa que aparece na fala de Tamara e que não tem sido explorada pelas pesquisas quando se trata de entender as razões da escolha das médicas brasileiras pela especialidade.

#### 6.5.4 “Eu nem tento porque eu não me sinto confortável naquele ambiente”

Voltemos a analisar a conversa que tive com Tamara sobre as razões que a levaram a decidir qual especialidade faria na residência. Na sequência da conversa ela chega ao ponto em questão.

Além disso, o que eu penso é que seria muito difícil aguentar uma residência em cirurgia tendo que ficar calada sobre esses assuntos que eu te falei<sup>184</sup>. Sabe, sobre as humilhações que os residentes acabam sofrendo também. Mas isso é uma coisa pessoal minha porque eu faço parte daqueles 15% que militam contra o machismo, a homofobia, o trote e a violência na faculdade<sup>185</sup>.

<sup>183</sup> Assim como também são muitas as dificuldades enfrentadas por outras profissionais de carreiras de alto prestígio e remuneração que conciliam maternidade, vida familiar e vida profissional. E essa não é uma exclusividade das mulheres mais escolarizadas e bem remuneradas, mas uma situação presente na vida da maior parte das mulheres que vivenciam diariamente uma dupla jornada de trabalho e precisam conciliar o trabalho na esfera doméstica e o trabalho na esfera pública (BRUSCHINI e LOMBARDI, 2000; HIRATA e KERGOAT, 2003; MARUANI, 2006; HIRATA, 2015).

<sup>184</sup> O assunto ao qual Tamara se refere fez parte de um momento anterior dessa mesma conversa e ela me explicava porque considerava os estágios cirúrgicos muito tensos em vários sentidos. Ela começou me explicando que “é uma situação muito tensa porque você não é tratado muito bem (...) muitas vezes você é humilhado...”. Ela cita vários exemplos de situações que ela ou seus colegas de turma vivenciaram nas quais, especialmente os médicos assistentes e os residentes de cirurgia trataram os internos de forma humilhante e autoritária. Essas humilhações acontecem, em geral, no momento em que o docente responsável pela cirurgia não se encontra presente (durante as cirurgias é comum que o docente, que é o cirurgião principal, só entre na sala de cirurgia no momento do procedimento principal; ele não se encontra na sala no início e no final do procedimento cirúrgico). Vou deixar para apresentar os exemplos específicos no próximo capítulo onde trabalharei, especificamente sobre os estágios do internato.

<sup>185</sup> Durante a primeira semana na faculdade Tamara e seus colegas de turma foram submetidos a trotes violentos e diferentes tipos de agressões físicas e psicológicas. Essa experiência traumática fez com que ela se aliasse a um movimento estudantil que militava contra o trote violento na faculdade, passando a fazer parte daquela minoria à qual o professor Marco Akerman se referiu em seu depoimento à CPI das Universidades. Na entrevista, ela fez

R- E, nesse ponto, Tamara, você acha que pode haver alguma relação entre o que acontece nos trotes, nas festas, essa coisa da violência física e psicológica e essa ideia de que a cirurgia é uma área mais agressiva, mais machista? Enfim... pensa comigo, por exemplo, uma menina que está fazendo faculdade e ela não gostou do que aconteceu com ela nos trotes e tal... E ela vê quem são os residentes homens<sup>186</sup> que estão na cirurgia... [Tamara não me deixa terminar a frase e já começa a falar].

T- Isso, isso... [dando ênfase e mostrando que concorda plenamente com o que eu estou falando]. Sim! Em relação a essa especialidade. Ela já sofreu agressão e humilhação por aquelas pessoas durante a graduação então ela já tem esse pensamento. Isso acontece, inclusive, durante a faculdade mesmo. Então, por exemplo... Eu não sei se eu te contei que eu sofri trotes muito violentos durante a faculdade?

R- Sim. Você me contou os detalhes do teu trote<sup>187</sup>.

T- Então, por exemplo, esse residente, um dos residentes que deu trote em mim faz ortopedia, então, quando eu passei por aquele estágio eu já tinha uma repulsa por aquele estágio porque eu já falava assim: “Ai, vou ter que ver a cara dele, vou ter que ficar perto dele...”. Então, assim, sabe é uma coisa que já dá aquele desgosto. Você já fala: “nem quero ir para aquele estágio”. Você já cria uma repulsa já, a esse estágio e, conseqüentemente, àquela especialidade, por conta de que aquilo remete a situações de humilhação e de judiação que você viveu antes...

(...)

Outra coisa que eu ia falar e que acontece assim... Tem situações em que os residentes descontam quando eles não gostam muito de você. Porque o que acontece é assim... Porque o residente acaba tendo uma relação de chefe com o interno.

R- Sim. Não só de chefe. Ele acaba tendo uma relação de professor também, não é?

T- Sim, sim. Isso. Tanto o médico assistente como o residente acabam assumindo essa função. E imagina... Vários médicos assistentes jovens são pessoas que te humilharam, te deram trote. Que você passou por essa situação. E muitas vezes essas pessoas realmente conquistam as vagas que elas querem. Alguns por mérito próprio, muitas vezes, mas outras é porque tem aquelas ajudas que eu comentei. E foi o que eu falei para você, eu nem tento porque eu não me sinto confortável naquele ambiente. E assim, além da questão física tem a questão psicológica. Eu não sei como eu sobreviveria num ambiente daqueles, sabe. Difícil. Não é você sendo ensinada, é você sendo humilhada. Porque eu lembro uma vez que eu fui discutir, quando eu estava no quinto ano, uma broncoscopia<sup>188</sup> de um paciente. E eu fui passar o caso do paciente e era a minha primeira semana e eu tinha acabado de ir para o internato. E o médico falou assim... Quem faz a broncoscopia é o cirurgião torácico e eu fui conversar com ele para passar o caso porque era uma suspeita de tuberculose. Daí eu sei que eu fui falar com ele sobre o caso e eu falando que o paciente estava com um quadro assim, assim, assado... E eu lembro que eu saí de lá chorando porque qualquer coisinha que eu falava ele vinha com a intenção de te humilhar. Qualquer coisinha que eu falava... E daí quando eu fui fazer o

---

menção aos 15% (termo usado pelo professor Marco Akerman em seu depoimento) porque esse foi o assunto do qual tratávamos um pouco antes de começarmos a falar sobre a escolha da especialidade. Tamara havia sido incentivada por seus colegas do grupo antitrote a também ir depor na CPI das Universidades e acompanhou, de perto, os depoimentos que estavam sendo prestados na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo.

<sup>186</sup> No diálogo com Tamara fiz menção aos residentes homens, mas depois, ao analisar melhor a questão percebo que o mesmo pode acontecer com relação às mulheres porque é bem possível que algumas residentes de cirurgia também tenham participado da aplicação de trotes violentos enquanto faziam faculdade. Na primeira entrevista que fiz com Tamara ela havia me contado sobre um episódio que presenciou no ônibus a caminho para a Pré-Intermed envolvendo algumas estudantes do 6º ano: “Agora, na Pré-Intermed, no ônibus, sete calouras foram obrigadas a beijar um menino do 6º ano e daí uma saiu chorando. Lógico, né. E quem obrigou foram as meninas do 6º ano. Aquelas que ficam falando: “Ah, sua biscate, sua vagabunda, veio de shortinho, tá querendo dar”? E daí, assim, as meninas do 6º ano fizeram essas meninas beijarem”.

<sup>187</sup> Nos capítulos anteriores a este é possível observar exemplos específicos de situações humilhantes e trotes sofridos por Tamara e seus (suas) colegas nos espaços das festas, dos treinos e das competições esportivas.

<sup>188</sup> Broncoscopia é um exame que permite a visualização das vias aéreas (fossas nasais, nasofaringe, laringe, traqueia e brônquios) com auxílio de um instrumento chamado broncoscópio.

procedimento com ele cada hora era um tipo de humilhação. Então você fica naquela situação de tensão. Você não consegue se sentir confortável. Eu vivi muito isso. Eu gosto muito de procedimento cirúrgico até. Tanto é que eu estou escolhendo uma... eu fiquei em dúvida entre duas especialidades clínico-cirúrgicas. É a questão mais do ambiente mesmo (fragmento da segunda entrevista realizada pela pesquisadora com Tamara, médica recém-formada em uma universidade pública localizada no estado de São Paulo).

Esta parte da conversa veio logo na sequência da parte onde ela apresenta as justificativas em torno da idade para ser mãe, do longo percurso a ser percorrido na residência em cirurgia e das dificuldades exigidas em função da necessidade de resistência e força física. Note como logo no início desse fragmento Tamara muda o foco da justificativa e dá continuidade ao seu argumento usando a expressão “além disso”. Nesse momento da conversa ela introduz um novo argumento para justificar sua decisão e começa a estabelecer uma relação entre as violências que ela sofreu nos trotes e nas festas e as humilhações e agressões vivenciadas e observadas durante os estágios no internato. Essa nova versão da justificativa de Tamara corrobora o ponto de vista daquela que considero uma das principais hipóteses da minha tese, qual seja, a relação de interdependência existente entre, de um lado, a dinâmica da organização social que estrutura a lógica hierárquica das Atléticas e das práticas relacionadas ao trote e, do outro lado, a dinâmica da organização social que estrutura a lógica hierárquica das práticas pedagógicas que acontecem no internato, nas residências e em outros espaços de aprendizagem ligados ao currículo formal e informal de algumas das mais conceituadas escolas de Medicina do estado de São Paulo.

Para essa análise levo em consideração uma série de elementos que, como elos de ligação, fazem parte da dinâmica rede de interdependência que, a meu ver, contribui para a construção das disposições quanto à escolha da especialidade médica. A análise que faço a seguir fundamenta-se não somente no depoimento de Tamara e dos estudantes e docentes que deram seus depoimentos à CPI das universidades, mas também, no estudo das trajetórias das cirurgiãs que entrevistei e em todo o embasamento teórico que já foi apresentado até aqui.

O primeiro elemento que quero abordar nessa análise é a relação que Tamara estabelece entre as humilhações sofridas no passado, durante os trotes, e o sentimento de repulsa que ela desenvolveu em relação ao estágio de cirurgia. Existe uma possibilidade real de que esse mesmo sentimento de repulsa internalizado por Tamara se manifeste também em outros estudantes. É válido lembrar, que há um grupo de estudantes que se submete aos trotes e à hierarquia imposta por meio dos trotes por medo de represálias, e que, possivelmente, não se sintam confortáveis com as humilhações e agressões praticadas nos trotes. Ao perceberem que nos estágios de cirurgia estarão sob o comando direto de residentes e cirurgiões assistentes

que, no passado, participaram ativamente da imposição de trotes violentos é muito possível que esses estudantes desenvolvam sentimentos negativos não somente em relação a esses estágios, mas também em relação à residência em cirurgia.

Mesmo que os estudantes em questão não venham a fazer residência na mesma instituição onde fizeram o curso de Medicina, é possível, ainda assim, que não façam opção pela residência em cirurgia em outras instituições de formação em função da ideia fortemente disseminada nos espaços de formação médica de que muitos dos cirurgiões têm um estilo de liderança autoritário e agressivo e de que o bom residente de cirurgia é aquele que apresenta essas mesmas características<sup>189</sup>. Esse tipo de percepção não parte apenas de boatos e comentários que circulam nos diferentes canais de comunicação utilizados pelos estudantes, mas também, e principalmente, da experiência pessoal de quem passou pelos estágios de cirurgia no internato e presenciou ou sofreu situações de agressão e humilhação.

Esse é um outro elemento da argumentação de Tamara que quero destacar. Ela faz menção ao ambiente agressivo do centro cirúrgico e de como alguns residentes que se encontram, naquele momento, na posição de chefes dos internos, aproveitam esse posto de chefia para humilhar e agredir alguém de quem não gostem. É importante lembrar que Tamara militava abertamente contra as práticas de trote e fazia parte daquele grupo citado por Akerman (2015, p. 23), como “pau no cu”. Como já exposto por meio de depoimentos feitos por outros estudantes, para esse grupo, as agressões ou retaliações podem ser “encomendadas” como forma de vingança a quem não aceitou se submeter à hierarquia suposta nas práticas associadas ao trote.

Em um outro ponto de nossa conversa, Tamara dá mais detalhes sobre as humilhações que presenciou durante seus estágios no internato:

Quem orienta e ensina você são os residentes e os médicos contratados [médicos assistentes]. Muitas vezes quem ensina você não é o docente. Mais para o 5º ano já entra no centro cirúrgico. E assim, é uma situação muito tensa porque você não é tratado muito bem. Principalmente nos estágios cirúrgicos, né? Porque se você erra alguma coisa, se você não passa o material certo muitas vezes você é humilhado e muitas vezes é descartado do procedimento. É uma coisa muito tensa em vários sentidos. Assim, eles vão perguntando a tua opinião a respeito de diferentes assuntos durante a cirurgia. [...] E eles questionam você sobre alguma coisa e se você se posiciona ao contrário... Não existe essa posição para você, sabe. Você é tão... é colocado em uma situação tão difícil que não existe essa opção. Você só concorda com o que eles falam, entendeu? E durante o procedimento cirúrgico existem muitas

<sup>189</sup> No próximo capítulo apresentarei o caso de um serviço de residência em cirurgia no qual o chefe do departamento tem um estilo de liderança oposto a esse e, não por coincidência, apesar de se tratar de uma especialidade em coloproctologia, no período em que realizei minha pesquisa etnográfica, só havia residentes mulheres nessa especialidade. Nessa instituição a residência em coloproctologia era muito procurada pelas mulheres, apesar de essa ser uma especialidade predominantemente masculina nas estatísticas nacionais (SCHEFFER, 2015).

conversas nesse sentido. De política ou do que está acontecendo na universidade. E se você tem uma opinião diferente da que o professor ou da que o médico assistente tem... normalmente é o médico assistente com o residente que ficam na cirurgia. Então, se você tem uma opinião diversa eles acabam te humilhando e te colocando em uma situação desagradável. Tem várias situações. Tem médico assistente que sai correndo atrás de enfermeira com... sabe, fingindo que é um pênis, um objeto fático, assim. Correndo atrás da enfermeira durante o procedimento cirúrgico. Daí tem docentes que jogam materiais ou aquelas compressas que se usa durante a cirurgia... Jogam essas compressas cheias de sangue no residente porque o residente fez alguma coisa errada. Sabe... são várias coisas que acontecem (fragmento da segunda entrevista realizada pela pesquisadora com Tamara, médica recém-formada em uma universidade pública localizada no estado de São Paulo).

Após se referir às cenas de humilhação e agressão que presenciou em seus estágios de cirurgia no internato, Tamara completa seu argumento dizendo que uma especialização em cirurgia não fazia parte de seus planos. Ela nem iria tentar a prova da residência nessa especialidade porque não se sentia confortável naquele ambiente. Para ela, essa decisão não teve a ver com o desgaste físico exigido pela residência, mas com o desgaste psicológico. Ela diz: “Eu não sei como eu sobreviveria num ambiente daqueles, sabe. Difícil. Não é você sendo ensinada, é você sendo humilhada”.

Um outro elemento presente nessa argumentação para o qual quero chamar a atenção é o que considero um “efeito cascata” presente na lógica da estrutura hierárquica de muitos serviços de residência em cirurgia. As agressões e humilhações, muitas vezes, se reproduzem a partir do nível mais alto da hierarquia, quando os docentes responsáveis pela cirurgia destratam e humilham os residentes, e esses, por sua vez, fazem o mesmo com os internos.

Como na experiência relatada por Tamara, ao passarem pelo estágio de cirurgia durante o internato, os estudantes observam que o princípio da hierarquia que dominou o cotidiano das práticas de trote, em muitos sentidos continuava ativo durante a residência. O que se observa, em muitos casos, são os residentes ingressantes sendo submetidos a novos ritos de instituição do mesmo tipo. Ao ingressar na residência em cirurgia, o R1 adentra em um novo segmento da estrutura hierárquica e se torna uma espécie de “calouro” novamente. Esse princípio da hierarquia é aplicado também na relação do tipo “professor- aluno”<sup>190</sup> que se estabelece entre os “R+” e os “R-”<sup>191</sup>.

<sup>190</sup> Como pude constatar através da pesquisa de campo e das entrevistas que realizei alguns dos procedimentos práticos que os residentes aprendem são ensinados não pelo docente responsável pela especialidade, mas por outro residente que se encontra em um estágio mais avançado no processo de formação.

<sup>191</sup> Os termos “R+” e “R-” são jargões utilizados na linguagem dos espaços de formação médica para se referir aos residentes que se encontram em posições superiores e inferiores no processo de formação. A hierarquia entre os residentes se estrutura, normalmente, na seguinte sequência: R1, R2, R3, R4 e R5.

A meu ver esse é um elemento de análise que precisa ser levado em consideração quando o foco da investigação é entender o processo de construção das disposições quanto à escolha da especialidade médica, especialmente das especialidades cirúrgicas. Assim como no caso da trajetória de Tamara, acredito que dificilmente um estudante de medicina que tenha se sentido desconfortável com as práticas associadas ao trote se sentirá confortável para fazer residência em um ambiente que lhe faça lembrar as humilhações que sofreu ou presenciou durante os trotes.

Acredito ainda que, levando em consideração as clivagens existentes entre os estudantes de medicina em torno da forma como se submetem (ou não) à hierarquia associada à prática do trote, esse seja o caso do grupo formado por muitos dos estudantes de medicina. Deixe-me explicar melhor essa linha de raciocínio. Tendo como referência aquela lógica de divisão existente entre os diferentes grupos em que se separam os estudantes de medicina apresentada por Akerman e Tófoli (SÃO PAULO, 2015), pode-se notar que a maior parte dos estudantes se concentra naquele grupo chamado por Tófoli de “silenciosa maioria”. Se agregarmos em um mesmo grupo os estudantes que são declaradamente contra a prática do trote e dos princípios de hierarquização associados a ela e aqueles que não se sentem confortáveis com essa lógica, teremos a grande maioria de cada turma nesse grupo. Ou seja, o mais provável é que a maior parte dos estudantes de medicina não compactue com as práticas associadas ao trote nem com os princípios de hierarquização associadas a elas e, possivelmente, também não se sintam confortáveis para fazer residência em cirurgia.

O último elemento desse argumento que quero abordar diz respeito, diretamente, às mulheres que foram os principais sujeitos de minha tese, especialmente aquelas das gerações mais jovens que, por ocasião da pesquisa, eram residentes de cirurgia ou cirurgiãs recém-formadas em início de carreira. Um elemento que me chamou a atenção na interação com elas, foi o fato de que, ao contrário do sentimento de desconforto expresso por Tamara e Stela diante de alguns residentes de cirurgia, a maior parte das mulheres que entrevistei não se sentiu desconfortável quando em interação com seus colegas residentes<sup>192</sup>, com os médicos assistentes, com os docentes, e ainda, com a organização social da dinâmica de formação da residência em cirúrgica.

Atribuo esse sentimento de bem-estar e conforto em relação ao ambiente de formação em cirurgia a dois fatores principais: o primeiro, ao fato de terem sido aceitas pelos demais membros da equipe de residência em cirurgia como aptas a fazerem parte desse grupo

---

<sup>192</sup> Tratarei da minoria que se sentiu desconfortável no próximo capítulo desta tese.

seleto; o segundo, ao fato de elas mesmas se sentirem aptas a fazerem parte do grupo. Interpretando a situação dessas mulheres a partir dos escritos de Bourdieu (1982; 1991; 1996a; 1996b), percebo essa adaptação como resultado da investidura de legitimação das residentes por parte do grupo já instituído e, ao mesmo tempo, como a apropriação pessoal da legitimação dessa investidura por parte das próprias residentes.

Tanto sob o ponto de vista do grupo que as autorizou a fazer parte desse espaço e as recebeu em condição de igualdade, como sob o ponto de vista da percepção pessoal com relação à construção das disposições quanto à escolha da especialidade, essas mulheres se sentiam subjetivamente autorizadas a fazerem parte desse grupo seleto. O que percebi, no caso das residentes e cirurgiãs que entrevistei, foi que essas mulheres assimilaram a ideia de que ocupavam um lugar que lhes era legítimo. A apropriação pessoal desse tipo de percepção demonstra que essas mulheres incorporaram subjetivamente a legitimação da investidura de consagração pela qual passaram durante toda a faculdade de Medicina. Investidura que interpreto como estando diretamente relacionada aos diferentes ritos de instituição aos quais tiveram que se submeter para se tornarem dignas de serem investidas pelo grupo já instituído.

À vista do que trata Bourdieu (1991; 1996b) em seus estudos sobre a escolarização das elites, a interpretação que faço dessa legitimação é que ao suportarem os diferentes tipos de assédio, agressões e humilhações a que estiveram expostas durante a faculdade passaram pelo teste que as faria suportar os assédios e humilhações que sofreriam na residência em cirurgia. Ter passado, com êxito, nas provas de resistência dos trotes parece tê-las habilitado a se acharem fortes o suficiente para suportarem as durezas da residência em cirurgia (especialmente, do primeiro ano de residência). Ao fazer uma análise do pensamento de Durkheim sobre o papel dos ritos na formação de pessoas que ocupam posições sociais fora do comum, Bourdieu (1991; 1996b) observa que as práticas ascéticas que promovem resiliência diante do sofrimento físico e da humilhação são uma estratégia universalmente adotada no processo de formação dos futuros membros das elites dirigentes. A humilhação de si mesmo e a capacidade de adaptação aos infortúnios, incorporadas através da inculcação de disposições ascéticas, concede aos sujeitos um alto grau de distinção e naturaliza a diferença que torna esses sujeitos incomuns e distintos dos demais.

O que percebo, no caso do processo de formação dos futuros cirurgiões e cirurgiãs é que o grau de distinção que separa aqueles que estão aptos, daqueles que não estão aptos a se tornarem cirurgiões tem uma relação direta com o fato de o candidato ter suportado (ou não) os assédios e humilhações a que foram submetidos não somente durante o rito de instituição que acontece durante o processo de formação médica mas, especialmente, durante

o rito de instituição ao qual os novos residentes serão submetidos durante o primeiro ano da residência em cirurgia, enquanto serão considerados “R1”.

Diferente de Tamara e Stela, que fizeram parte daquele grupo que, na faculdade, militou abertamente contra a lógica de atuação da Atlética de sua faculdade, quinze, dentre as dezesseis cirurgiãs e residentes de cirurgia que entrevistei, pertencentes às gerações mais novas, fizeram parte ativa das Atléticas, aparentemente se coadunando com a lógica de atuação contra a qual Tamara e Stela militavam. Quatro dessas mulheres não só participaram ativamente dos trotes, treinos, festas e competições esportivas, como também fizeram parte da diretoria das Atléticas de suas faculdades. Como já expliquei anteriormente, as poucas que não fizeram parte ativa das festas, dos treinos e dos jogos promovidos pelas Atléticas de suas faculdades (duas delas), se preocuparam em “fazer o social” para se enquadrarem na lógica de ação dos benefícios advindos de fazerem parte da “família”.

Quando por ocasião da escolha da especialidade a ser cursada na residência, as residentes e cirurgiãs que entrevistei não manifestaram um sentimento do tipo “será que serei bem aceita nesse espaço”? Nem mesmo um sentimento de repulsa a essa especialidade motivado pelo possível ambiente machista ou pelos residentes e médicos assistentes que iriam encontrar ali. Da mesma maneira, elas não manifestaram qualquer sentimento de repulsa em relação à especialidade por pensar que poderiam sofrer agressões e humilhações durante a residência. Isso não quer dizer que elas estivessem alheias às diferentes formas de assédio e humilhação que poderiam sofrer durante a residência. Na verdade, estavam cientes de que, possivelmente, teriam de suportar assédios e humilhações em algum momento. Estavam cientes de que, possivelmente, passariam por testes de resistência física, emocional e psicológica até maiores do que seus colegas residentes, mas encaravam toda essa situação como um teste necessário para provarem que seriam boas cirurgiãs.

Tanto com relação às mulheres que, como Tamara, possivelmente tenham desenvolvido um sentimento de repulsa para com as especialidades cirúrgicas, como com relação às cirurgiãs e residentes de cirurgia que entrevistei, percebo em suas trajetórias um exemplo clássico do fenômeno que Bourdieu (1996a) interpretou como a incorporação de um *sensu prático* socialmente ajustado às tendências próprias do campo. No caso do campo da educação médica no estado de São Paulo, parece tratar-se de um campo que, desde o início da inserção dos “calouros” na faculdade, até o ingresso na residência e o ingresso no mundo do trabalho, se encontra marcado por relações de poder estruturadas em função de hierarquias tradicionalmente institucionalizadas, um campo cujas disputas pelas posições parecem passar pelo rígido crivo dos diferentes tipos de ritos de instituição.

Para Bourdieu (1991) um dos mais importantes efeitos do ato de instituição, e o que atrai menos atenção, é aquele que legitima e consagra a diferença; inclusive a diferença na forma como homens e mulheres são tratados na lógica das hierarquias de poder das instituições e constroem suas aspirações pessoais no interior desses espaços. Um dos privilégios dos sujeitos consagrados consiste no fato de que, ao conferir uma inegável e indelével distinção, a investidura confere aos indivíduos consagrados uma espécie de *sensu práctico* que os investe de autoridade e autoconfiança para transgredir certos limites culturais arbitrariamente estabelecidos. De forma adversa, um outro efeito do ato de instituição, e que traz resultados contrários ao primeiro, é desencorajar os não consagrados a qualquer tentativa de transgressão.

Esse *sensu práctico* age sobre as aspirações e as “escolhas” dos sujeitos na forma de um *sensu de limite*, que inclina alguns a transgredirem os limites culturais arbitrariamente estabelecidos e outros, como explica Bourdieu (1991, p. 123), a reconhecerem seu lugar e manterem uma posição de distância em relação a esses limites.

O que percebo, ao interpretar as trajetórias de formação das residentes e cirurgiãs que entrevistei é que, investidas da consagração própria daqueles que passaram pelo ato de instituição, essas mulheres interiorizaram uma identidade cultural que as fez romper com os limites culturais arbitrariamente estabelecidos em torno da ideia de que a carreira cirúrgica é inadequada para mulheres. Parafraseando o pensamento de Bourdieu (1991, p. 119), percebo na trajetória dessas mulheres que a legitimação da consagração exerceu uma eficácia simbólica bastante real sobre a construção de suas disposições pessoais quanto às aspirações profissionais e a escolha da especialidade médica: primeiro, porque agiu sobre as representações que seus pares (do sexo masculino e também feminino) têm a respeito delas enquanto sujeitos consagrados e, segundo, porque transformou, simultaneamente, a representação que elas têm de si mesmas, fazendo-as jogar com as regras do jogo cultural. Para Bourdieu (1991, p.124- tradução minha), “a pessoa que tem certeza de sua identidade cultural pode jogar com as regras do jogo cultural”.

## **CAPÍTULO 7. INTERNATO: UMA VITRINE DA RESIDÊNCIA EM CIRURGIA**

Neste capítulo, continuo a explorar o vínculo estreito entre o que se passa nos espaços de formação médica que estão sob controle da universidade e aquilo que se passa nos espaços de sociabilidade pelo qual circulam os estudantes. O foco agora é nos anos finais da graduação, quando aumenta de maneira significativa o tempo dedicado às atividades práticas do curso, isto é, às atividades que envolvem o cuidado com pacientes. O texto se apoia em experiências que vivenciei ao acompanhar, numa perspectiva etnográfica, o processo de formação em cirurgia em três hospitais-escola que funcionam sob a responsabilidade de diferentes instituições de formação médica localizadas no estado de São Paulo. Vou tratar de minha experiência prática ao observar residentes e docentes de cirurgia em interação com os internos em diferentes momentos e espaços. O que observei por ocasião da pesquisa etnográfica também é, em muitos sentidos, o que os internos observam ao passarem pelos estágios nas especialidades cirúrgicas, fazendo da experiência do internato uma prévia do que se passa na residência. É durante o internato que muitos estudantes tomam a decisão final quanto à especialidade que farão na residência. No caso específico das estudantes de medicina que se sentem atraídas por procedimentos cirúrgicos, as experiências de socialização que vivenciarão ao passarem pelos estágios de cirurgia no internato poderão ter um efeito decisivo sobre a incorporação de aspirações profissionais que as encorajem (ou, ao contrário, desencorajem) a escolher uma especialidade cirúrgica.

A categoria analítica fundamental aqui é “experiência de socialização”. A partir dessa noção geral, que nomeia um conjunto amplo de vivências por que passam os internos, foi possível identificar dois tipos particularmente úteis para a análise proposta aqui. O primeiro reúne aquelas experiências que podem ser classificadas como empecilhos à escolha das estudantes de medicina pelas especialidades cirúrgicas. Encontram-se nesse grupo todos os episódios que indicam a mobilização de discursos e práticas disseminadores de estereótipos de gênero. O segundo tipo reúne experiências que podem ser classificadas como estímulos à construção de disposições favoráveis à escolha por uma especialidade cirúrgica por parte das estudantes. Encontram-se nesse grupo, por exemplo, as experiências de interação com mulheres que ocupam posições de comando, seja como residentes, seja como professoras ou mesmo em cargos de chefia de departamentos cirúrgicos. Também foi incluída nesse grupo as experiências de interação com um docente em particular, considerado pelas jovens estudantes como um cirurgião “atípico”, por exibir comportamentos que consideram pouco comuns em

cirurgiões, como sensibilidade emocional, cortesia, modéstia e um estilo de liderança não autoritário.

### **7.1 Prova de fogo: a rotina na residência em Cirurgia Geral**

Certa vez, escutei um R2 de Cirurgia Geral explicando para alguns de seus colegas que estavam no primeiro dia do R1 como era a dinâmica de trabalho na residência em Cirurgia Geral. No programa de residência em questão entravam 15 novos residentes de Cirurgia Geral todos os anos. Juntamente com os residentes que haviam acabado de terminar o R1 e estavam prestes a iniciar o R2, os ingressantes passavam, a partir de então, a fazer parte do grupo de residentes de Cirurgia Geral de um hospital de clínicas de uma universidade pública. Passo, a seguir, a descrever o programa de Cirurgia Geral conforme explicado pelo R2 a seus colegas.

Como pode ser observado no quadro a seguir, que também foi exposto aos novos residentes, nesse hospital-escola o programa de formação em Cirurgia Geral era, na época, composto por 28 estágios (com duração aproximada de 24 dias cada) em 10 especialidades diferentes<sup>193</sup>: Urologia, Gastrocirurgia, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia De Cabeça e Pescoço, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Plástica, Cirurgia do Trauma, UTI, Cirurgia do Tórax e Cirurgia Vascular. Em algumas dessas especialidades, como por exemplo, na gastrocirurgia, os residentes passavam por outras subespecialidades no interior da especialidade maior. O estágio optativo era de 18 dias para que as férias fossem de 30 dias.

Pode-se observar no quadro que, além dos estágios nas diferentes especialidades cirúrgicas que eram realizados no hospital de clínicas (de atendimento quaternário), o programa ainda contemplava estágios em outros hospitais (de atendimento terciário e secundário) que tinham parceria com o programa de residência. Os estágios nesses hospitais parceiros eram muito esperados pelos R2 de Cirurgia Geral porque eram nesses estágios que eles conseguiam ter uma atuação mais direta nas cirurgias. No hospital quaternário os R1 e R2 não tinham uma participação muito ativa nas cirurgias porque, em geral, eram cirurgias complexas e de grande porte. Os residentes que atuavam diretamente nessas cirurgias eram os R3, R4, R5 e até R6, dependendo da subespecialidade.

---

<sup>193</sup> Especialidades cirúrgicas como Neurocirurgia, oftalmologia e otorrinolaringologia são acessíveis apenas por exame de seleção específico, não entrando, portanto, nas rotações de estágio da cirurgia geral.

**Quadro 6- Rodízio dos residentes R1 e R2 pelas especialidades do programa de formação em cirurgia geral**

Rodízio de R-1 de Cirurgia Geral	Rodízio de R-2 de Cirurgia Geral
Urologia I	Opcional
Urologia II	Gastrocirurgia I
UTI	Gastrocirurgia II
Gastrocirurgia I	Cirurgia do Tórax
Gastrocirurgia II	Cirurgia Vascular
Gastrocirurgia III	Hospital de atendimento primário
Gastrocirurgia IV	Hospital de atendimento secundário e terciário I
Cirurgia Pediátrica	Hospital de atendimento secundário e terciário II
Cirurgia Cardíaca	Hospital de atendimento secundário e terciário III
Cirurgia Plástica	Hospital de atendimento secundário e terciário IV
Cirurgia do Trauma I	Hospital de atendimento secundário e terciário V
Cirurgia do Trauma II	Hospital de atendimento secundário e terciário VI
Cirurgia do Trauma III	Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Cirurgia do Trauma IV	Cirurgia do Trauma
Férias	Férias

Fonte: Notas de campo da pesquisa etnográfica realizada pela autora.

Naquela reunião, o residente R2 explicou ainda que a rotina do processo de formação na residência em Cirurgia Geral compreendia também a passagem do residente por vários outros tipos de atuação, como atendimento nos ambulatórios cirúrgicos a pacientes que passavam por consultas pré e pós operatórias; visitas a pacientes que se encontravam internados nas enfermarias cirúrgicas em situação pré e pós operatória; participação em cirurgias; preenchimento de formulários para cumprir protocolos burocráticos; cobrir plantões.

Depois de dar essas explicações, o R2 passou a fazer uma série de observações.

Ele disse:

Às vezes vocês vão chegar às 5h da manhã, às vezes às 6h. Na gastro são 4 estágios: I, II, III, IV. O estágio da gastro é um dos estágios mais pesados. Na gastro não tem feriado, nem final de semana. Os transplantes terminam às 3h da manhã. Também tem o sobreaviso da gastro, mas tem sempre o cão e o chefe<sup>194</sup>. O cão lida com a papelada, pede exame. É como se fosse um moto boy. O chefe é quem evolui, prescreve e faz a enfermaria. Ele pede para o cão fazer as coisas. Uma semana você vai ser cão e na outra vai ser chefe. Roda semanalmente. O que o chefe faz: prescrição, toca transplante, prepara transplante, é o que mais trabalha. Quem estiver na enfermaria do trauma a gente vai colocar de plantão no domingo, tá? Se você não

<sup>194</sup> “Cão” e “chefe” são termos usados no jargão desse serviço de cirurgia para diferenciar as funções que cada residente assumirá na rotina de trabalho da semana.

vai trabalhar no feriado não quer dizer que você vai para a tua casa. Você provavelmente vai estar de plantão. O plantão de domingo é de 24 horas. O cara que está na enfermaria do trauma, ele vai ficar um mês lá e ainda vai pegar o plantão de domingo. O mês inteiro. Sai sexta às 19h, fica o sábado em casa e pega às 7h da manhã de segunda. Fica de plantão: um R1 no PS [Pronto Socorro], um R1 na enfermaria do trauma, um R1 no Centro Cirúrgico. Independentemente de onde estiver rodando. No trauma se faz bastante procedimento invasivo (Notas de campo da pesquisa etnográfica realizada pela autora, 14/01/2014)

Alguns dias depois, passei um dia inteiro acompanhando a rotina da R2 Mirela na enfermaria da gastrocirurgia. Em um momento de nossa conversa, ela me deu uma explicação bem detalhada sobre a rotina de um residente de Cirurgia Geral. O fragmento é um pouco longo, mas é bem didático.

R- Qual é a tua obrigação, enquanto residente de cirurgia? Qual é a tua rotina?

M- A rotina do residente de cirurgia depende muito de cada estágio. Por exemplo, na urologia, quem fazia as internações, quem cuidava da enfermaria era a gente.

R- Entra que horas?

M- Entrava umas seis e meia, seis horas. Porque o centro cirúrgico começa a trabalhar às sete. Imagina que você tem que aprontar tudo antes das sete. Depende de como você é. Se você é rápida ou não. Se você não for rápida você tem que chegar mais cedo. Se você for rápida você consegue chegar um pouco mais tarde. Mesmo aqui na gastro. A gente chega às seis horas da manhã quando a gente está de chefe. Passa visita, faz todas as prescrições e aí vai fazer as prescrições e preencher os relatórios. Dar alta e resolver “pepinos”.

R- E tudo você conversa com o professor...

M- Tudo. Com o professor ou com um residente mais velho, não é?

R- Sim. Eu vi aquele professor àquela hora ali fazendo a reunião com os residentes. E eles vêm todos os dias? Os professores?

M- Todos os dias. Normalmente pela manhã e à tarde. Passam duas vezes.

R- Eles conversam com os residentes para saber como é que o paciente está...

M- E aí os R3 passam pra gente o que é que a gente tem que fazer.

R- Tá. Aí mais ou menos seis e meia, sete da noite que você sai.

M- Aí depende do dia porque, por exemplo, na gastro, quando você está de chefe você prepara transplante. Então, se o transplante vier a qualquer horário do dia é você que prepara. Então eu já passei a noite em claro preparando o paciente.

R- E como é que é esse preparo?

M- É colher os exames laboratoriais, fazer ultrassom, deixar o paciente pronto, não é? Ver se não está com alguma infecção.

R- Aí você tem que ficar a noite inteira com ele e no dia seguinte você vai trabalhar normal. É isso?

M- É isso.

R- E o plantão?

M- A gente tem muito plantão. Eu tive 112 plantões esse ano.

R- Quando você fala de plantão, você está falando de plantão de final de semana?

M- De dia também. De dia da semana também.

R- Como é o plantão da noite?

M- Porque a gente tem o plantão de 12 horas e o plantão de 24 horas. A gente tem... O de 12 horas são normalmente de dia de semana e os de 24 são no final de semana. O plantonista à noite... os R1 ficam em três: um no pronto-socorro, um no centro cirúrgico e um na enfermaria do trauma, que é uma enfermaria de alta complexidade. Aí, quem está no centro-cirúrgico, lá embaixo, no pronto socorro cobre todas as enfermarias cirúrgicas. Então, qualquer problema que dá na gastro eles ligam né: "Olha, tem um paciente que está com dor de cabeça. Dá para vir dar uma olhada no paciente?" Aí a gente vem avaliar o paciente, passa o que tem que passar e desce, entendeu.

R- Dificilmente dá para dormir à noite, então.

M- Não. Dá para dormir, sim. Dá. Normalmente os pacientes estão redondinhos. Eles são bem assistidos. Tem plantão muito ruim em que a gente não dorme nada. Mas tem plantão bom, que dá pra dormir bem.

R- Mas dorme onde?

M- Lá no Pronto Socorro.

R- Então, numa semana normal, assim, você entra às seis, seis e meia da manhã e sai seis, seis e meia da tarde, sete horas.

M- Depende. Quando a gente está de chefe, a gente entra seis horas da manhã e sai, normalmente, umas sete horas, oito horas da noite. Quando a gente está de auxiliar, a gente entra às oito horas e sai às seis horas da tarde. E no centro cirúrgico, a gente entra as sete e sai na hora que acabar a cirurgia.

R- Agora, plantão noturno tem toda semana?

M- É das sete da noite às sete da manhã. Tem toda semana. Depende do estágio. Tem estágio que não pode ter plantão à noite. Por exemplo, plantão que você está de chefe não dá porque você tem que chegar às seis horas da manhã. Então não dá para você ficar no turno até as sete. E quando você está de cão, também você não pode pegar também. Cão é o auxiliar do chefe. A gente não pode pegar porque a gente cobre o sobreaviso<sup>195</sup> da gastro. Então, por exemplo, se tiver uma cirurgia de urgência da gastrocirurgia, quem entra sou eu.

R- E final de semana, na maior parte dos meses são quatro finais de semana. Em quantos finais de semana você pega plantão?

M- Em dois com certeza eu vou estar de plantão.

R- Sábado e domingo?

M- Sábado ou domingo. De 24 horas. Normalmente quando eu estou sexta-feira eu também estou no domingo. E daí eu fico o sábado livre e depois eu entro no domingo de manhã. Daí, quando é sábado é só sábado.

R- E esse plantão é no PS...

M- Ou na enfermaria. Ou no centro-cirúrgico (fragmento de entrevista realizada com Mirela, R2 de Cirurgia Geral).

A prática de formação em serviço descrita acima segue parâmetros e orientações de âmbito nacional contidos na Resolução do Conselho Nacional de Residência Médica nº02/2006. Embora haja certa liberdade de adaptação à realidade específica de cada serviço<sup>196</sup> ou de cada instituição de formação em residência a resolução do CNRM estabelece requisitos mínimos e orientações detalhadas que deverão ser seguidos pelos Programas de Residência Médica de todo o país (BRASIL, 2006).

A título de exemplo dessa diversidade apresento a seguir uma comparação feita por Pietra entre dois programas de residência em Cirurgia Geral. Ela fez a residência em Cirurgia Geral em um hospital e a residência especializada em outro:

Então, os plantões do R1, a diferença que eu acho do programa 1 para o programa 2 é principalmente em relação às subespecialidades. No programa 1 tem muito mais subespecialidades dentro da cirurgia do que tem no programa 2. Porque, por exemplo, no programa 2, o que é que a gente tinha? A Cirurgia Geral, que já englobava a gastrocirurgia. Fora isso a gente tinha cirurgia torácica, vascular,

<sup>195</sup> O plantão de sobreaviso a que Mirela se refere é aquele que o residente fica em estado de precaução sabendo que em caso de transplante ele será chamado para participar da cirurgia.

<sup>196</sup> No que se refere à residência médica o termo “serviço” é usado para se referir a uma equipe de profissionais da medicina que têm sob sua orientação um grupo de residentes. Então, é comum utilizar-se o termo para dizer, por exemplo, o serviço de residência de cirurgia geral do hospital X.

plástica e urologia. No programa 1 tem muito R3, R4. No programa 2 não tinha. Só tinha R3 e R4 de plástica, urologia e vascular. O resto era tudo os residentes da Cirurgia Geral que tocavam. Não tinha, por exemplo, R3, R4 de gastro, R3, R4 de torácica, R3, R4, de Coloproctologia. Não tinha. Então, a gente vivenciava muito as outras especialidades. Então, não tinha tanta concorrência igual tem no programa 1. No programa 1 muitas vezes no R2, que é um momento em que você espera que você vai operar muito, você tem que ficar disputando lugar com o R3, com o R4. E você não faz nada. Só fica de espectador. Então, lá no programa 2 não tinha isso. Mas, em contrapartida, como o volume de cirurgias é menor, também os residentes são em menor número. Enquanto no programa 1 eram 15 R1 de Cirurgia Geral, no programa 2, eram 7. E tinha dois R1 de plantão por dia. Então a gente dava plantão praticamente dia sim, dois não, dia sim, dois não. Como tinha menos residentes, tinha que ficar mais tempo no plantão (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Pietra, cirurgiã pediátrica).

Se no programa 1, por um lado, os R1 e R2 vivenciavam (mesmo que só observando) grandes volumes de procedimentos cirúrgicos de diversas subespecialidades, por outro lado, tinham menor oportunidade de participar ativamente nas cirurgias. Já no programa 2, se a menor presença de R3 e R4 fazia com que os R1 e R2 tivessem maiores oportunidades de participar ativamente nas cirurgias, por outro lado também, acarretava um maior número de plantões e uma maior sobrecarga de trabalho. Os dois programas de residência em Cirurgia Geral descritos por Pietra são oferecidos pelas faculdades de Medicina de duas universidades: uma da rede pública e a outra da rede privada.

Há ainda, um outro tipo de programa de residência, que é aquele oferecido por hospitais (da rede pública e da rede privada) sem vínculo com uma escola de Medicina. A R2 Teresa me contou que seus colegas que faziam residência pelo SUS em grandes hospitais públicos de São Paulo já operavam sozinhos durante o R2 porque o volume de cirurgias é muito grande e faltam cirurgiões. “Tem tanta coisa para o R3 fazer que sobra muita coisa para o R1 e o R2. São hospitais com muito volume, então, acaba que você sai cirurgião. O pessoal sai dali e dá muito plantão fora e não tem medo de dar plantão sozinho” (fragmento da entrevista realizada com Teresa, R2 de Cirurgia Geral).

#### 7.1.1 Notas etnográficas de uma subespecialidade: a gastrocirurgia

É grande a interação entre os residentes de Cirurgia Geral e os residentes das especialidades cirúrgicas. São esses residentes chamados usualmente de R+ que ensinam muitos procedimentos aos R1 e R2. Como o principal objetivo deste capítulo é mostrar que muito do que se passa na rotina de um programa de cirurgia de um hospital-escola é observado pelos estudantes do internato que passam pelos estágios nas especialidades cirúrgicas, julgo necessário apresentar, a título de exemplo, como se dava essa interação na rotina de trabalho de uma das subespecialidades cirúrgicas que observei.

Durante a pesquisa de caráter etnográfico acompanhei a rotina de trabalho de alguns serviços de residência em cirurgia especializada, como a Gastrocirurgia, a Coloproctologia, a Cirurgia de Fígado e a Cirurgia Cardiovascular. Todas essas subespecialidades tinham residentes e docentes mulheres, mas duas dessas subespecialidades (a Coloproctologia e a Cirurgia de Fígado) tinham uma característica atípica em relação às demais especialidades cirúrgicas observadas, pois só havia residentes mulheres nesses serviços. No caso da Cirurgia de Fígado, toda a equipe que atuou em 2013 era formada por mulheres, desde a chefe do departamento, as demais cirurgiãs docentes, as cirurgiãs assistentes e as residentes. Passo, a seguir, a descrever um pouco do que observei da rotina de trabalho dessas subespecialidades. A rotina semanal desses serviços compreendia diferentes frentes de atuação, como cirurgias, atendimentos ambulatoriais, atendimentos na enfermaria, reuniões para discussão de casos e reuniões de estudo.

### *Dia de Cirurgia*

Às segundas e às quintas-feiras aconteciam as cirurgias eletivas<sup>197</sup> do serviço de cirurgia do fígado. Em geral, eram duas cirurgias: uma de manhã e outra à tarde. Quando acontecia um transplante, como no caso do relato que será apresentado logo a seguir, não era raro a cirurgia ser à noite<sup>198</sup>.

Eu havia saído do Hospital às 17h, após um longo dia de observação da rotina de algumas residentes. Cheguei na casa onde estava hospedada às 18h e no caminho, quando estava quase chegando, recebi uma ligação. Quando retornei à ligação era a Dra. Flávia me avisando que um transplante havia começado às 17h e a Dra. Isabel estava me chamando para assistir. Não comi e não tomei banho. Voltei imediatamente.

**18h30-** Entrei na sala de cirurgia. A cirurgia já está em andamento. As cabeças estão pertinho: Isabel, Kelly, Flávia e Aline trabalham juntas. São quatro mulheres operando em um espaço bem apertado. Isabel é docente de cirurgia e a cirurgiã principal, Flávia e Kelly são recém-egressas da residência e contratadas pelo hospital como cirurgiãs assistentes e Aline é R3. Tem um R2 de Cirurgia Geral parado bem atrás da Dra. Isabel. O R2 observa a cirurgia e, quando solicitado, entrega para Aline uma seringa bem grande e grossa cheia de soro fisiológico. Todos estão em cima dos estrados que ajudam os baixinhos a ficarem mais altos. Estão presentes também duas residentes de anestesia, o anestesista principal, a instrumentadora e uma enfermeira circulante. Total de pessoas atuando na cirurgia: 2 homens e 8 mulheres. O aspecto da sala é bem diferente de outras cirurgias, apesar

<sup>197</sup> Aquelas agendadas com antecedência.

<sup>198</sup> Cirurgias de transplante de órgãos não são agendadas com antecedência. Esse tipo de cirurgia está condicionada à doação de um órgão compatível com o do paciente e, tanto para o paciente, quanto para a equipe que fará a cirurgia, a notícia de que haverá um transplante só acontece algumas horas antes do procedimento. Existe todo um protocolo a ser seguido desde a captação do órgão até o implante do órgão doado. Para esse tipo de cirurgia há uma escala permanente de residentes e cirurgiões de plantão.

de ser a mesma sala em que já assisti várias cirurgias de outras especialidades. A mesa da instrumentadora tem muitos instrumentos a mais do que nas outras cirurgias. Há também outros objetos e aparelhos que eu não havia visto em outras cirurgias. Esta é uma cirurgia complexa, de grande porte (Fragmento de anotações do diário de campo, cirurgia de transplante de fígado, 14/01/2014).

Devido à complexidade do procedimento e à prioridade dada ao ensino dos R3 e R4 residentes de gastrocirurgia, nesse tipo de cirurgia a presença e participação de residentes R1 e R2 de Cirurgia Geral é bem limitada. A presença de estagiários do internato é ainda mais restrita. Nessa cirurgia, em especial, nem havia presença de R1<sup>199</sup>. Como Teresa explica no fragmento de entrevista a seguir, em hospitais-escola de grande porte a possibilidade de atuação de um residente de Cirurgia Geral em uma cirurgia depende muito da complexidade do procedimento, do número de residentes especializados mais graduados que se encontram em campo e da especialidade em questão.

R- Como que é a rotina? Você levanta a que horas?

T- Ah, mais ou menos, no geral, você levanta cedo. Você vai, passa visita às 7h<sup>200</sup>. É porque depende do estágio. Tem estágio que você vai lá só pra fazer uma visita e vai embora e o resto do dia é livre. Mas, na maioria das vezes, você vai, passa a visita na enfermaria, aí você continua com alguma atividade que tiver, vai, entra na cirurgia, vai para o ambulatório<sup>201</sup>. E só vai embora quando as atividades do dia acabam.

R- Isso depende do dia da semana?

T- Depende do dia da semana e depende do estágio. No estágio de gastro é de um jeito, da cabeça e pescoço é de outro, da pediátrica... então, depende muito do estágio em que você está. Cada estágio tem sua rotina, o jeito de fazer. Tem estágio que sobra muito para o R1. Tem estágio que não tem nada para o R1 fazer. E nem para o R2 fazer. Então, você fica ali mesmo só pra figurar. Você fica de sombra. Tem lugar que você só figura, tem lugar que você tem muito trabalho burocrático pra fazer. Por exemplo, cardíaca é uma especialidade em que você não tem espaço. Não consegui abrir nenhuma vez. Teve gente que conseguiu abrir uma vez. Abrir externo. Mas eu não consegui abrir nenhuma vez. Não é um lugar que você tem espaço porque tem o R4, R5, R6. E você passa lá de R1, então, não é uma coisa que eles confiam tanto.

R- Você fica como instrumentadora ou nem isso?

T- Não. Tem instrumentadora. Ficam "dezenas" de pessoas em campo<sup>202</sup>. Você fica bem lá atrás tentando enxergar alguma coisa. Nem te pedem para fazer nada.

[...]

T- A cirurgia é toda fracionada pra todo mundo fazer uma parte. E aí acontece que quando você vai dar um plantão você começa, tem o meio e tem fim. Eu acho que

<sup>199</sup> Nesse programa de residência os R2 têm uma participação mais ativa em cirurgias de pequeno e médio porte como em cirurgias de retirada de vesícula biliar (colecistectomia) ou de apêndice (apendicectomia) que acontecem em um hospital público da região, onde não há presença de R3, R4 ou R5 de cirurgia especializada. Nesse hospital também há uma maior participação mais ativa dos estagiários do internato. Certo dia presenciei uma cirurgia nesse hospital secundário na qual uma cirurgiã contratada operava auxiliada por uma R2 de cirurgia geral e quem instrumentava a cirurgia era uma estagiária do internato.

<sup>200</sup> Passar visita significa ir na enfermaria do hospital para verificar como se encontra cada paciente internado em situação pré-operatória e pós-operatória.

<sup>201</sup> No ambulatório cirúrgico o residente irá atender os pacientes no consultório. Em geral, os R1 e R2 atendem os casos novos e os casos de menor complexidade.

<sup>202</sup> A expressão "em campo" se refere às pessoas que, na cirurgia, estão participando ativamente do procedimento tendo um contato direto com o paciente.

isso faz muita diferença. Você começar uma cirurgia, pensar nela, resolver um problema que surge no meio do caminho e finalizar. É diferente de você só entrar naquela parte ali e fazer aquilo. Ter uma parte ativa naquele momento e depois sair. Aqui você não sai do R2 sendo um cirurgião, você sai pra fazer um R3. Você faz cirurgia pra ter um pré-requisito para o que você quer fazer de especialidade. Não é um lugar que você se forma como cirurgião. Por isso foram as minhas escolhas, quando eu fiz a prova para a residência do SUS e do SES. São lugares onde você opera muito. Então, você sai desses lugares e consegue dar plantão de cirurgia. Eu acho que você não sai daqui conseguindo dar plantão de cirurgia. Entendeu? Porque tem estágios em que você não faz nada. Nos estágios em que você faz alguma coisa você nunca começa e termina uma cirurgia. O R1 abre parede, o R2 faz não sei o que, o R3 dá um ponto aqui, a anastomose<sup>203</sup> é de não sei quem. Então, você não começa e termina uma cirurgia, então isso faz muita diferença (fragmento da entrevista realizada com Teresa, R2 de Cirurgia Geral).

Há especialidades nas quais os residentes R1 e R2 de Cirurgia Geral só observam. E nada mais. Há outras especialidades que permitem a esses residentes fazerem o corte cirúrgico e depois, fecharem a incisão e esse foi o caso do que aconteceu na cirurgia de transplante de fígado que eu observei no dia 14 de janeiro de 2014. Como pode ser observado no registro da sequência da cirurgia, a cada etapa do procedimento as posições e a forma de atuação das cirurgiãs e dos residentes foram sendo alteradas.

**20h55-** Parece que a cirurgia está em fase de finalização. Isabel já terminou a parte dela. Ela sai de campo e pergunta por mim: “cadê a Rebeca? Já foi embora?”. Eu digo: “Não. Estou aqui. É que eu estou quietinha”.

Isabel: “Nem sinto a tua presença, parece que faz parte da parede”.

Ela tirou o avental e saiu. Eu saí junto com ela. Conversamos lá fora. Ela lavou as mãos na água quente. Sorriu para mim. Eu perguntei o que elas fizeram hoje. Elas ficaram o dia inteiro no ambulatório e agora ela vai para o plantão da noite. Ela disse que dá para dormir. Para os professores tem quartos. Os residentes ficam acordados e, se precisarem, chamam a professora. Hoje ela consegue dormir bastante. Perguntei para Isabel se a Kelly e a Flávia iriam terminar e ela disse que sim. A Kelly agora já é médica contratada e ela já pode operar sem a presença da professora [essa cirurgia aconteceu em janeiro de 2014 e Kelly havia feito seu R4 em 2013]. Volto para a sala de cirurgia para acompanhar Kelly, Flávia e Aline. Depois que a Isabel saiu o R2 se posicionou ao lado da Flávia e começo a ouvir a voz dele. Ele fala baixo. Dá para perceber que está inseguro.

[...]

**21h15-** Kelly e Flávia trocam de lugar de novo. Isabel está de volta na sala, mas não está mais em campo. Quem faz os procedimentos no paciente são Kelly, Flávia e Aline.

Isabel: “Quando acabar o transplante eu vou cair na *night*. Vamos lá: 14/01/2014 [ela está sentada e fala a data enquanto faz anotações em uma planilha]. Esse é o 650.

Lucas[anestesista]: “com mil a gente faz uma festa legal [se referindo ao milésimo transplante de fígado realizado pela equipe]”.

Isabel: “Tem que fazer, né? Com esse monte de mulher aí contratada<sup>204</sup>, tem que fazer festa. Só que só pode comemorar quando for o 1001 [eles estão conversando e rindo]”.

<sup>203</sup>Na cirurgia a *anastomose* é um procedimento onde se faz uma conexão entre duas partes do corpo humano.

<sup>204</sup> Além das cirurgiãs que atuaram nessa cirurgia a equipe de transplante de fígado ainda conta com mais uma docente de cirurgia e uma cirurgiã assistente.

[...]

**21h30-** O residente R2 está distraído, brinca com uma pinça no pano que cobre a mesinha.

Isabel: “Kelly, está acabando”?

Kelly: “Está acabando professora [esta foi uma das poucas vezes que ouvi a voz de Kelly na cirurgia]”.

Todos estão com muito sangue no avental.

Isabel não sai da sala.

[...]

**21h45-** Já estão contando as compressas [sinal de que a cirurgia está acabando]. A residente R2 que acompanhei na cirurgia de segunda-feira foi muito mais ativa do que o R2 que esteve presente na cirurgia de hoje. Ele fica fazendo um movimento engraçado com os pés. Se apoia em um pé, depois no outro, depois no outro. Está inquieto.

Isabel retorna à sala.

[...]

**21h50-** Kelly acabou a parte dela e saiu de campo. Agora ficam Flávia, Aline e o R2. Flávia observa. Aline e o R2 fazem o procedimento. A instrumentadora começa a arrumar tudo.

[...]

**22h00** – Começam a conversar sobre filhos e casamento porque alguém da equipe se casou.

Isabel: “Eu ficava linda, maravilhosa. Eu era uma grávida linda [ela fala mais alguma coisa que eu não entendi]. Casou e nem, me convidou para o casamento? Aline e o R2 estão suturando. Isabel conversa sobre trivialidades e ri gostoso (Fragmento de anotações do diário de campo, cirurgia de transplante de fígado, 14/01/2014).

Ainda neste capítulo tratarei mais especificamente da interação da docente Isabel com os residentes e com os internos que passam pelo serviço de cirurgia de fígado. No último capítulo tratarei também sobre a conciliação entre vida familiar e vida profissional na rotina de trabalho de Isabel.

### *Reuniões de estudo de caso*

Às quartas-feiras de manhã, antes de irem para o atendimento ambulatorial as residentes do serviço de Cirurgia do Fígado se reúnem em um auditório com residentes e docentes de outros departamentos cirúrgicos onde, em forma de rodízio, a cada semana, um residente de cada departamento apresenta um caso interessante e desafiador para ser discutido com os docentes e residentes presentes. Às sextas-feiras de manhã, a equipe se reúne para discussão dos casos pré e pós-operatórios (além das docentes, médicas assistentes e das residentes, essa reunião também é frequentada pelas enfermeiras e assistentes sociais da equipe).

Além dessa agenda semanal, as médicas assistentes e as residentes R3 e R4 ainda tinham que cumprir uma agenda diária de visita aos pacientes que se encontravam internados na enfermaria da gastrocirurgia em condição pré ou pós-operatória para acompanhar a evolução do quadro dos pacientes. As visitas aos pacientes internados aconteciam de manhã,

antes de iniciarem as atividades do dia, e ao final do expediente. Após encerrarem as consultas ou cirurgias, antes de darem o expediente do dia por encerrado precisavam passar nas enfermarias e observar a situação de cada paciente internado.

### *Atendimento ambulatorial*

Na rotina da equipe de gastrocirurgia da subespecialidade de fígado terças e quartas-feiras eram os dias de atendimento ambulatorial a pacientes em diferentes estágios de tratamento (casos novos, pré-operatórios e pós-operatórios). O atendimento ambulatorial de triagem de novos casos era feito pelos estagiários do internato, quando aprendiam a fazer o histórico dos pacientes e analisar os exames. Dependendo do resultado dos exames o paciente era (ou não) encaminhado para uma consulta com um residente das diferentes subespecialidades da gastrocirurgia. O R1 atendia os retornos, o R2 fazia os curativos dos pacientes do pós-operatório e os R3 e R4 atendiam os casos mais complexos. O R4 também atendia qualquer um dos residentes e internos que necessitassem de sua ajuda. Em todos os tipos de atendimento o caso de cada paciente era discutido com uma das docentes ou com uma das cirurgiãs assistentes que ficavam estrategicamente posicionadas na sala de reuniões do ambulatório. Internos e residentes atendiam os pacientes no consultório, deixavam os pacientes aguardando alguns minutos, dirigiam-se até a sala de reuniões e discutiam o caso com uma cirurgiã da equipe. Depois, voltavam até o consultório e terminavam o atendimento aos pacientes.

É no espaço de aprendizagem do atendimento ambulatorial que os estagiários do internato estabelecem um contato mais direto com as equipes de cirurgiões, médicos assistentes e residentes das diferentes especialidades cirúrgicas. Em se tratando, especialmente, da construção das disposições quanto às aspirações profissionais e à escolha da especialidade médica esse é um espaço de aprendizagem muito significativo, pois é ali que as estudantes do internato interagem diretamente com as equipes de diferentes serviços de cirurgia e observam os membros desses serviços interagirem entre si.

Durante minha pesquisa tive a oportunidade de observar a interação entre estudantes do internato, residentes e docentes em um dia de atendimento no ambulatório. O extrato a seguir contém fragmentos das notas de campo de uma tarde de observação no ambulatório do serviço de gastrocirurgia hepática.

**13h40-** Quando cheguei no ambulatório da tarde Aline [R3] já estava atendendo. Ela e Kelly saíram do ambulatório da manhã às 12h30. Quando saí do ambulatório da manhã para almoçar, Isabel havia ficado lá. O ambulatório da tarde não fica no mesmo prédio do ambulatório da manhã. Esse ambulatório fica em uma parte muito movimentada do hospital. Há dezenas de pacientes no saguão de espera aguardando

para serem atendidos. O ambulatório fica em uma ala do hospital que tem um corredor comprido e muitas salas que dão acesso a esse corredor. Sentei na sala de reunião dos médicos. Na sala há uma mesa grande de fórmica imitando madeira, um computador, vários bancos em volta da mesa e outros bancos em todas as paredes. A sala tem capacidade para umas 38 pessoas sentadas. Cumprimentei Alice, cirurgiã assistente que está por aqui monitorando o trabalho dos residentes e dos internos. Ela tirou uma dúvida de uma estagiária do internato sobre uma paciente atendida. Ela e a Flávia foram olhar uns exames no computador.

[...]

**14h30-** Alice discute o caso de um paciente com uma interna. A forma como se dá a discussão sobre o caso acontece da mesma forma como já ouvi em outros ambulatórios. A estudante descreve os sintomas e o quadro clínico do paciente para a professora. Juntas, chegam a um diagnóstico e discutem o tratamento.

[...]

**14h36-** Chega a Dra. Isabel e senta-se na frente da Alice. Discute uma situação com Alice e Aline. Alice está de plantão há 4 finais de semana. Ela, a Dra. Isabel e um médico [que chamarei de Médico 1] estão conversando sobre os plantões nos finais de semana. Uma das residentes do departamento de Isabel estava de plantão no último domingo, mas não quis cobrir o plantão. Tem também um R5 na sala. Ele quer ganhar um dinheiro, disse que dá um dinheiro bom esses plantões.

**14h45 –** Estão à mesa comigo: Alice, Isabel, o médico 1, um médico mais velho de cabelos grisalhos [que chamarei de médico 2], Flávia e um interno que veio discutir um caso. Como Alice, Isabel e o médico 1 estavam conversando, o interno ficou esperando à porta, meio sem jeito. Eles conversam sobre Toronto e o frio que está fazendo nos Estados Unidos. Isabel fala sobre o lago Michigan congelado. O interno discute o caso com Alice. Amanhã Isabel estará de plantão. Isabel e o médico 2 conversam com o médico 1. Ele está fazendo doutorado. Conversam sobre a qualificação dele e sobre a publicação em uma revista A1. O médico 1 e Isabel continuam conversando. Ele é orientando da Isabel e ela quer que ele defenda em breve. Ele precisa defender a tese logo porque o departamento está precisando dele. Aline entra e discute um caso com Isabel. Entra também uma interna e discute um caso com Alice. O médico 2 diz: “Ficou meio caro o meu IPVA deste ano”. E mostra a foto de uma Ferrari e o valor do IPVA: R\$ 42.000,00. Isabel fala que o seguro também é R\$42.000,00. Isabel fala quanto ela vai pagar de IPVA dos carros dela: Tucson, ... são 3 carros. Vai pagar R\$3.000,00 em um, R\$1.000,00 e mais R\$1.000,00. Ainda tem que pagar o IPVA do sogro. O médico 2 trouxe uma piadinha da Internet sobre a posição da equipe em uma neurocirurgia: o anestesista está dormindo. Eles dão risada.

[...]

Isabel discute a cirurgia de amanhã com Aline e Alice. Isabel fica batendo a mão na mesa enquanto discute o caso do paciente da cirurgia de amanhã. Isabel fala para Alice que não vai ter R2 este ano no transplante. Só tem um R2 este ano [um rapaz que estava aqui na sala sentado na minha frente].

[...]

Isabel conta para Alice sobre a nora dela [mas olha para mim e me inclui na conversa]. Ela foi para Portugal visitar os filhos e a nora não deixou que ela visse o neto e não foi vê-la. Os sogros da Isabel foram com ela na viagem e não puderam ver o bisneto. Isabel não iria dar presentes para eles, mas por causa disso comprou um relógio Guess bem caro para a nora, uma camisa de marca para o filho e um brinquedo bem barulhento para o neto. Toda vez que o neto brincar com o tambor eles vão se lembrar dela. Eu perguntei se ela é portuguesa. Ela é alemã. Enquanto Isabel fala um interno e uma interna que chegaram para discutir seus casos observam a conversa.

[...]

Entra um médico e cumprimenta Isabel: “como vai professora”? Ela responde: “Muito bem e o senhor”? Ele é bem novo. Ela pega os exames do paciente e olha. Diz que o fígado dele é impressionante. Ele é magrinho. Nem precisa fazer tomografia para saber o diagnóstico. Dá para fazer o diagnóstico só pela palpação.

[...]

Entraram três médicos jovens para cumprimentar Isabel. Em tom de brincadeira ela pergunta para um deles: “E a mulher, como está? É a mesma ainda”? Um dos médicos que entrou com ele responde: “Isso é coisa que a gente não troca”. O outro: “Só problema”. Todos dão risada. Isabel conversa com um deles: “o 4º, o 1º e o 5º são da Alice” [falando dos finais de semana de plantão]. Quero te ver sempre [e olha para ela]. Tô brincando.

[...]

Muita gente circula por essa sala o tempo todo. Residentes, internos e médicos entram e saem toda hora.

[...]

Isabel, os médicos e Alice conversam sobre os plantões deste ano. Kelly e Alice dividirão os plantões a cada 15 dias com o R5. Isabel fala que não quer um dia de furo nessa escala em fevereiro. Ela sabe que em janeiro ainda vai dar furo. Isabel vira para mim e fala: “A gente trabalha tão constantemente que pra mim é tudo igual. A gente trabalha de domingo a domingo”. Ela me fala que só descansa quando viaja e mesmo assim depois que o avião decola porque enquanto está em solo é perigoso alguém chamar.

[...]

A conversa agora é sobre concursos e contratações. Um médico entra e dá um beijo na testa de Alice. Ela o trata como professor. Eles conversam sobre aposentadoria de parlamentares e funcionários públicos federais. O tio da Isabel era procurador da república e todas as filhas dele não se casaram para poder continuar recebendo a aposentadoria do pai. Alice fala: “Vou ser solteira pra sempre, mas esse não é o meu caso”.

[...]

**15:34-** Um R2 discute um caso com Isabel. Enquanto ela discute com o R2, Aline espera a vez e chegam mais dois: o R2 e uma interna. Ficam aguardando sentados. A interna discute com Isabel o caso de um paciente e fala o que a interna deve fazer. Quando essa interna sai logo entra outra, que também vem discutir um caso com Isabel. Enquanto isso Alice está vendo um exame no computador com o R2. Ela comenta: “Nossa, olha esse fígado”!

[...]

Isabel me explica que a diferença de atendimento entre o ambulatório da manhã e o ambulatório da tarde é o seguinte: se os exames estiverem até um nível X o paciente é orientado a retornar se sentir alguma coisa. Se os exames forem acima de X eles já encaminham para a cirurgia. No ambulatório da tarde os internos também atendem os pacientes. No ambulatório da manhã não. Somente os residentes atendem os casos cirúrgicos.

[...]

Entra o médico 3. A interna que estava esperando sentada no banco no canto da sala chama: “eu, eu, professor... preciso discutir o meu caso”. Tanto o médico 1, como o médico 2 e o médico 3 são chamados pelos internos e os residentes de “professor”.

[...]

**16h27-** Um dos internos vem discutir um caso com o professor. Esse professor e a Isabel brincam muito. Batem muito papo sobre trivialidades como IPVA, filhos, aposentadoria, mulheres que não se casam para continuar recebendo a aposentadoria do pai.

[...]

Alice já terminou a residência há dois anos. Está sendo preparada para substituir Isabel, assim como Elenice [que também já foi residente nesse departamento e hoje é docente da faculdade]. Isabel disse que Elenice já se vira sozinha. Isabel diz: “A formação do residente em cirurgia tem que ser no *tête-a-tête*. Tem que fazer, tem que pegar”. Kelly entrou na sala e Alice me falou: você tem que entrevistar a Kelly também.

A circulação na sala é muito grande. Isabel, o professor e Alice discutem os casos com os alunos internos e com os residentes. O professor e a Isabel discutem os casos explicando para os internos o que pode ser e o que não pode ser em cada caso. Tentam levar os internos a construir um diagnóstico. É uma aula junto com a prática. Isabel fala: Ô Flávia, anota aí o nome desse paciente porque é um caso legal de apresentar na próxima reunião.

[...]

Surge a conversa sobre filhos. Isabel fala muito e parece se divertir: “Comprei uma camisola nova quando fizemos 25 anos de casados e meu marido nem notou”. Uns 6 meses depois ela estava estudando com a cobertura da camisola e ele ficou admirado. Falou: que lindo! Ela ficou admirada porque ele só percebeu 6 meses depois. Essa conversa surgiu porque uma das meninas internas elogiou o vestido dela que é de um tom *nude*. “Está chique, está na moda usar esse termo”. Aí ela disse que o marido fez o tal comentário sobre as cores. A partir daí surgiu a conversa sobre os filhos dela. Uma das internas perguntou sobre os filhos dela. São três homens e uma mulher. Quando tinha reunião de pais na escola ela mandava a filha do meio. Nesse momento estávamos em 8 pessoas na sala [Isabel, eu, três alunas internas, duas R1 e um interno]. Ela conta que os quatro filhos dela estudaram na mesma escola e foram alunos da mesma professora. No primeiro filho ela ia nas reuniões, depois mandava alguém. Ela não tinha tempo nem paciência de ficar escutando assunto de mala de rodinha nas reuniões. Nas reuniões do filho mais novo ela sempre mandava a filha. Isabel fala e ri. Parece se divertir.

[...]

Isabel passa a analisar os casos de todos os pacientes transplantados que estão internados. O prontuário é grande. Ela prescreve, pergunta se a paciente está em diálise. Como elas já tivessem passado todos os pacientes Alice pergunta se já pode ir embora, já que já discutiram o caso de cada paciente. Isabel diz que não. Tem que ir lá em cima e passar a visita olhando no olho do paciente. Não tem como dizer como o paciente está olhando somente o papel. Isabel diz: “se você não for passar a visita vão dizer que você foi fazer as unhas”. Depois falou sobre as sobrancelhas dela, que ficam muito tempo sem fazer.

[...]

Os residentes estão conversando com Isabel sobre o que vão fazer de especialidade. Alguns querem gastro, outros querem plástica. Uma das R1 fala que vai fazer cirurgia em cabeça e pescoço

[...]

**17h20-** Hora de ir embora. Depois de saírem da sala alguns residentes e internos de ambos os sexos ficam conversando com Isabel no corredor. Eles parecem gostar dela. Se sentem bem à vontade para perguntar sobre a família, os filhos, o marido. Enquanto vou me dirigindo para a saída do corredor escuto Isabel falando com os internos sobre o que normalmente cai na prova para a residência. Ela diz que ainda vai demorar, mas eles vão precisar estudar toda a parte de gastro novamente porque uma boa quantidade de questões é sobre gastro (Fragmento de anotações do diário de campo, cirurgia de transplante de fígado, 08/01/2014).

É interessante notar nesse relato como esse espaço formal de formação profissional é também, ao mesmo tempo, um espaço de socialização cheio de significados subjetivos para a construção de disposições de gênero quanto às aspirações profissionais e à escolha da especialidade. As conversas e as trocas de informação de âmbito profissional são intercaladas, o tempo todo, por conversas de cunho particular que vão desde assuntos referentes a IPVA do carro até assuntos familiares sobre a relação de Isabel com o marido, com os filhos, da rotina da vida doméstica da cirurgiã. Esse tipo de interação simultânea entre o currículo formal, o currículo informal e o currículo oculto também acontece em outros espaços de formação formal, como a sala de cirurgia.

Para as estudantes que se encontram nos estágios do internato a experiência de socialização que presenciam e vivenciam em uma rotina como a descrita acima poderá se tornar um fator de peso na construção das disposições quanto às aspirações profissionais e à

escolha de alguma especialidade cirúrgica. Além de observarem a interação de Isabel com docentes e residentes de ambos os sexos, observam também a atuação das cirurgiãs assistentes e das residentes de cirurgia em interação com esses mesmos sujeitos. Além de presenciarem a docente, as cirurgiãs assistentes e as residentes atuando profissionalmente com segurança e competência, as estagiárias do internato também as observam conversando sobre suas vidas particulares. Esse também é um espaço onde se discutem situações que aconteceram, por exemplo, no dia anterior, dentro da sala de cirurgia. É por isso que, mesmo que os estudantes do internato não estejam presentes na sala de cirurgia, tudo o que se passa nesse espaço acaba por chegar a seus ouvidos por intermédio dos residentes ou pelas conversas que escutam enquanto circulam pela sala de reuniões do ambulatório.

Como já exposto no capítulo 2 desta tese, pesquisas de âmbito nacional e internacional têm apontado que a ausência de modelos femininos na docência em cirurgia e em cargos de chefia dos departamentos cirúrgicos das instituições médicas se configura uma barreira indireta para a ascensão vertical e horizontal das mulheres na medicina por ser um fator de peso negativo para a tomada de decisão quanto à especialidade a ser seguida pelas jovens médicas. Ao contrário disso, modelos femininos na residência em cirurgia, na docência e em cargos de chefia de departamentos cirúrgicos atuam como mentoras e exemplos de sucesso para as jovens mulheres em processo de formação médica e se constituem uma influência positiva para a escolha das especialidades cirúrgicas (SZUMACHER, 2005; MASON e EKMAN, 2007; SHOLLEN, 2009; TAYLOR, LAMBERT e GOLDACRE, 2009; SANTOS, 2009, 2010a; BUDEBERG-FISCHER et al, 2010; DIDERICHSEN et al, 2013 ALERS et al, 2014a; KIRK, 2014; TSOUROUFLI, 2015).

Além de observar o atendimento ambulatorial a partir das experiências de socialização que aconteceram na sala de reuniões, onde a autoridade máxima presente era a própria chefe do departamento de cirurgia, também observei a rotina do atendimento ambulatorial a partir de uma outra perspectiva: a interação entre algumas residentes e os pacientes e também entre essas residentes e os estudantes do internato. Nessa outra perspectiva, pude acompanhar a rotina de trabalho de Laura<sup>205</sup>, uma R4 de gastrocirurgia que fazia o último ano de residência em Coloproctologia. A seguir apresento um fragmento de minhas anotações de campo de uma tarde em que acompanhei Laura em suas consultas no

---

<sup>205</sup> Por uma série de razões particulares, não consegui fazer uma entrevista de trajetória com a Laura, mas conversamos em vários momentos e ela foi a residente que eu mais acompanhei por ocasião da pesquisa etnográfica.

ambulatório da Coloproctologia. Laura estava atendendo pacientes que haviam recebido alta recentemente e retornavam para uma consulta de acompanhamento pós-operatório.

Laura havia me dito que o atendimento no ambulatório começava às 13h e que às vezes não dava tempo de almoçar antes do ambulatório da tarde. Saí do ambulatório da manhã às 12h45 e a Laura e a Dr<sup>a</sup>. Lúcia [cirurgiã docente] ainda ficaram lá. Estavam na sala da Lúcia olhando exames no computador. Fui comer alguma coisa bem rápido. Após o almoço eu precisava trocar de roupa e passar um desodorante.

**13h30-** Cheguei no ambulatório da tarde. Vi a bolsa de Lúcia em cima do balcão, mas ela não estava lá. Laura também não estava lá. Fiquei aliviada porque eu não queria chegar depois delas. Enquanto aguardava, fiquei encostada em uma mesinha que havia no corredor, observando o que acontecia. Esse é o ambulatório cirúrgico da Gastroenterologia e da Coloproctologia. Quando cheguei, os pacientes já estavam sendo atendidos pelos estagiários do internato. São estagiários do 6º ano da faculdade de Medicina. Conteí duas mulheres e três homens atendendo. Um dos internos que está atendendo hoje também estava atendendo na semana passada. A cada novo caso que vão atender, os internos se dirigem até à porta que dá acesso ao saguão de espera e chamam o paciente pelo nome. Precisam falar bem alto porque a sala de espera é ampla e ali estão dezenas de pacientes aguardando atendimento. O saguão de espera está lotado.

**13h40 -** Laura e Lúcia chegaram juntas, tomando café. Elas entram na salinha (minúscula) juntamente com uma estagiária do internato. Eu fico do lado de fora da sala e a Laura diz (brincando) que, com os internos, a Dr<sup>a</sup>. Lúcia é muito boazinha, mas com os residentes ela é muito má. Eu fui esperar por Laura encostada na mesma mesinha em que eu estava antes e lá de fora fiquei ouvindo a conversa que se passava dentro da sala. Laura sai da salinha e me chama. Fomos para o consultório. Ela tem 20 pacientes para atender. A outra residente que iria atender junto com ela não pôde vir hoje. São pacientes que já passaram pela cirurgia e Laura está acompanhando o pós-operatório. Muitos dos pacientes foram operados por ela. O consultório é grande. Há um ambiente maior onde fica a mesa da médica e sua cadeira, duas cadeiras em frente à mesa (uma para o paciente e outra para o acompanhante), uma cama separada por um biombo. Eu, que estou na entrada da sala, próxima à porta, não vejo o que se passa no espaço reservado para examinar o paciente porque o biombo impede a visão. Do lado esquerdo de quem entrava na sala há um outro ambiente (não há porta, apenas uma grande abertura) com duas pias bem grandes e uma balança. Do lado direito da porta há três armários com porta encostados na parede.

[...]

#### **Paciente número 1**

**13h50-** Laura tem que ir buscar os pacientes na grande sala de espera que fica fora da ala de consultas. A primeira paciente entra na cadeira de rodas acompanhada por duas filhas. Ao entrar no consultório com a paciente Laura me apresenta da seguinte forma: “Esta professora vai acompanhar a consulta” [para os demais pacientes ela também me apresentou dessa forma]. A paciente é uma senhora idosa que aparenta ter uns 70 anos. Laura pede para a paciente subir na cama e a filha diz que acha que ela não consegue subir porque a bolsa estava solta e vazando. Essa bolsa é a bolsa de colostomia que muitos pacientes desse ambulatório usam devido à interrupção do fluxo normal de saída das fezes. Essa bolsa recebe as fezes do paciente e fica afixada no abdômen do paciente.

Laura pergunta para a filha: “Por que vocês não trocam?” Uma das filhas respondeu que não sabiam trocar a bolsa e que a bolsa descolava toda hora. Quem trocava a bolsa era uma vizinha. Laura diz: “Vocês têm nojinho? Alguém já ensinou vocês a trocarem a bolsa? Espera aí que eu vou ensinar, vem cá.” Laura é proativa e dinâmica. Quando Laura levantou a roupa da paciente, percebeu que a bolsa estava colocada errada (era por isso que descolava facilmente e vazava). Laura disse: “Isso aqui machuca demais. Se cortar muito longe da entrada machuca a pele. Tem que cortar bem juntinho.” Explicou como deveriam cortar para não machucar mais. Ela pegou a bolsa, cortou e disse: “Faço assim, coloco aí e dou uma sujadinha porque aí

eu sei exatamente onde tem que cortar. ” No paciente que fez colostomia se faz um desvio do intestino e as fezes saem por um orifício no abdômen.

Laura: Ela sempre foi tão animadinha!

Paciente: Não tenho coragem pra nada (com voz desanimada).

Laura: Vamos tomar um remedinho para animar? Ela está chorona (pergunta para a filha)? Vou pegar uma receitinha especial e nós vamos tomar um remedinho para animar. A senhora vai se sentir mais animada.

Laura sai da sala e vai buscar o receituário.

Laura: Da cirurgia ela está super bem. Esse remédio tem que usar pelo menos por dois meses. Vamos marcar o retorno para daqui a um mês (o retorno foi marcado para o dia 05/12 às 13h). Terminando o tratamento a gente marca para fechar a bolsa. Quero ver a senhora entrar correndo (fala sorrindo)!

Quando elas estavam de saída eu interagi com Laura e a paciente. Eu contei para a paciente que meu pai também usava bolsa de colostomia há 8 anos e levava uma vida normal. Hoje ele tem 87 anos. Laura diz para a paciente que ela é bem mais nova e tem que reagir.

Filha da paciente: Eu já falei pra ela que tem que entrar andando.

Antes que Laura se despedisse da paciente, a Dra. Paula entrou no consultório e falamos um oi. Ela perguntou para a Laura se ela poderia atender um paciente de encaixe, mas Laura disse que não dava porque tinha uns vinte pacientes para atender sozinha hoje à tarde. Laura escreve no prontuário antes de chamar o próximo paciente. Ela irá fazer isso após o atendimento de cada paciente. Depois ela se levanta e vai até o saguão de espera para chamar o próximo paciente. Antes de sair, Laura me pergunta o que aconteceu com o meu pai e eu digo que ele teve câncer. Ela pergunta se teve amputação, se fecharam tudo por baixo e eu digo que sim. Eu disse que ele foi operado duas vezes e que, desde a primeira vez já haviam dito que ele iria usar a bolsa para o resto da vida. Ela fala que o pai dela também teve câncer, mas a doença agora disseminou e ele está fazendo químio.

[...]

Quando ia começar a atender o terceiro paciente, chegou um R5 que eu ainda não havia visto por ali. Ela diz toda animada: “Chegou reforço”! Ele me cumprimenta com um sorriso simpático. O R5 é bem alto, mas ela é da altura dele (1,83m). Veste calça jeans e tênis. Laura também veste calça jeans e sapatilha. Laura entrega alguns prontuários para ele. Ao longo da tarde esse residente voltou várias vezes para tirar dúvidas com ela sobre os pacientes que ele estava atendendo. Paula já havia me falado que Laura é a pessoa que mais sabe sobre todos os pacientes porque ela é a R4. Ela havia operado a maior parte desses pacientes.

[...]

As observações de hoje estão sendo bem diferentes do que eu havia observado nos outros dias. Eu estou acompanhando Laura no consultório e tem sido muito interessante vê-la atender os pacientes. Ela transmite muita segurança aos pacientes. Trata os pacientes com respeito e carinho. Não é brusca, não se mostra insensível diante da dor dos pacientes. Laura passa por um drama familiar com a doença do próprio pai. Enquanto observava o movimento dos outros médicos no corredor, percebi que alguns estagiários do internato, quando vão chamar o paciente, entram pelo corredor andando rápido e o paciente vem atrás do médico. Com relação às médicas internas e às residentes, como Laura e Aline, percebi algo diferente. Elas não deixavam o paciente para trás, mas vinham ao lado deles, os acompanhando e já conversando com eles.

### **Paciente número 3 / 14h40**

A terceira paciente chegou deitada em uma cama e chorando. Estava acompanhada por uma amiga. Quando ainda vinham pelo corredor, escutei Laura falando com ela: você está chorando? Por quê? A acompanhante era uma senhora de cabelos bem branquinhos, mas muito ativa e esperta. Fez muitas perguntas para a doutora. A paciente estava com sonda e sentia dores. Laura fez um chamego na cabeça dela e ela puxou a médica para junto de si e lhe deu um beijo na testa. Depois ela pediu desculpas por beijar a doutora. Laura disse que não precisava pedir desculpas, disse que gostava. Laura perguntou por que ela não estava andando e ela disse que estava muito fraca. Sem tirá-la da maca, Laura levantou a roupa dela e examinou a cirurgia do ânus. Disse: “fechou embaixo também. Está tudo bem. Força, mulher (rindo) !!!

E quando é que a senhora vai voltar para eu não ficar com saudade da senhora? Vamos marcar para pertinho? Quero ver a senhora logo. E quero que a senhora entre andando.

Laura: vamos ver o exame de urina.

Enquanto abria o sistema para olhar o exame Laura assobiava e fazia gracinhas. Está com um pouquinho de infecção, mas ela tomou antibiótico. Fique tranquila que está tratado. Esse antibiótico dá conta do bichinho da infecção. Laura beija a paciente antes de levá-la embora. Eu ajudei a empurrar a cama da paciente para fora e a levá-la pelo corredor. Laura empurrou de um lado e eu do outro.

[...]

Fui até a sala onde estava a Dra. Lúcia para pegar a minha mala porque na sala onde eu estava havia bastante espaço para guardá-la. Havia uns sete internos lá dentro. Era muita gente para uma salinha tão pequena. A sala deve ter uns 2m X 3m. Dentro da sala tem uma mesa com a cadeira de rodinhas, outra cadeira de rodinhas e em frente da mesa um pequeno banquinho de madeira.

[...]

Cada paciente que entra para a consulta Laura me apresenta e fala: Esta professora vai nos acompanhar na consulta.

[...]

#### **Paciente número 5**

**15:02** - O paciente é um senhor de uns 55 anos, aproximadamente. Entrou acompanhado da esposa e do filho (de uns 19 anos aproximadamente). A forma como se comunicavam indicava um grau de capital cultural diferente dos demais pacientes que Laura havia atendido anteriormente. Eles entraram brincando. Um fazia piadinha com o outro e riam o tempo todo. A impressão que tive foi a de que mãe e filho faziam gracinhas para tentar distrair a atenção do pai para o que iria acontecer ali no consultório (ele iria tirar os pontos). O paciente foi operado há pouco tempo. Ele sentou meio de lado na cadeira. Quando o paciente coloca bolsa de colostomia o canal por onde as fezes saem é desviado para o abdômen e o ânus é fechado. Então são duas cicatrizes: uma no abdômen e outra no ânus. A do ânus demora mais para cicatrizar.

Laura: Como que foi para fazer xixi?

Paciente: Normal. Um pouco de dor, mas normal.

Laura: Como é que está por baixo? E a bolsa? Tudo bem? E o peso? Está comendo bem?

O paciente falou para Laura que os testículos estavam sensíveis, uma bola, inchados. Ele diz que está andando e caminhando bem. Ela diz que isso é normal. Falou para ele comprar uma almofada daquelas com um furo no meio.

Laura: Vamos dar uma olhadinha como é que está? Não tirou ponto nenhum?

Paciente: Não. Eu trouxe fralda, mas eu coloquei um papel aqui para ficar mais fácil de você examinar.

Enquanto Laura examinava o paciente a esposa e o filho olhavam tudo atentamente e riam o tempo todo entre eles e para o paciente. Fiquei imaginando se eles haviam conversado lá fora sobre o exame íntimo que a doutora iria fazer.

Laura: É aqui que está doendo? A gente vai abrir um pontinho aqui e vai deixar vaziar.

Enquanto ela examinava o paciente entra o R5 (também sem pedir licença, mas esse era mais simpático, entrava sorrindo e cumprimentando as pessoas). Não dava para ver o paciente porque havia uma ala mais reservada fechada por um biombo, mas toda hora entrava alguém enquanto ela atendia um paciente. O R5 veio tirar dúvidas com a Laura. Ela e o R5 começam a discutir o caso enquanto Laura faz o procedimento no paciente. Toda hora entravam residentes e internos (de ambos os sexos) para tirar dúvidas com a Laura.

Laura pergunta para o R5: Saiu o exame dele?

R5: Saiu. Ele passou o resultado dos exames e ela disse: “Está curado”!

Ela pediu para o R5 dar os parabéns para o paciente. O paciente havia operado em 27/09. Ela diz para marcar o retorno para daqui a 3 semanas.

Laura, falou agradecendo: Valeu!!

Enquanto falava com o R5, ela tirava os pontos do paciente. Mãe e filho observavam tudo atentamente e riam um para o outro e para o pai (que de vez em quando gemia um pouco).

Esposa: Arde, né (rindo)? É como na cesariana.

Mãe e filho rindo (mas parecia um riso de nervoso, como rindo, para não chorar, via-se que estavam preocupados com o pai/marido).

Laura disse que vai ficar vazando, mas ela quer mesmo que vaze. É para apertar na hora do banho.

Laura comentando a risada do filho: É assim, né? A gente cria, dá comida, dá estudo e depois ainda fica dando risada... Vamos ver lá por baixo?

Paciente: A bolsa a senhora vai ver?

Laura examinou por baixo e disse que iria cortar uma linha grande para não machucar (mulher e filho observam tudo). Antes de sair o paciente perguntou quantos médicos trabalhavam na equipe com ela. Enquanto isso, a esposa tirava de uma sacola alguns presentes embrulhados em papel vermelho. Eles deram um presente especial para ela e um outro para repartir para a equipe. Uma interna que já havia entrado no consultório outras vezes, entra novamente bem no momento em que o paciente dá uma carta para a Laura e a abraça. Era um poema que ele havia feito para ela. Ela se emociona ao ler a carta. A interna observa tudo e não interrompe. O paciente se despede da Laura com um abraço e diz o quanto ela é especial.

[...]

O R5 entra novamente e traz um caso para a Laura analisar. Laura fala para ele ver o que é que a Dr<sup>a</sup>. Lúcia acha de tirar a sonda do paciente. Não demora muito e Lúcia chega à porta e lá de fora diz: “Laura, vocês também, hein! Venham aqui!” Fala em um tom de voz de quem está dando uma bronca. Laura está com o esparadrapo na mão fazendo o curativo da paciente e responde: Posso só fazer um curativo? Enquanto Laura terminava o curativo a Dr<sup>a</sup>. Lúcia esperou do lado de fora. Depois Laura saiu e os três ficaram discutindo o caso no corredor. Laura entra de volta cantarolando: tarará, tara ta ta.

[...]

**17h30-** Último paciente da tarde. Depois que sair do ambulatório Laura ainda vai fazer a visita aos pacientes que estão internados na enfermaria. Vou com ela (Fragmento de anotações do diário de campo, 07/11/2013).

Além de não precisar mais se dirigir até à professora a cada paciente, Laura assume, por sua vez, a função de professora dos residentes que se encontram em níveis inferiores ao seu no processo de residência (e também dos estudantes do internato). Os estágios na subespecialidade de gastrocirurgia são obrigatórios para todos os estagiários do internato, logo, todos eles têm a oportunidade de observar não somente Laura, mas também, todas as residentes da subespecialidade de Coloproctologia e de cirurgia hepática em atividade. Para as estagiárias do internato que têm interesse no campo cirúrgico, observar a rotina diária de mulheres residentes, cirurgiãs assistentes e docentes se constitui um estímulo positivo no que se refere à escolha da cirurgia como especialidade.

### 7.1.2 Plantões e sobrecarga de trabalho

Mas a residência é tensa. Porque teoricamente são 60 horas semanais de trabalho né, mas você não faz 60 horas semanais. Você faz muito mais (fragmento da entrevista realizada com Teresa, R2 de Cirurgia Geral).

Uma das questões que torna o processo de formação em cirurgia uma “prova de fogo” para os residentes é a sobrecarga de trabalho semanal a que estão sujeitos. Especialmente a sobrecarga que decorre dos plantões obrigatórios. Em teoria, a Lei n. 6932 (BRASIL, 1981), de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente, estabelece que os programas dos cursos de residência médica devem respeitar um limite máximo de 60 horas de trabalho semanais e de 24 horas de plantão, além de assegurar ao médico residente o direito a um dia de folga semanal e a 30 dias consecutivos de repouso por ano de atividade. No entanto, a despeito do que a lei estabelece o que acontece na prática pode ser diferente, como expresso a seguir nas palavras de Pietra durante a conversa que tive com ela sobre como eram os plantões.

R- E o plantão era como?

P- Você trabalhava o dia todo e na hora em que acabava a rotina... normalmente sai entre 5h30, 6h. Então, o pessoal que não estava de plantão já estava saindo, se pudesse, e quem estava de plantão, ficava lá. E virava a noite e no dia seguinte trabalhava o dia inteiro. Não tinha pós-plantão, não tinha nada disso. Nunca teve. Esse negócio de pós-plantão é meio novo. No papel sempre existiu, mas na prática não tinha não.

R- Os direitos do residente?

P- É. Não tinha não.

R- Quer dizer que o que tem no papel não é cumprido na prática?

P- Hoje em dia é. Hoje em dia eles fazem pós-plantão. Na minha época não tinha não. Eu nem sabia disso daí para falar a verdade. Eu fiquei sabendo agora há pouco que tinha esses direitos [rindo].

R- Na sua época já tinha pelo menos no papel?

P- Já, já tinha. Eu acho que sempre teve. Esse negócio de não poder trabalhar mais do que 60 horas, né. Não. Eu já fiz 72 horas de plantão seguido, no R1 (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Pietra, cirurgiã pediátrica).

Quando Pietra fala que hoje percebe que a lei é cumprida, ela está fazendo referência ao descanso de 12 horas que deve acontecer após o plantão noturno. Ela não fala o mesmo em relação à carga horária semanal trabalhada. Diferente de Pietra, que tinha a percepção de que os residentes passaram a cumprir o pós-plantão conforme a lei estabelece que seja feito, Bianca apresentou outra percepção. Como pode ser constatado na transcrição a seguir, para Bianca (uma médica que desistiu da residência em cirurgia no início do R1), o pós-plantão muitas vezes não é respeitado porque mesmo que o residente não esteja trabalhando ele pode estar de “sobreaviso”, uma modalidade de plantão que, inclusive, a lei proíbe para residentes (BRASIL, 2010).

A residência cirúrgica é uma residência muito puxada, né. Eu fiquei só dois meses e meio e em dois meses e meio eu fiz 33 plantões, que é o que eu faço hoje em um ano na residência de radiologia, quase. É uma residência muito puxada em termos de carga horária. E assim, os dias que eu não estava de plantão eu estava de sobreaviso, então, potencialmente, eu poderia ser chamada e estar de plantão também (fragmento de entrevista realizada com Bianca, ex-residente de Cirurgia Geral).

Em geral, ao ingressarem em uma residência de cirurgia, os estudantes têm ideia de tudo isso, mas a realidade pode ser ainda pior do que esperavam. Uma residente me disse que no final do período de residência em Cirurgia Geral ela se sentiu como um “veterano de guerra”. No entanto, apesar do choque inicial diante da excessiva carga-horária de trabalho, algumas cirurgiãs e residentes que entrevistei ainda assim arrazoaram a favor dessa dinâmica de formação. Como pode ser observado a seguir, essa foi a posição de Patrícia, R3 de Cirurgia Cardiovascular.

Mas a gente também não pode ser inocente e achar que ah, o problema então é porque você passa muito tempo, então vamos reduzir a carga horária do residente. Isso foi feito há um tempo atrás pelo MEC. O MEC reduziu a carga horária do residente para o máximo de 60 horas, algo assim. Eu não estou muito por dentro porque eu não sigo essas normas. Mas... eu acredito que os residentes do MEC atuam 60 horas semanais máximas, têm folga após plantão e outros direitos que eles adquiriram depois de muitas lutas da categoria. Mas a gente não pode também achar que fazendo uma carga horária muito flexível a gente vai conseguir aprender aqui. Porque você também precisa de um tempo de imersão na especialidade... porque, se não, a quantidade de anos que você vai levar para aprender aquilo vai ser tão grande que você só vai se sentir habilitado muito lá para a frente. E você precisa da tua independência financeira para começar a tua vida também. O fato de você ter um tempo de imersão e uma grande carga horária no início é para poder tentar fazer aquele treinamento intensivo. Depois vai poder dar uma reduzida. Isso também é importante. Não é só: "Ah, se o problema é a carga horária, então vamos reduzir". Se você for espalhar todo esse aprendizado ao longo dos anos. Toda essa carga horária vai demorar muito mais. Hoje eu faço de 100 a 140 horas, eu faço o dobro do que o MEC preconiza. Então, teoricamente, para eu aprender e ver... porque a gente aprende por repetição. Para eu ver e rever, e rever, e estudar e ler e sedimentar aquilo. Eu iria precisar de muito mais tempo e isso acabaria alongando demais o tempo de formação. Existem esses dois lados da balança. De um lado, é muita carga horária, é muito tempo, é muito sacrificante para o residente, ele está sempre cansado. Por outro lado, se você não tiver uma carga horária puxada, o tempo se alonga demais e você vai ficar muito tempo como residente (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Patrícia, R3 de Cirurgia Cardiovascular).

Além dessa racionalização em torno do tempo de formação, um outro fator que levou uma das cirurgiãs que entrevistei a se submeter às longas horas de trabalho semanais sem questionamentos foi a preocupação com o investimento em capital social e, em especial, a preocupação em construir uma boa imagem diante dos professores.

M- Mas, realmente é um choque. É um choque porque... não sei nem te explicar direito. São muitos plantões. A gente abre mão de muita coisa na residência. Então a gente não tem final de semana, a gente não tem dia útil. Eu estou sem a minha senha do banco faz um ano.

R- E tem aquele número de horas que você tem que cumprir oficialmente.

M- É. Essa é a velha questão. Oficialmente tem. Mas sempre acaba passando. Passa muito.

R- E você tem a opção de dizer se você quer ou não quer participar dos plantões

M- Não. Não tem. Porque é assim... O problema da cirurgia é que a cirurgia é feita de trocas. Ela é feita de: Você é um bom aluno? Você é um bom cirurgião? Você opera. Ah, você é vagabundo, você não opera. E o cirurgião ele aprende na prática.

Vários professores comentam muito isso. Tem muito esse negócio da troca. E tem lugar que não dá pra escolher. Você está no ambulatório, tem 60 pacientes pra atender. Lotado, transbordando de pacientes. Chega às 6 horas da tarde você vai embora? Não. Você fica até acabar os pacientes. Tem lugares bem piores. Eu converso com colegas. Tem residências bem piores do que a nossa. A nossa nem é das piores (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Mirela, R2 de Cirurgia Geral).

Percebo essa troca, à qual Mirela se refere, como um investimento em um tipo de capital social que deverá render vantagens futuras para a inserção no mundo do trabalho, mas também como um exemplo de violência simbólica incorporada ao discurso do que significa ser um bom cirurgião. Tratarei disso logo a seguir.

## **7.2 R1: “Um ano de cão que tem dia para começar e dia para terminar”**

A frase “um ano de cão que tem dia para começar e dia para terminar” foi usada por uma residente do 1º ano de Cirurgia Geral ao me descrever como era a sua rotina como R1. Com algumas variantes, ouvi a mesma frase repetidas vezes por outras residentes, cirurgiãs assistentes e até mesmo por docentes e chefes de departamento. Essa residente apenas reproduziu um discurso que é tradicionalmente passado de geração em geração para justificar a “prova de fogo” pela qual os R1 passarão ao longo do primeiro ano da residência em cirurgia.

A cirurgiã-docente Isabel, que foi R1 de Cirurgia Geral em 1980, fez uso de um discurso muito semelhante ao explicar como ela e seus colegas residentes suportaram os assédios e acessos de raiva de seu professor de cirurgia. Ela se referiu a seu professor de cirurgia, ao mesmo tempo, como mentor, amigo e carrasco.

Às vezes eu tenho a sensação que eu fui usada por ele. Eu não vou falar pra você que é uma sensação só, não. Ele se sentia o dono da minha vida.

[...]

Muito amigo meu falou: não quero fazer cirurgia, não quero ficar aqui. Todos nós que ficamos com ele... e não foi só comigo que ele foi assim. O Vítor... O Vítor foi meu R3. Ele foi meu professor, na verdade, né. Assim... ele estava começando. Eu era R1 e o Vítor era R3 [...] porque eu não permitia que ele [o professor] fizesse comigo o que ele fazia com o Vítor. Porque o Vítor era subserviente. Mas o Vítor também besta não era não. Ele aproveitava tudinho [com ênfase], entendeu? A nossa visão... de todos, era: “Estou aqui para aprender. Um dia isso acaba, um dia isso tem fim”. Entendeu? Todos nós sabíamos que um dia isso iria acabar (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com a gastrocirurgiã e docente Isabel).

Certo dia, eu estava no auditório do departamento de cirurgia de um hospital para participar da reunião de recepção aos ingressantes no programa de Residência em Cirurgia Geral. Após as boas-vindas iniciais, vários cirurgiões docentes tomaram a palavra e dirigiram-se aos residentes ingressantes dando-lhes algumas orientações práticas sobre o programa de

residência. Embora as orientações fossem gerais, a maior parte delas se dirigia aos R1 de Cirurgia Geral e, na fala de dois desses cirurgiões docentes, o tipo de discurso que ouvi de Isabel e de algumas residentes se repetiu:

#### **Cirurgião docente<sup>206</sup> 1**

O R1 é um ano de muito trabalho. As nossas residências são difíceis. Não é fácil. O R1 é mais difícil. O R2 tem um pouco mais de folga. Mas com certeza vocês sairão daqui muito bem formados do ponto de vista teórico e prático. E eu estou falando isso não é para desanimar, é para incentivar. É para começar com o pé direito. Aprender a fazer cirurgia é ficar ao lado do cirurgião. Hoje em dia está cheio de regras: dia de folga, tempo de trabalho... as coisas mudaram muito. Nós não queremos massacrar ninguém, não queremos sacrificar. Precisamos de uma parceria com vocês. Vocês serão tratados como filhos desta instituição, com suas venturas e desventuras. O departamento de cirurgia existe por uma razão: ensinar cirurgia. O residente é o cara que está em treinamento. Nós nos comprometemos com vocês... a se tornarem excelentes cirurgiões. Vocês nunca vão estar sozinhos. A residência que eu fiz aqui ficou marcada para o resto da minha vida. Tem dia para começar e dia para terminar (Fragmento de anotações do diário de campo, reunião de recepção aos residentes ingressantes).

#### **Cirurgião docente 2**

Este hospital é conhecido como um dos melhores e maiores do Brasil. Tem grande expressão no cenário nacional e internacional. Atendemos as cirurgias mais complexas. Nós somos suspeitos para falar, nós adoramos estar aqui e damos o sangue por isso. Vocês saíram da festa de formatura e foram fazer exames para a residência. De interno para R1 é uma mudança drástica. Quando você é interno você é paparicado, tem festinha... agora é muito trabalho, muita dedicação, muita bronca. Às vezes com razão e, às vezes, sem razão. Não tenham medo de ligar para o R+ ou para o cirurgião que está de plantão de madrugada. Não tenham medo. O residente pode até brigar, mas liguem. Alguns cirurgiões são bravos, mas não tenham medo de perguntar. R1 vai trabalhar, trabalhar, trabalhar e depois comer, beber e dormir. Nessa ordem [um residente que veio da região Nordeste pede a palavra e complementa: “Doutor, lá na minha terra tem um ditado que diz que ‘quem ensina o jegue é a carga’]. Você tem data para começar e tem data para terminar. Quando você se torna R2 muda tudo. O R2 vira um ser de outro planeta. Do dia 27/02 para o dia 28/02 ele vira inteligente da noite para o dia<sup>207</sup> (Fragmento de anotações do diário de campo, reunião de recepção aos residentes ingressantes).

As declarações desses cirurgiões são emblemáticas e refletem um pensamento muito presente nas gerações de cirurgiões mais velhos sobre a forma de pensar as relações hierárquicas e as relações pedagógicas do processo ensino-aprendizagem envolvidas na formação em cirurgia. Interpretando sociologicamente essas declarações a partir dos escritos de Bourdieu (1982, 1991, 1996b), não pude deixar de perceber nessa reunião e nas falas e posturas dos cirurgiões ali presentes as marcas características dos rituais de consagração

<sup>206</sup> Cabe aqui um esclarecimento. O termo cirurgião docente é empregado dessa forma para distinguir o cirurgião principal do cirurgião assistente. O cirurgião docente é aquele que ensina cirurgia em algum serviço de residência. Existem serviços de residência em cirurgia tanto em hospitais escola que são chamados de Hospitais de Clínicas de alguma Faculdade de Medicina, como em hospitais tradicionais. O cirurgião assistente, em geral, é recém-formado e começa a carreira sendo assistente de um cirurgião mais experiente.

<sup>207</sup> Note como na fala desse docente aparece bem clara a percepção de que o R1 vira “calouro” novamente. E, pior ainda, quando fala que da noite para o dia o R2 vira um ser inteligente, aparece implícita à essa fala do professor a visão do R1 como “calouro burro”.

presentes nas instituições de formação das elites acadêmicas e profissionais. Assim como acontece no dia da matrícula na faculdade de Medicina, o primeiro dia do R1 na residência em cirurgia também é marcado por discursos que exaltam a instituição na qual o residente está ingressando e o fazem saber que está ingressando em um treinamento intensivo que, apesar de bastante rígido e estressante do ponto de vista físico e psicológico, é também necessário para sua formação como cirurgião. Novamente, o ato de instituição que confere ao sujeito o privilégio de fazer parte do grupo consagrado é também um imperativo que “impõe um direito de estar que é uma obrigação de ser” [tradução minha] (Bourdieu, 1991, p.120).

Implícita nas falas desses cirurgiões docentes, encontra-se um tipo muito particular de ato de comunicação que Bourdieu (1982) trata como um “ato de magia social”. Como já exposto nos capítulos anteriores, a “magia” não se encontra no ato em si, mas na eficácia simbólica da representação que o novo ingressante incorpora quanto ao comportamento que se sente obrigado a adotar a fim de estar em conformidade com a representação mais ampla que o grupo instituído tem de si mesmo e do novo ingressante. Rituais de instituição como o que presenciei na reunião de recepção aos novos residentes de cirurgia incorporam um tipo muito particular e dissimulado de violência simbólica, pois as implicações e consequências desses atos de instituição passam despercebidas, não somente para aqueles a quem o ato é imputado, mas também, até mesmo, para os próprios cirurgiões docentes que os sancionam.

No caso específico da reunião que presenciei, a comunicação presente no ato de instituição começa por enfatizar que os cirurgiões que serão seus mentores e hoje ocupam posições de prestígio no campo cirúrgico nacional (e até internacional), já passaram, no passado, por esse mesmo modelo de formação. Por já terem passado por essa experiência e, atualmente, como mentores, presenciarem essa mesma forma de relação ensino-aprendizagem se repetir a cada ano, eles estão cientes dos embates de poder que serão travados no dia-a-dia da formação em residência; estão cientes de que as relações hierárquicas que se estabelecem entre os diferentes estratos da estrutura de poder da formação em cirurgia podem ser conflituosas e até mesmo, de muitas formas, injustas.

Ao mesmo tempo em que esse ato de comunicação social trata abertamente das durezas e desventuras que acompanham a rotina de trabalho de um R1 de cirurgia, também enfatiza o pertencimento a um grupo que se considera como uma “família”, como em uma relação de pai e filho. Aqueles que conseguem passar invictos pelas “desventuras” do

processo de formação em cirurgia alcançam as “venturas” de fazer parte de um grupo social muito seletivo<sup>208</sup>.

Nesse contexto, a conotação e os significados de um discurso do tipo “tem dia para começar e dia para terminar” vão muito além de incentivar os residentes ingressantes a se dedicarem com afinco e determinação ao novo desafio. Esse tipo de discurso traz implícita a mensagem de que as “desventuras” do desgaste físico e psicológico, das muitas broncas, dos assédios, dos xingamentos e das possíveis injustiças também “têm dia para começar e dia para terminar”; e de que, no final, valerá a pena ter passado por tudo isso para se tornar um excelente cirurgião. Mais do que um incentivo à perseverança e ao trabalho árduo, o incentivo, nesse caso, implica também, uma relação de submissão e humildade diante da tradicional lógica de comando.

Mas que implicações o ato de instituição que presenciei na reunião de recepção aos residentes ingressantes teria sobre o processo de construção das disposições quanto às aspirações profissionais e à escolha da especialidade por parte das estudantes de medicina? Não havia nenhum estudante de medicina presente na reunião de recepção que presenciei, mas a ausência não impede que esses estudantes estejam, também, como num “ato de magia social”, sujeitos a esse tipo muito particular de violência simbólica. Isso porque, mesmo não sendo ouvintes diretos do que foi dito aos residentes naquela reunião de recepção, enquanto rodam pelos estágios do internato esses estudantes não somente ouvem comentários semelhantes, como veem esse discurso sendo colocado em prática nas relações de poder e interdependência estabelecidas na “prova de fogo” da residência em cirurgia.

Ao refletir sobre as experiências que vivenciei ao observar o processo de formação em cirurgia não pude deixar de lembrar do depoimento de um dos estudantes que depôs na CPI das Universidades quando disse que “O trote não serve só para você humilhar o cara. É pra você colocar ele nessa estrutura de modo submisso” (SÃO PAULO, 2015, p. 24 - fragmento de depoimento prestado por um estudante de medicina à Comissão Parlamentar de Inquérito realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo). Assim como na percepção desse estudante, Almeida Júnior (2015) argumenta que a submissão aos trotes violentos prepara o estudante para os assédios e o sofrimento que precisará suportar no primeiro ano da residência (especialmente na residência em cirurgia). Nesse caso, estar apto

---

<sup>208</sup> Como citado por Almeida Júnior (2015, p.15) ao fazer menção ao lema do personagem Quincas Borba: “aos vencedores, as batatas”. As “batatas”, no caso da disputa pelas posições em profissões de grande prestígio significam, dentre outras, reserva de mercado de trabalho, rendimentos financeiros elevados, honrarias sociais, posições de comando e prestígio.

(ou não) a ser um bom cirurgião ou uma boa cirurgiã teria ligação direta com ter suportado ou não os assédios sofridos nos trotes e, em última instância, as humilhações e a dureza durante a residência em cirurgia. Como expresso por um estudante da USP:

É como dizer que é importante participar desse espaço e você adquirir resistência para aguentar o assédio na residência, no internato. Enfim, o assédio na vida médica. [...]. É que não é mais trote. É a forma grosseira como o médico preceptor ou o supervisor, ou seja, lá quem no centro cirúrgico trata você... (SÃO PAULO, 2015, p. 190 e196 - fragmento de depoimento prestado por um estudante de Medicina à Comissão Parlamentar de Inquérito realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo).

É importante destacar aqui que, de todas as vezes que ouvi a expressão “tem dia para começar e dia para terminar”, o anseio pelo final desse período não esteve relacionado apenas ao desgaste físico das longas horas de trabalho e do pouco tempo para dormir, comer e cuidar de assuntos pessoais, mas também ao desgaste psicológico e emocional provocado pelas humilhações, perseguições, xingamentos e assédios que são comuns no ambiente de formação cirúrgica. Ao interagir com cirurgiões e cirurgiãs ao longo de minha pesquisa etnográfica um ponto me chamou a atenção quando a conversa entre os docentes girava em torno do que seria considerado por eles como um bom cirurgião e uma boa cirurgiã: os atributos mais destacados não eram aqueles ligados às habilidades e competências técnicas (esse já era um pré-requisito indispensável), mas aqueles ligados ao controle emocional e à capacidade de suportar a pressão no ambiente de trabalho. Como expresso no pensamento do residente que disse que “quem ensina o jegue é a carga”, é muito presente no campo da formação em cirurgia a ideia de que para se tornar um bom cirurgião é preciso ter suportado com êxito a “prova de fogo” do R1.

Não foi por acaso que alguns dos estudantes que deram seus depoimentos na CPI das Universidades disseram que a subserviência à hierarquia do trote serve para preparar o estudante para os assédios que sofrerão durante a residência.

### 7.2.1 A lógica de formação do R1 de Cirurgia Geral

A lógica de que para ser um bom cirurgião o R1 precisa ser testado ao limite é conhecida dos estudantes que passam pelo internato. Combinado ao fato de que as mulheres em formação cirúrgica passarão, ainda, por outras métricas mais exigentes, esse tipo de lógica se constitui como uma barreira para a escolha das estudantes de medicina pelas especialidades cirúrgicas. E, nesse caso, entender como se dá o processo de formação de um R1 torna-se uma providência relevante para se apreender o processo de construção das disposições quanto às

aspirações profissionais e quanto à escolha da especialidade por parte das mulheres egressas dos cursos de Medicina.

Os mesmos termos e o mesmo sentimento de tristeza expressos pela estudante de medicina Tamara, quando me falava da lógica de humilhação presente nos trotes e da perpetuação das tradições em torno dessas práticas, foram expressos também por Teresa, R2 de Cirurgia Geral, ao se referir à reprodução e perpetuação das tradições que valorizam a lógica do sofrimento e da humilhação.

Você fica até mal vista pelos outros professores que, tipo assim, se eles sofreram sempre com professores assim, porque é que eu não posso sofrer também. Eu vejo que é assim, sabe, a residência. Tipo: "Na minha época eu ficava aqui mais tempo". Poxa! Mas é para ser 60 horas de trabalho por semana. A gente faz 80, no mínimo. E aí você fala que 80 ainda está pouco? Que você precisa fazer 100? Sabe? Então... é uma coisa que é embutida na residência. Se eu sofri porque que o outro não vai sofrer? E é assim. Os professores fazem assim. O que está acima de você de residente faz assim com você e você faz assim com quem está abaixo. E perpetua. Infelizmente (fragmento da entrevista realizada com Teresa, R2 de Cirurgia Geral).

No caso de Teresa, o rito de instituição pelo qual teve que passar ao ingressar em um programa de residência lhe impôs testes aos quais seus colegas não foram submetidos. Diferente de seus colegas, que passaram por um processo seletivo interno para ingressarem no programa de residência em Cirurgia Geral de um hospital de clínicas de uma faculdade de Medicina, Teresa havia passado pelo processo seletivo do SUS que dava acesso a programas de residência em hospitais convencionais (sem vínculo com uma escola de Medicina). Devido a uma série de irregularidades administrativas e financeiras, os serviços de residência do hospital no qual Teresa ingressou foram descredenciados junto à Comissão Nacional de Residência Médica. Todos os médicos que faziam residência naquele hospital foram compulsoriamente (e aleatoriamente) realocados para diferentes hospitais localizados em cidades do estado de São Paulo. Foi nesse contexto que Teresa foi transferida pela Comissão Nacional de Residência Médica, de um serviço de residência de um hospital de atendimento convencional para o serviço de residência de um hospital de clínicas de uma faculdade de Medicina. O ingresso de Teresa no novo programa de residência não aconteceu da forma como ela esperava. Além de ter vindo de um programa de residência considerado de menor prestígio, seu ingresso se deu de uma forma considerada por alguns como indigna.

O assunto sobre o qual tratávamos na entrevista era a desistência de algumas colegas do programa de residência. Eu havia perguntado se ela conhecia alguém que havia desistido da residência em cirurgia. Ela, então, começa a falar da desistência da colega e relaciona as causas dessa desistência à uma série de questões ligadas à sua própria trajetória de formação. O diálogo se segue:

T- Tinha... na verdade... Gente... esqueci o nome dela. Ela desistiu no meio do R1. Marido de Teresa- O nome dela é Xênia [o marido de Teresa, cirurgião recém-egresso de um programa de residência em cirurgia, acompanhava nossa conversa de outro cômodo da casa a ajudou a lembrar o nome da colega].

T- Ela era da casa, era formada aqui, mas desistiu no meio do R1.

R- Você sabe dizer por que foi que ela desistiu?

T- Olha... É que quando eu entrei eu rodava como extra. Porque o grupo de residentes já estava completo e eles não fizeram um estágio a mais. Eu rodava mais porque a professora acreditou que eu ia sair. Ela fez bastante força pra eu não dar conta. Bastante [fala com um ar de tristeza]. Ela ficou me ameaçando e dizendo que eu não ia conseguir. Quando eu entrei, ela disse que eu entrei pela porta dos fundos, que não era para eu estar ali. Que eu não era boa o suficiente para estar ali. Aí ela me colocou como chefe da gastro assim que entrei, que é uma coisa... E ela e os outros professores fizeram bastante força pra eu sair. Assim: eu chegava às 4h da manhã, o que não era o normal. E saía duas horas, uma e pouco. Às vezes eu nem ia pra casa pra dormir.

R- Duas horas da manhã? Que você saía? Mas ficava fazendo o que? O que é que tinha pra fazer?

T- Ah, inventavam. Passava visita à noite. Quem está de plantão à noite não passa visita à noite. Comigo... quando era a minha semana aí passava visita à noite. Aí eles fizeram isso, mas eu não desisti. Só que o problema foi... que rodávamos em grupo. Às vezes, eles conseguiam fazer uma coisa pontual comigo, mas na maioria das vezes não. Afetava o grupo inteiro quando eles pediam alguma coisa para ser feita. E aí foi quando a Xênia tentou desistir. Porque a gente vai no rodízio, né. E você vai rodando. O estágio, na verdade, é o mesmo. É só uma coisa temporal pra falar assim que você está no 1, 2, 3 e 4. Na verdade, na minha época eram 5 porque eu rodava como extra. Na semana seguinte em que eu saí, todo mundo saía às 5 horas da tarde, chegavam às 7h. Era uma coisa que eles viraram pra mim e falaram: " Olha, é muito estranho porque é outra coisa". Depois teve até uma brincadeira: "Não vamos rodar com a Teresa, não". Porque eu rodava ao contrário. Sempre sobrecarregava. Foi bem ruim.

R- E como é que você suportou isso tudo? Tinha dias que você chorava e...

T- Ah, lá nunca, né. Porque eu não queria mostrar nunca que eu estava mal. Mas, assim, na verdade eu nem percebi tanto a pressão na hora em que estava acontecendo. Eu não queria... na verdade eu não queria enxergar. Eu pensava: "Isso aqui é passageiro. Isso aqui vai passar e vai ficar pra trás". Eu não fazia questão de notar. Se eu notava, eu fazia questão de esquecer.

R- Eu estou entendendo, assim, que tudo o que você sofreu em termos de preconceito foi mais por você ter vindo de fora e ter vindo assim encaixada, vamos dizer assim, transferida, do que por você ser mulher.

T- É. Foi. Com certeza. Por exemplo, essa menina que desistiu, a Xênia, ela era da casa, ela tinha feito faculdade aqui. Ela era da casa e ela desistiu no meio do R1. Quando ela começou, eu rodei ao contrário. Então, todo o período em que eu fiquei na Gastro foi o período em que ela ficou. Mas era insuportável. Era insuportável. Hoje eu não consigo pensar como que eu consegui passar.

R- Mas o mesmo que acontecia com você acontecia com ela também? De ter que chegar às 4h da manhã?

T- Porque como tinha o chefe e o cão sempre tinha alguém que tinha que te ajudar. E era ela o cão que rodava comigo (fragmento da entrevista realizada com Teresa, R2 de Cirurgia Geral).

Nas declarações de Teresa aparecem quatro questões interdependentes que se colocam como categorias de análise relevantes para minha tese: (i) as diferentes formas de assédio como práticas ainda muito presentes nos espaços de formação em cirurgia; (ii) o pensamento de que vale a pena suportar o sofrimento porque é passageiro; (iii) a desistência

de residentes que não conseguem passar pelo crivo da lógica do sofrimento; (iv) a disseminação das tradições que começam com os professores e, como em um “efeito dominó”, atingem toda a cadeia hierárquica do processo de formação.

### 7.2.2 Uma “sociodinâmica da estigmatização” com viés de gênero

O R1 de Cirurgia Geral, não sei... [com expressão de tristeza] todo mundo já deve ter te falado. É um ano... O R1 é uma coisa fora do comum. Foi horrível, foi horrível. Tinha dia que eu chegava 10h30, 11h da noite e acordava às 4h porque às 4h30 tinha que estar no hospital. E já passando visita para que às 7h30 estivesse tudo pronto pra que a hora que o chefe chegasse estivesse tudo na ponta da linha. Cirurgia entrando... então, assim, tinha dia que eu chegava que eu nem tomava banho. Teve um dia. Eu lembro que eu acordei, tocou o despertador e eu estava na mesma posição que eu cheguei. Eu estava com um prato na barriga assim, ó... Eu acordei do mesmo jeito que eu dormi. Eu não consegui acabar de comer. Do jeito que eu encostei, pus o prato aqui, comecei a comer, eu acordei na mesma posição. Eu não acabei de comer, não deitei pra dormir, não tomei banho, não fiz nada. Então, assim, é um negócio desumano. Totalmente. Eu não entendo porque é assim, mas, enfim, é assim na maioria dos lugares. Mas, graças a Deus, já passou [rindo]. Mas eu acho que não precisa ser tão sofrido. Porque hoje em dia tem um estigma na Cirurgia Geral. Quanto mais sofrida a residência, melhor ela é. Eu não vejo dessa forma. Eu acho que dá pra dosar tudo (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Pietra, cirurgiã pediátrica).

Durante seu processo de formação como cirurgiã Pietra passou por duas instituições diferentes. Ela fez a residência em Cirurgia Geral em um hospital da rede privada e a residência em cirurgia especializada em um hospital da rede pública (ambos no estado de São Paulo). Segundo ela, na concepção de grande parte dos professores com os quais teve contato, e por extensão, também dos residentes, o bom residente de cirurgia é aquele que se adapta ao que ela chama de “estigma do sofrimento”. Embora Pietra tenha se apropriado do termo “estigma” segundo o uso do senso comum, ao apontar para a existência de uma cultura fortemente interiorizada em torno da visão de que “quanto mais sofrida a residência, melhor ela é”, a cirurgiã tocou em uma questão chave para se entender a lógica do processo de formação em cirurgia e, a meu ver, por extensão, para se entender o processo de construção das disposições quanto à escolha da especialidade.

Para interpretar a concepção de “estigma do sofrimento” à qual Pietra se refere trago o conceito de estigma como apresentado na concepção de Elias e Scotson (2000) ao estudarem os processos microssociológicos das relações de poder existentes entre o grupo denominado pelos autores como “estabelecidos” e os grupos denominados por eles como

“*outsiders*”<sup>209</sup>. Nesse caso, o conceito de estigma encontra-se diretamente relacionado a esses dois outros conceitos que, embora representem relações de interdependência, representam também relações de desigualdade.

Os indivíduos que fazem parte de ambos os grupos estão, ao mesmo tempo, separados e unidos por laços de interdependência tensos e desiguais. De um lado, encontram-se os “estabelecidos”, que seriam aqueles sujeitos que ocupam posições de prestígio e poder investidos “(...) por uma identidade social construída a partir de uma combinação singular de tradição, autoridade e influência” (ELIAS E SCOTSON, 2000, p. 7). Do outro lado, e sempre em contraposição ao grupo dos “estabelecidos”, encontram-se os “*outsiders*”, que representam todos os outros grupos formados pelos sujeitos que não fazem parte do grupo estabelecido. Enquanto os “estabelecidos” formam um grupo que se orgulha de preservar valores e tradições próprios de sua coletividade e, por isso, se percebem dignos de usufruir certos privilégios sociais, os “*outsiders*” são vistos pelo primeiro grupo como “aqueles que estão de fora” desses mesmos privilégios. Ao mesmo tempo em que se auto promove a um status de elevada superioridade em relação aos demais, o grupo formado pelos “estabelecidos” impõe aos “*outsiders*” estigmas sociais, como rótulos sociais negativos, que podem estar relacionados a aspectos físicos, psicológicos, morais ou sociais, dependendo do contexto em questão.

Em suas considerações teóricas sobre a sociologia das relações de poder entre estabelecidos-*outsiders*, Elias e Scotson (2000) tratam de um tipo de construção social denominada por eles de “sociodinâmica da estigmatização”. Para preservar seu *status* na hierarquia social, os “estabelecidos” fundamentam sua distinção e seu poder em uma série de atributos e padrões de comportamento que refletem valores tradicionalmente passados de geração em geração como superiores e de alto valor social.

Não é fácil entender a mecânica da estigmatização sem um exame mais rigoroso do papel desempenhado pela imagem que cada pessoa faz da posição de seu grupo entre outros e, por conseguinte, de seu próprio status como membro desse grupo. [...] A

---

<sup>209</sup> Embora o estudo de Elias e Scotson (2000) tratasse da sociologia das relações de poder presente em uma pequena comunidade urbano-industrial inglesa do final da década de 1950 e início da década de 1960, os pesquisadores enfatizaram que o ensaio teórico que realizaram poderia ser aplicado a toda uma gama de outros estudos sobre desigualdade humana em diferentes contextos sociais. Para os pesquisadores as análises sobre os processos de socialização apresentados no livro poderiam servir como uma espécie de “modelo empírico” para outras pesquisas que buscam compreender a natureza dos laços de interdependência que unem, separam e hierarquizam indivíduos e grupos sociais. “No fundo sempre se trata do fato de que um grupo exclui outro das chances de poder e de *status*, conseguindo monopolizar essas chances” (ELIAS E SCOTSON, 2000, p. 207).

participação na superioridade de um grupo e em seu carisma grupal singular é, por assim dizer, a recompensa pela submissão às normas específicas do grupo. Esse preço tem que ser individualmente pago por cada um de seus membros, através da sujeição de sua conduta a padrões específicos de controle dos afetos. O orgulho por encarnar o carisma do grupo e a satisfação de pertencer a ele e de representar um grupo poderoso [...] estão funcionalmente ligados à disposição dos membros de se submeterem às obrigações que lhes são impostas pelo fato de pertencerem a esse grupo. [...] A satisfação que cada um extrai da participação no carisma do grupo compensa o sacrifício da satisfação pessoal decorrente da submissão às normas grupais. [...] Costumeiramente, os membros dos grupos outsiders são tidos como não observantes dessas normas e restrições (ELIAS E SCOTSON, 2000, p. 25 e 26).

Embora as condições de estigmatização presentes na relação estabelecidos-outsideers sejam diferentes em cada contexto social e sofram variações conforme as características e as tradições próprias de cada grupo, o *modus operandi* tende a ser semelhante e se utilizar de estratégias de controle social comuns. Dentre as estratégias de controle social mencionadas por Elias e Scotson (2000), destaco duas que estiveram presentes em todos os segmentos de formação médica por mim observados nesta tese: (i) a construção e disseminação de estereótipos criados em torno de “fantasias coletivas” utilizadas para justificar a imputação do estigma; (ii) a disseminação de comentários elogiosos para exaltar os sujeitos que se enquadravam nos padrões sociais impostos pelo grupo “estabelecido” e a disseminação de comentários depreciativos para estigmatizar os sujeitos e os grupos que não se enquadravam nesses mesmos padrões.

Certo dia, em uma conversa informal com um cirurgião docente sobre minha pesquisa, sem que tivesse consciência disso, ele demonstrou quão intensamente a “sociodinâmica da estigmatização” com viés de gênero pode estar incorporada à cultura dos programas de residência em cirurgia e, por extensão, ao processo de formação das escolas médicas, sem que os próprios docentes estejam conscientes disso. A conversa girava em torno das diferenças entre homens e mulheres quanto à forma como escolhem a especialidade médica. Nossa conversa durou em torno de uma hora e abordou diferentes temas, no entanto, enquanto manifestava sua posição, o professor acabou desvelando as mesmas estratégias de controle social mencionadas por Elias e Scotson (2000).

O docente começou a conversa fazendo um comentário a respeito do alto índice de desistência entre as mulheres residentes de cirurgia e me explicou que “algumas mulheres que começam a residência logo percebem que não têm o perfil emocional para serem cirurgiãs”. Logo em seguida complementou o comentário apresentando um discurso amplamente disseminado no campo da formação cirúrgica em torno da ideia de que “o ambiente é meio militar e a profissão ainda tem uma visão muito masculina”. A forma como

expressou esse pensamento me levou a pensar, inicialmente, que ele mesmo não apoiava essa “fantasia coletiva” a respeito da valorização de certas características militares presentes na residência em cirurgia. No entanto, quando começou a tecer elogios a uma certa residente do programa percebi que embora parecesse querer mostrar o contrário, ele valorizava o caráter militar do programa de residência. Sobre essa residente ele disse: “Ela é uma excelente profissional. Foi militar”. Conquanto a intenção aparente não fosse depreciar as residentes que desistiram do programa, a forma como o comentário foi feito assumiu um tom do tipo de “fofoca depreciativa” como aquela considerada por Elias e Scotson (2000) como um instrumento de controle social.

Minha conversa com esse cirurgião foi quase um monólogo. Ele falou muito e a conversa fluiu de uma forma que, intercalado a outros temas relacionados, o tema da incompatibilidade emocional de muitas mulheres para a cirurgia sempre voltava à pauta da conversa. Ele, então, deu um exemplo para ilustrar o que queria dizer com incompatibilidade emocional. Contou que uma vez foi falar com uma residente sobre um procedimento errado que ela fez e o queixo da moça começou a tremer e ela começou a chorar enquanto ele falava. Ele me disse: “Como é que eu vou lidar com uma pessoa assim? Eu disse para ela que quando ela se recompusesse nós continuaríamos aquela conversa. Não dava para conversar sobre o procedimento com a residente chorando. Esse tipo de personalidade reflete profissionalmente”. Após contar esse caso, voltou a falar sobre desistência: “A pessoa não sabe o que quer, ao certo”.

Esse discurso que relaciona demonstração de emoções pelo choro com incompatibilidade para a cirurgia é amplamente disseminado nos espaços de formação médica. Por essa razão, muitas vezes, quando eu perguntei a uma residente ou a uma cirurgiã se elas haviam chorado diante de alguma situação estressante ou constrangedora muitas responderam como Alice e Teresa, respectivamente: “Em público não, mas em casa várias vezes”. “Ah, lá nunca, né. Porque eu não queria mostrar nunca que eu estava mal”.

Demonstrações de emoção como chorar em público podem ser vistas pelos(as) docentes como uma demonstração de fraqueza emocional e como uma declaração de incompetência para a cirurgia. Isso ficou muito claro para mim durante o período em que observei a rotina de várias residentes e docentes. Embora em diferentes versões ouvi, repetidas vezes, expressões como a seguinte: “Mulher que faz cirurgia não pode ser molenga, chorona. Tem que ser forte, durona. E essa força não tem a ver com força física, mas com personalidade forte”. Certo dia, enquanto uma docente me apresentava para uma residente, presenciei o seguinte diálogo. A docente disse: “Ela quer entender o processo de formação...

quer entender porque nós escolhemos cirurgia”. A residente reage: “Nós somos loucas. O que eu fiz com a minha vida? Vale chorar nessa entrevista”? A docente a corrigiu: “Chorar, não. Cirurgiã não chora”. Ouvi esse discurso de que “cirurgiã não chora” em diferentes contextos, em diferentes instituições e proferido por diferentes pessoas.

Voltando à sequência daquela conversa que tive com o professor de cirurgia, enquanto ele me explicava sobre a diferença entre a personalidade do clínico e do cirurgião, parecia querer justificar porque a maior parte das mulheres escolhe especialidades clínicas e não cirúrgicas: “São personalidades diferentes. O cirurgião precisa ter maior controle emocional. A personalidade do cirurgião tem que ser mais masculina”. Ao mesmo tempo, o docente também expressou sua percepção a respeito dos homens que escolhem especialidades clínicas e fez menção especialmente à Pediatria. Ele disse: “Já na Pediatria tem muita mulher e a maior parte dos homens que estão lá parecem ser homossexuais. São muito efeminados”.

Esse tipo de comentário pejorativo feito pelo docente a respeito dos homens que fazem Pediatria também apareceu no comentário feito por uma cirurgiã docente quando ela me explicava que no hospital onde ela trabalhava tinha muita mulher na Ginecologia. O comentário feito por ela foi o seguinte: “Na parte da pediatria tem bastante mulher, na ginecologia tem bastante mulher. Lá só tem mulher. Ou é mulher ou é viado [dá uma risadinha], então... Não sei porque que só tem viado lá” (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com uma cirurgiã docente).

Como também demonstrado nas pesquisas de Zolesio (2010), na França, e de Marques e Amâncio (2002), em Portugal, essa forma de “personalidade masculina” a que esses dois docentes que entrevistei fizeram menção não se refere apenas a sujeitos do sexo masculino, mas a sujeitos de ambos os sexos que tenham incorporado disposições de gênero consideradas “masculinas”, como: disposições para a ação independente, a liderança autoritária e o humor irreverente; disposições para suportar um ambiente de estresse e intensa competição; disposições para a resistência ao mau humor, ao estresse físico e emocional.

Embora essas colocações dos docentes tenham sido feitas a mim, em particular, os comentários feitos por eles, refletem um pensamento comum à cultura de formação médica e têm implicações diretas sobre a construção das disposições de gênero por parte dos estudantes de medicina. Ainda que não explicitamente declaradas, colocações como essas levam à construção de disposições de gênero que incorporam a ideia de que a residência em cirurgia é um espaço de formação aberto apenas para mulheres e homens que apresentem características “masculinas”. Sujeitos de ambos os sexos que apresentem disposições consideradas “femininas”, como sensibilidade emocional, demonstração de sentimentos através do choro,

linguagem verbal e corporal emotiva, não são levados a sério como bons candidatos a se tornarem bons cirurgiões(ãs).

No caso das relações de poder que envolvem a formação em cirurgia, de uma forma geral, o residente que se submete e perpetua a tradição em torno da fantasia de que “quanto mais sofrida a residência, melhor será a formação do cirurgião” é valorizado pelo grupo já estabelecido e aceito como digno de ser inserido no grupo já consagrado. Por outro lado, o residente que demonstra sinais de fraqueza (especialmente emocional, mas também física) e não consegue passar pelo rigoroso crivo do teste do sofrimento é estigmatizado e visto como incapaz de se tornar um bom cirurgião.

É importante destacar aqui que, assim como em outros contextos sociais, a relação estabelecidos-*outsiders* no contexto da educação médica não se manifesta de uma única forma, mas por meio de uma multiplicidade de variantes combinadas. É por essa razão que, embora o objetivo principal desta tese tenha sido entender como se dá a construção das disposições de gênero quanto à escolha da especialidade médica, além das variáveis relativas às questões de gênero, foi preciso analisar também outras variáveis presentes nas relações de poder do processo de formação médica.

### 7.2.3 Vontade de desistir

R- Alguma vez você pensou em desistir?

A- Pensei. No começo do R1 eu pensei. Entrei em desespero.

R- O que aconteceu? Quais foram as situações que te levaram ao desespero?

A- Ah, ficar sem dormir, ficar vários dias no hospital, emendava plantão com cirurgia que ia até de noite e aí tinha outro transplante. Às vezes ficava uma semana sem ir pra casa. Eu fiquei quatro dias seguidos no hospital quando eu estava no estágio da urologia. Emendava plantão com transplante, plantão com transplante. Eu não conseguia ir pra casa.

R- Chega a um esgotamento físico...

A- Físico mesmo. E tem R+ que é muito... judia, humilha, pega no pé, não trata com educação, então, não é fácil. Pensei em desistir, mas assim, sabe... quando você pensa..., mas aí, no dia seguinte, você fala: "Ah, não. Está tudo bem". Já desiste no dia seguinte (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Alice, gastrocirurgiã em início de carreira).

Das residentes e cirurgiãs brasileiras que entrevistei, Alice não foi a única que, em algum momento, pensou em desistir da residência em cirurgia por causa dessa lógica de que o R1 deve ser testado ao limite da exaustão (física e psicológica) para provar que consegue ser um bom cirurgião. O caso da trajetória da formação cirúrgica de Kelly é um exemplo significativo porque ela, efetivamente, abandonou o programa de Cirurgia Geral onde havia sido aprovada. A seguir apresento uma parte do diálogo que estabeleci com Kelly.

K- Eu prestei cirurgia em tudo em São Paulo. Eu prestei em vários lugares. Passei em praticamente todos, só não passei lá no HC da USP, foi o único lugar em que eu prestei e não passei. Eu passei no Servidor [Hospital do Servidor Público de São Paulo], na Santa Casa, na minha faculdade, passei no SUS, passei em hospital particular e passei aqui. Quando saíram todas as listas eu fiquei em lista de espera aqui e comecei Cirurgia Geral no XXX [nome do hospital], que foi, o dos que eu prestei, o que eu passei melhor colocada. Comecei Cirurgia Geral lá, mas não gostei do clima do XXX [nome do hospital], um clima muito hostil assim, dos residentes, muito hierárquico, muito difícil, então eu acabei largando.

R- E você pode descrever um pouquinho como que era esse clima mais especificamente? Situações, assim...

K- Na verdade era assim, o que me fez largar, foi a questão de eu não entender porque o R1 era o cara que tinha que ser o mais sobrecarregado e cobrado entendeu? E certos tipos de... de atitudes com os residentes menos experientes que eu não concordo, assim. É tipo... meio que maltratar o cara sem nem muito um porquê. Então eu acabei largando o XXX [nome do hospital] e não tinha previsão de ser chamada aqui.

R- Você largou lá antes de saber se seria chamada aqui?

K- É. Larguei. Na verdade, eu falei: "não é cirurgia que eu quero, tive esse... não quero esse tipo de vida, não consigo lidar com esse tipo de situação, de... de... esse tipo de clima, de cobrança, de humilhação, não consigo lidar com isso" (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Kelly, gastrocirurgiã em início de carreira).

Na ocasião em que abandonou a residência em Cirurgia Geral desse serviço, Kelly havia desistido de ser cirurgiã. Todavia, como havia prestado a prova da residência em vários outros lugares, ela acabou sendo chamada também em outro serviço. Traumatizada com o que havia passado no programa de residência que havia abandonado, chegou a pensar em não ingressar nesse outro serviço, mas com o incentivo da família resolveu tentar para ver se o clima de trabalho seria diferente. Ela continua o relato.

Mas eu acabei sendo chamada no hospital particular e meu pai falou: " Entra nessa residência e vê o que você acha, porque às vezes o clima é melhor. Você sabe que quer cirurgia, ué". Aí eu entrei nesse hospital particular e lá eu era tratada que nem uma rainha, né. Uma médica em primeiro lugar, etc e tal.

R- Você sentiu diferença então?

K- Lógico, sem dúvida. A residência no SUS é muito difícil, porque o residente é a comida para todo mundo. Acham que podem detratar o R1 e no hospital particular eu vi que não era assim, pô. Eu era uma médica, e... acompanhava as cirurgias, e fazia as coisas e comecei a adorar a cirurgia mesmo e pensar: "é isso mesmo que eu quero".

R- E quanto tempo que foi? Que espaço de tempo teve entre esse primeiro hospital e o segundo?

K- No XXX [nome do hospital] eu fiquei umas duas semanas, aí saí, aí... fiquei no particular umas três semanas praticamente, um mês, foi quando eu fui chamada aqui. Aí quando eu passei aqui eu fiquei estressada, fiquei até em dúvida... cidade diferente, ficar mais longe de casa, e tal. Fiquei tensa, mas meus pais deram aquele pontapé de novo e... de uma hora para outra eu estava aqui. Eu fui a última a entrar na residência da geral, mas aqui eu fui bem recebida pelos R2. Pelas meninas [só havia mulheres R2]. Minha R2 é hoje a minha melhor amiga, fui acolhida e tudo, então...

R- Você sentiu alguma diferença no acolhimento em relação a quem é da casa e quem é de fora? Por ter vindo de uma instituição particular?

K- Aqui não existe isso da mesma forma como no XXX [nome do outro hospital], a faculdade aqui é bem acolhedora, tanto em pós-graduação com estrangeiros quanto com residentes que vêm de fora. Aqui não se tem essa... Lógico, sempre tem um pouco de bairrismo, mas comparado com o XXX [nome do outro hospital] de onde eu vim, é muito pequeno.

R- E você acha que aqui não foi assim?

K- Não. A residência de cirurgia aqui é... muito pelo contrário, a gente tem até uma cultura entre os residentes e com os chefes que o R1, ele precisa ser cobrado, mas há o entendimento que o cara está começando. Eu percebi isso aqui. E o próprio coleguismo assim, eu percebi quando eu vim pra cá, diferente de lá. O pessoal te acolhe mais, eu me senti acolhida como R1, com os R2, os residentes, o pessoal que tá aqui é um pessoal que quer te ajudar, não tem essa, né.

R- Será que isso tem a ver com os docentes?

K- Acho que sim. A própria... a própria Dra. Isabel é uma pessoa excepcional, com quem você pode conversar, você pode dar risada, você pode contar piada. Ela conta piada, conta causos de família. Então... É uma coisa dos docentes mesmo. Acho que pode ser dos docentes mesmo. O Dr. Luciano, outro cara excepcional (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Kelly, gastrocirurgiã em início de carreira).

Kelly passou por três diferentes serviços de residência em Cirurgia Geral em um espaço de dois meses: o primeiro, um hospital de clínicas de uma faculdade particular; o segundo, um hospital da rede privada; e o terceiro, um hospital de clínicas de uma universidade pública. Trata-se, em todos os casos, de instituições localizadas no estado de São Paulo. Atualmente, ela já terminou a residência em cirurgia especializada e trabalha como cirurgiã assistente em um grande hospital. Ela está sendo preparada pela chefe do serviço (onde trabalha como cirurgiã assistente) para também se tornar uma docente do departamento.

#### 7.2.4. Juntando as peças de um quebra-cabeça

Diferente da trajetória de Kelly, que se tornou cirurgiã apesar de ter interrompido temporariamente a residência, ouvi relatos de outras médicas que não só desistiram do programa de residência em cirurgia, mas também da aspiração profissional de um dia se tornarem cirurgiãs. Esse foi o caso de duas residentes de Cirurgia Geral que eram da mesma turma e desistiram na mesma época. Ouvi falar muito sobre essas duas residentes em diferentes contextos e por diferentes pessoas.

Uma das vezes em que ouvi falar a respeito da desistência dessas residentes foi em uma reunião onde um R2 passava informações aos residentes ingressantes sobre a rotina do programa de residência. Essa não era a primeira vez que ouvia comentários a respeito dessas duas residentes, mas até então, ainda não havia conseguido entrevistar nenhuma das duas. Ele explicou que no grupo de R2 do ano anterior havia 5 homens e 8 mulheres. Originalmente, elas eram em 10 mulheres, mas duas delas haviam desistido. A informação de que “duas mulheres desistiram” era irrelevante sob o ponto de vista dos objetivos da presença

daquele R2 na reunião, mas por outro lado, repleta de significados em um espaço de formação que ainda traz incorporada à sua prática a tradição de que esse não é um espaço para mulheres. Ou, não é um espaço para qualquer tipo de mulher.

Enquanto esse R2 falava sobre as duas desistências, eu me lembrava de tudo o que já tinha ouvido falar sobre o assunto e tentava juntar as peças do quebra-cabeça para entender porque elas haviam desistido. As informações que me ajudaram a entender o que havia acontecido convergiam de todos os lados, mas havia uma interpretação particularmente comum presente nos testemunhos de algumas das oito residentes que ingressaram naquele ano e de algumas alunas que se encontravam no internato por ocasião da desistência. Depois de algum tempo, eu acabei conseguindo entrevistar Bianca, uma das residentes que havia desistido naquela ocasião.

Bianca confirmou o que algumas de suas ex-colegas de residência já haviam me contado e me deu outros detalhes em primeira pessoa. Ela passava por um drama pessoal desde 2011, quando a mãe foi diagnosticada com um câncer de ovário em estágio avançado. No início de 2012, quando cursava o último ano da faculdade e passava pelo estágio de terapia intensiva, na UTI, ver muitos pacientes jovens em estado terminal mexeu muito com ela: “Eu quis até largar a faculdade. Voltei para casa e fiquei dois meses afastada da faculdade e fiquei com a minha mãe”. Em meados desse mesmo ano sua mãe faleceu aos 52 anos de idade. Bianca conta que a morte da mãe a abalou muito e a depressão que a acompanhava desde 2011 se agravou ainda mais. Apesar de ter retomado os estudos com o objetivo de se formar naquele ano, Bianca chegou a questionar se queria, realmente, exercer a medicina. No final do sexto ano, como que por impulso, ela prestou a prova da residência para Cirurgia Geral e foi aprovada. No entanto, ela ainda se encontrava em estado grave de depressão na ocasião e não estava emocionalmente preparada para enfrentar a residência de cirurgia. Ela continua contando:

No final do 6º ano, quando chegou a época da prova da residência, não me veio na cabeça outra especialidade. E daí eu meio que assim, pelo impulso.... Como eu sempre pensei em cirurgia, eu sempre gostei de cirurgia eu acabei prestando cirurgia mesmo. Eu falei: ‘Bom... não gosto de outra especialidade. Era o que eu gostava antes de eu ter tido esse momento de reflexão sobre tudo o que estava acontecendo na minha vida pessoal e daí eu falei “vou prestar cirurgia mesmo’. E passei. [...] Talvez se eu não tivesse passado de primeira talvez hoje eu ainda estivesse fazendo cirurgia. Não sei. Às vezes eu ainda tenho algumas reflexões acerca disso. Talvez foi justamente por ter entrado direto que eu tenha largado. Mas... não sei. Eu acho que se, talvez eu tivesse ficado um ano trabalhando, não ter entrado direto... Um dos motivos que me fez largar a residência em cirurgia foi a minha experiência pessoal da época. Porque eu tinha acabado de perder a minha mãe e eu não estava preparada para lidar com pacientes graves. Uma das primeiras experiências que eu tive na residência foi na enfermaria do trauma, que foi o último estágio que eu fiz antes de

largar, que eu tive contato com pacientes muito jovens em estado grave. [...]. No ano que eu larguei cirurgia eu nem prestei nada de residência. Eu fiquei muito apreensiva porque eu estava largando a única especialidade médica que eu gostava. E eu cheguei a me questionar se eu iria continuar atuando como médica. Eu tive esse questionamento. A especialidade cirúrgica eu acho ela muito bonita, até hoje. E operar é gostoso. Eu não larguei cirurgia porque eu não gostei de operar. Eu gostei muito em operar. Mas o que eu vi é que eu não gosto de lidar com paciente grave. E eu não estava preparada para lidar com paciente grave. Eu precisava me amadurecer como médica e como pessoa para, de repente, conseguir fazer uma residência de cirurgia. Eu não estava emocionalmente preparada (fragmento de entrevista realizada com Bianca, ex-residente de Cirurgia Geral).

Embora o principal motivo que levou Bianca a deixar a residência de cirurgia tivesse uma relação direta com o falecimento de sua mãe e a debilidade de seu estado emocional para lidar com pacientes graves, uma série de outras questões ligadas à estrutura da rotina de trabalho e à forma como as relações interpessoais se estabeleciam em alguns serviços de cirurgia começaram também a ocupar espaço em suas reflexões pessoais. Isso aconteceu, especialmente, depois que ela conversou com sua colega que estava pensando em desistir da residência de cirurgia. Bianca era a representante dos residentes junto ao corpo docente e, sem saber do drama pessoal que a assolava, um dos professores pediu que ela conversasse com Renata, sua colega de residência que estava pensando em desistir do programa. Bianca conta o que aconteceu após essa conversa.

Como eu era a representante dos residentes, um dos chefes da cirurgia foi conversar comigo pedindo para eu ir conversar com a Renata. Porque a Renata tinha um perfil semelhante ao meu. Assim, sempre quis cirurgia desde o início da graduação, era proativa, estava indo bem, aparentemente, na residência, tinha feito faculdade aqui, tinha feito Liga do Trauma junto comigo, também, desde o segundo ano. E era minha colega de turma. A gente se formou juntas. E eu fui conversar com ela para ver o que estava acontecendo, saber porque ela estava pensando em largar. E, na verdade assim, eu brinco, né, que eu fui tentar argumentar com ela, dar motivos para ela ficar na residência e ela me expôs os motivos, as dúvidas que eu tinha e me expôs as coisas que também estavam me fazendo querer sair. [...]. Aí logo depois eu fui conversar com o chefe<sup>210</sup> que havia me pedido para conversar com ela e eu falei “olha professor, conversei com ela, mas, na verdade, tudo o que ela me falou eu não tenho como convencê-la a ficar e, na verdade, ela está quase me convencendo a sair porque eu tenho as mesmas impressões que ela e, na verdade, eu também estou com problemas de saúde. Eu perdi a minha mãe, fiz tratamento para depressão nesse ano que a minha mãe ficou doente, o estágio está muito puxado e eu também estou pensando seriamente em sair. Porque na residência eu não consegui... faz três meses

---

<sup>210</sup> O chefe mencionado por Bianca foi muito compreensivo com o momento de angústia pelo qual ela e Renata estavam passando e permitiu que elas ficassem algumas semanas afastadas da residência para pensarem melhor sobre o assunto antes de saírem do programa, definitivamente. Nesse período de afastamento o professor sempre ligava para a casa dela para perguntar se ela estava melhor e para dizer que esperava que ela voltasse. Ela conta que sempre houve apoio por parte do chefe para que ela voltasse ao programa. Mas os motivos de Bianca para deixar a residência em cirurgia iam além das questões emocionais. Assim como sua colega Renata, ela também passou a questionar, as relações de poder e a forma de organização das práticas pedagógicas do programa de residência.

que eu sou residente e faz três meses que eu não consigo ir na minha psicóloga e na psiquiatra, e eu não estou tomando os meus remédios e eu também estou querendo sair” (fragmento de entrevista realizada com Bianca, ex-residente de Cirurgia Geral).

Em um momento de nossa conversa expus a Bianca o questionamento que tive quando fiquei sabendo que ela havia desistido da residência: “O que será que aconteceu? Será que aconteceu alguma coisa lá? ”. Ela, então, me respondeu:

Comigo, na verdade, não aconteceu nada, mas eu via as coisas que aconteciam com os outros e com a Renata, por exemplo, e eu falei assim: ‘eu não quero passar por isso para ter a opção de largar, eu não quero que isso aconteça comigo’ (fragmento de entrevista realizada com Bianca, ex-residente de Cirurgia Geral).

Bianca parece não ter sofrido, diretamente, o mesmo tipo de violência explícita infligida a seus colegas, mas certamente, foi vítima do mesmo tipo de violência simbólica também imposta a eles. A maior prova disso é confirmada quando fala “comigo, na verdade, não aconteceu nada”; e não se dá conta de que, na verdade, aconteceu muita coisa. Ela começou a se imaginar passando pela mesma situação e resolveu desistir da residência antes que fosse submetida ao mesmo tipo de humilhação a que seus colegas eram submetidos.

Não sei, exatamente, o que foi que aconteceu com Renata. Bianca não me contou detalhes e eu não consegui fazer uma entrevista com Renata. Tudo o que sei a respeito do que se pensa sobre as razões que a fizeram desistir da residência, foi o que ouvi de comentários feitos por outras colegas de residência e de estudantes de medicina que, na época, passavam pelos estágios do internato. No entanto, mesmo não tendo obtido as informações em primeira pessoa, o que importa nesse caso, também é captar a percepção de terceiros a respeito do que aconteceu e de como a informação sobre o ocorrido circulou nos diferentes espaços do hospital e da faculdade de Medicina. O que pretendo destacar é que os estágios do internato são uma vitrine das relações de poder travadas no interior da residência em cirurgia e que esse é um fator que precisa ser levado em consideração quando o assunto é o estudo da construção das disposições de gênero quanto às aspirações profissionais e a escolha da especialidade.

Uma estudante que foi contemporânea de Bianca e Renata e, na época, passava pelos estágios do internato me apresentou a seguinte versão para o que aconteceu com as residentes de cirurgia:

Lá na minha faculdade duas residentes desistiram de cirurgia. Elas até começaram a fazer... duas residentes mulheres desistiram e o que aconteceu com elas foi aquela questão da humilhação, não é. É como se os homens aguentassem mais humilhação do que as mulheres, sabe. Não estou falando que eu defendo isso, tá. Eu só estou falando o que estava acontecendo. Assim, elas foram muito humilhadas, inclusive, por uma docente, que é mulher, durante um procedimento cirúrgico e até teve aquela

coisa de jogar as compressas cheias de sangue, jogar sangue nelas durante o procedimento cirúrgico. Aquela coisa... às vezes elas fizeram alguma coisinha errada. Mas elas estão aprendendo. Elas estão ali para isso, não é? E o docente está lá para ensinar. Mas assim, muitas vezes o docente está lá para te repreender. Não é muito ensinar. É aquela coisa de humilhar mesmo, não é? E daí o que acabou acontecendo com elas foi isso. E elas saíram da residência porque elas não aguentaram emocionalmente as humilhações que elas sofreram. O que eu sei que marcou foi esse procedimento cirúrgico que jogaram coisas nelas. Uma prática que era muito comum nas cirurgias. Isso de jogar instrumentos cirúrgicos no estudante se ele fizesse alguma coisa errada. Enfim, era humilhação assim, de uma questão hierárquica muito presente. E isso aconteceu com essas meninas e elas até desistiram da prática cirúrgica. O que acontece...vou falar até a minha opinião... porque é muito difícil aguentar uma residência de cirurgia por causa das humilhações, assim, todo mundo sabe disso (fragmento da segunda entrevista realizada pela pesquisadora com Tamara, médica recém-formada em uma universidade pública localizada no estado de São Paulo).

O relato de Tamara aborda questões chaves que já foram postas em discussão nesta tese e corrobora a linha de interpretação que tenho apresentado. A percepção de Tamara de que “é como se os homens aguentassem mais humilhação do que as mulheres” traz implícito, novamente, aquele pensamento fortemente presente na tradição da formação cirúrgica de que para ser um bom cirurgião é preciso mostrar que suporta o sofrimento físico e psicológico; e ainda, de que as mulheres são mais frágeis e suportam menos os testes necessários para provar que podem se tornar cirurgiãs. Em um diálogo que tive com Mônica, uma R2 de Cirurgia Geral que era colega de residência das duas residentes que desistiram, a mesma percepção apareceu novamente. Com outras palavras, mas sob enfoque semelhante:

M- Na verdade, tem professor que, realmente, não gosta de mulher na cirurgia. Mas eu, explicitamente, nunca ninguém me falou nada. Ninguém.

R- Mas como é que você sabe que o professor não gosta de mulher na cirurgia?

M- Porque falam: "Tal professor não gosta, tal professor gosta". Porque é assim... Mulher tem, realmente, um biotipo, né. Todo mundo acha que... E mulher tem mesmo. Que é ser mais frágil emocionalmente falando, ser mais família mesmo, sofrer mais com o dar plantão. Eu acho que isso está arraigado na visão da mulher, assim. Só que o meu ano foi muito atípico porque a gente entrou em 10 mulheres para 5 homens. E daí duas meninas desistiram. Daí as coisas ficaram meio tensas para o lado das mulheres.

R- Aí elas desistiram e qual foi o comentário?

M- Ah, "Mulher não aguenta". Foi assim, difícil pra gente (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Mônica, R2 de Cirurgia Geral).

Mônica é uma pessoa de pequena compleição física. Para ela, parece ser importante não deixar dúvidas de que representa um tipo de mulher diferente daquelas que não aguentam pressões físicas e psicológicas. Outro ponto que quero destacar da fala de Mônica é a forma como ela se utiliza do termo “biotipo”. Esse termo é usualmente empregado na linguagem médica para classificar as pessoas conforme suas características genéticas ou corporais físicas, no entanto, Mônica o emprega com uma conotação totalmente oposta. Ela

utiliza o termo “biotipo” para se referir a atributos subjetivos especialmente relacionados à fragilidade emocional.

Da fala de Mônica é necessário destacar também que, antes mesmo de falar sobre o que “todo mundo acha” (inclusive ela) a respeito do que ela chama de “biotipo arraigado na visão da mulher”, ela começa seu argumento fazendo menção, primeiramente, ao fato de que “tem professor que, realmente, não gosta de mulher na cirurgia”. Logo em seguida, antes de falar da problemática da qual estávamos tratando, ao usar a expressão “porque é assim...”, ela começa a apresentar a razão da aversão de alguns docentes à presença de mulheres na residência em cirurgia.

Ainda que de formas diferentes os relatos de Tamara e de Mônica voltam a tratar da questão da humilhação a que os residentes são submetidos e do abuso de poder por parte de quem se encontra em uma posição superior na hierarquia de comando, mas abordam também uma outra questão chave: a relação entre a prática docente e a disseminação de estereótipos de gênero nos espaços de formação médica.

## **CAPÍTULO 8. DISPOSIÇÕES “MASCULINAS” X DISPOSIÇÕES “FEMININAS” NA FORMAÇÃO EM CIRURGIA: UMA RELAÇÃO PLURAL**

A expressão “pluralidade disposicional de gênero” é utilizada por Zolesio (2010) a partir dos escritos de Lahire (2001; 2002). Baseia-se na compreensão de que as lógicas de ação, bem como os arranjos sociais empreendidos por homens e mulheres não se reduzem a um tipo específico de “feminilidade” ou “masculinidade”, mas à ambivalência de um tipo de flexibilidade disposicional no modo como as disposições “masculinas” ou “femininas” são ativadas ou desativadas pelos sujeitos dependendo do contexto e do momento vivido em suas trajetórias pessoais. A despeito de a formação em cirurgia ser ainda simbolicamente concebida como uma formação profissional que impõe aos residentes e cirurgiões de ambos os sexos a incorporação de disposições socialmente construídas e percebidas como “masculinas”, e de os espaços de formação em cirurgia continuarem a valorizar e reproduzir essa concepção, na prática, os diferentes arranjos sociais colocados em ação tanto por homens como mulheres (no entanto, mais pelas mulheres do que pelos homens) oscilam entre diferentes lógicas de ação e são reorganizados em função do contexto vivido ou da etapa em que se encontram na trajetória profissional.

Assim como na pesquisa de Zolesio (2010), as observações de campo e as entrevistas que realizei mostraram que as interações sociais vivenciadas por residentes e cirurgiões docentes nas relações pedagógicas do processo de formação em cirurgia não se limitaram às disposições de gênero consideradas “masculinas”. Ao contrário, as interações sociais vivenciadas por cirurgiões e residentes de ambos os sexos incorporaram alternadamente disposições “masculinas” e “femininas”. Essas disposições de gênero variaram conforme as diferentes fases da carreira, conforme os interlocutores com quem interagem e também, conforme o contexto vivido.

Neste capítulo, trago à discussão o caso exemplar das experiências de socialização estabelecidas entre cirurgiões e residentes de um serviço de residência em cirurgia que, a despeito de a nível nacional e internacional, ser uma subespecialidade predominantemente masculina, era formado excepcionalmente por um corpo de residentes 100% feminino. Ao mesmo tempo que a apresentação desse caso exemplar tem por objetivo relacionar a maior presença de mulheres nesse serviço de cirurgia ao modelo de liderança exercido pelo docente chefe e à trajetória de superação vivenciada pela única docente do departamento, tem também por objetivo apresentar as relações de interdependência que se estabelecem nas interações pedagógicas entre docentes e residentes desse serviço como exemplos de pluralidade disposicional.

Na parte final do capítulo, trago também outros exemplos de pluralidade disposicional que variaram conforme o contexto e conforme a fase da trajetória pessoal nas experiências de cirurgiãs e residentes.

### 8.1 O que acontece na subespecialidade de Coloproctologia<sup>211</sup>?

Possivelmente a pergunta com que inicio este tópico seja a mesma que passa pela cabeça dos estudantes de uma certa faculdade de Medicina quando fazem o rodízio pelo estágio de cirurgia no internato ou de quem tem contato com esses serviços pela primeira vez. Isso porque a significativa presença de mulheres nessa subespecialidade se configura como exceção estatística não só no departamento de cirurgia dessa instituição, especificamente, mas também no Brasil e em outros países. No período em que fiz minha inserção etnográfica no serviço de residência da faculdade de Medicina em questão, com exceção de Cícero (cirurgião-docente chefe do departamento) e de Marcos (cirurgião assistente contratado pelo hospital), todo o restante da equipe, era formado por mulheres<sup>212</sup>. Em um dia em que acompanhei a equipe da Coloproctologia no atendimento ambulatorial o professor Cícero puxou conversa comigo sobre “as mulheres da gastro”. Fiz as seguintes anotações em meu caderno de campo:

Cícero volta ao assunto das mulheres na Gastro. Disse que as mulheres da Cirurgia Geral parece que querem vir para a gastro. Nisso o Marcos entra na sala e começa a participar da conversa também.

Cícero diz: “Você deveria entrevistar o Marcos. Ele é o único homem por aqui. Quando falam dos residentes da gastro por aí se referem a eles como ‘as meninas da gastro’. Coitado do Marcos, nem é lembrado”.

Marcos- “Dizem por aí que são 8 mulheres e ½ homem”. E o ½ homem ao qual ele se referiu era ele mesmo. Marcos é tímido e até se parece com o professor. Ele é casado e tem um bebê de 6 meses.

Cícero- Antes do Marcos só tinha homens. Ele começa a fazer uma lista lembrando das mulheres e todos que estão na sala ajudam a compor a lista: “Ariana, Rafaela, Beatriz, Denise, Eliana, Núbia, Laura, Joyce, Valéria” (Fragmento de anotações do diário de campo, 21/11/2013).

O que acontece nessa subespecialidade de Coloproctologia é um caso exemplar de grande significância para a tese que tento construir porque vai contra a ideia fortemente

<sup>211</sup> A Coloproctologia é uma especialidade clínico-cirúrgica que se dedica ao estudo e tratamento de doenças do cólon, do reto e do ânus. No caso do hospital onde fiz minha pesquisa havia o departamento de Coloproctologia clínica e o departamento de Coloproctologia cirúrgica.

<sup>212</sup> Lúcia é cirurgiã-docente; Rafaela é cirurgiã assistente, ex-residente do programa, contratada pelo hospital (ela era tratada pelas residentes e pelos internos como professora); Denise, Paula e Núbia, são cirurgiãs em início de carreira e ex-residentes do programa que continuam vinculadas à equipe como cirurgiãs assistentes convidadas (elas são chamadas pelas residentes e pelos internos de professoras); Joyce (R4 em 2014) e Laura (R4 em 2013).

disseminada na cultura médica de que mulheres tendem a não escolher carreiras cirúrgicas porque estas demandam grande força e resistência física. A subespecialidade em questão é muito complexa. As cirurgias costumam ser longas, difíceis, estafantes e com grande índice de complicações pós-operatórias. Apesar disso, o serviço de residência em cirurgia especializada liderada pelo cirurgião Cícero tem atraído, há alguns anos, somente mulheres.

### **8.1.1 Por que será que nos últimos anos só tem entrado mulheres na residência em Coloproctologia?**

Essa foi a pergunta que fiz para Cícero, docente e chefe de departamento da subespecialidade de coloproctologia. O diálogo que se segue, estabelecido entre nós durante a entrevista que fiz com ele, apresenta sua resposta a essa pergunta.

C- É porque elas vão bem na prova. É só por isso que entra tanta mulher aqui, entendeu? Mas é gozado... [ele parece refletir sobre o que acaba de dizer] hoje o aluno daqui, ele não tem interesse de fazer coloproctologia... os residentes daqui...

R- Mas antes tinham?

C- Antes tinham. Porque... Eu fiz, o Juliano fez, o Vinícius fez... depois só entrou mulher. Mas é gozado... o aluno daqui, ele não tem interesse de fazer coloproctologia.

R- É nisso que eu fico pensando... Será que por ter muita mulher os homens deixam de se interessar por aquela área? Ou você acha que não tem nada a ver?

C- Não tem nada a ver. O problema de hoje, eu vejo assim... eu acho que mudou um pouco a visão das coisas. Eu vejo os alunos... eles são muito mais imediatistas. Eles querem as coisas meio rápidas, práticas, fáceis que ganhe dinheiro rápido. É isso. Então... Coloproctologia é uma área que complica muito, que dá muito trabalho, é difícil. Eu acho que o homem hoje está mais prático. Ele não se interessa por essas coisas. Ele não quer fazer uma coisa que complica, coisa que vai demandar muito tempo. Agora por que é que isso ocorre aqui e não ocorre lá fora eu não sei. Eu não tenho um motivo porque é que os homens daqui não se interessam. Sei lá. Nunca parei para pensar nisso. Mas o fato é que quem se interessa por fazer coloprocto aqui são as mulheres (Fragmento de entrevista realizada com Cícero, cirurgião-docente, chefe do departamento de coloproctologia cirúrgica).

As respostas de Cícero durante esse diálogo abrem espaço para várias considerações. Diante das perguntas que fiz, ele começa a responder a cada indagação de imediato e com convicção, sem precisar pensar demoradamente sobre o assunto. Ele não tinha dúvidas sobre o que responder, mas logo em seguida, como que levado a refletir sobre algo em que nunca tinha parado para pensar, ele percebe que havia algo fora do comum acontecendo em seu departamento. Ao mesmo tempo que um número crescente de médicas egressas da residência em Cirurgia Geral formadas “na casa” passou a se interessar pela residência em coloproctologia, os homens “da casa” deixaram de se interessar por essa subespecialidade. A questão não teve a ver somente com as mulheres terem maior índice de aprovação nos exames de seleção, como Cícero parecia apontar inicialmente.

A interpretação sociológica que faço da situação em questão é que, mais uma vez<sup>213</sup>, antes de ter a ver com uma boa classificação no exame de seleção, a questão tem a ver com a construção das disposições de gênero quanto às aspirações profissionais e à escolha da especialidade. E, mesmo que sem entender direito, Cícero faz menção a essa questão. Repetidas vezes ele vai usar o termo “interesse”: “O aluno daqui ele não tem interesse de fazer coloproctologia”; “quem se interessa por fazer coloprocto aqui são as mulheres”. O estranhamento de Cícero em relação a essa situação é ainda maior porque essa é uma situação atípica que, ao menos enquanto ele saiba, não tem ocorrido em outros serviços de residência em coloproctologia do país<sup>214</sup>.

O que teria levado a essa mudança de interesse quanto às aspirações profissionais tanto por parte dos homens quanto por parte das mulheres desse programa de residência? Que circunstâncias estariam contribuindo para a construção de disposições favoráveis quanto à escolha das mulheres da casa pela residência em coloproctologia? Que circunstâncias estariam contribuindo para a construção de disposições desfavoráveis quanto à escolha dos homens da casa pela residência em coloproctologia? Fui buscar respostas a essas perguntas nas interações pedagógicas e nas relações de interdependência do processo de formação desse programa de residência em cirurgia.

No caso da falta de interesse dos homens pela residência em Coloproctologia nessa instituição, percebo nessa dinâmica a repetição, a um nível microssociológico, do fenômeno que Bourdieu conceituou de “*permanência dentro da mudança e pela mudança*”. O conceito diz respeito a mudanças que ocorrem diante de certos contextos sociais, mas que variam pouco em termos de padrões de comportamento entre o que é valorizado/desvalorizado na relação entre os sexos (BOURDIEU, 2007a, p. 110). A um nível macrossociológico Bourdieu cita o exemplo do que aconteceu no campo da medicina com as especialidades de Pediatria e Ginecologia, nas quais, para ele, o fenômeno da *permanência dentro da mudança* pode ser percebido através da evasão masculina de especialidades que passaram a ser consideradas mais femininas. Para Bourdieu, a estrutura das distâncias entre o

---

<sup>213</sup> Digo “mais uma vez” porque estamos tratando aqui da escolha de uma subespecialidade cirúrgica. Antes de passar pelo processo de formação em Coloproctologia o residente precisou, primeiro, passar por um processo de escolha, por um processo de seleção e pela formação em cirurgia geral.

<sup>214</sup> Cícero participa frequentemente de congressos nacionais da Sociedade Brasileira de Coloproctologia (SBCP) e, por ocasião da entrevista, havia estado, havia pouco tempo, em um congresso internacional no Japão. Ele sabe que o que acontece em seu departamento é algo atípico. Quando participam de congressos é comum os membros da equipe de Cícero irem juntos e se sentarem próximos, o que não deixa de chamar a atenção pelo número de mulheres que faz parte da equipe. Certo dia, como de costume, cheguei para acompanhar a rotina do ambulatório da equipe da Coloproctologia e não havia movimento no ambulatório. Anotei em meu caderno de campo: “A sala de espera que costuma estar lotada, está vazia. A enfermeira me falou que foram todos para um congresso internacional”.

valorizado/desvalorizado na relação entre os sexos permanece, apesar das mudanças e exemplos clássicos disso poderiam ser percebidos nos casos em que uma profissão (ou uma ocupação), ao se feminizar, provoca a deserção por parte dos homens. Em minha pesquisa também percebi essa desvalorização por especialidades com grande presença “feminina” na forma como o docente que mencionei no último tópico fez um comentário depreciativo a respeito dos homens que fazem residência em Pediatria, dizendo que “parecem ser homossexuais” e “são muito efeminados”.

#### 8.1.2 A construção de disposições favoráveis quanto à escolha das mulheres pela residência em Coloproctologia

Antes mesmo de ingressarem no programa de residência em Cirurgia Geral, enquanto ainda são estudantes da faculdade de Medicina, as mulheres “da casa” já têm contato com a equipe da Coloproctologia liderada pelo cirurgião-docente, Cícero. Assim como seus colegas, durante os estágios do internato essas estudantes passam por vários serviços de cirurgia. Depois, para aquelas que ingressaram na residência em Cirurgia Geral, haverá muitos outros estágios nas diferentes especialidades cirúrgicas. As interações pedagógicas observadas ou vivenciadas por essas mulheres junto à equipe de Coloproctologia possivelmente terão sobre elas a mesma impressão que tiveram sobre mim. Diferente de outros serviços de cirurgia desse hospital, como a Ortopedia e a Urologia, que, segundo alguns residentes e docentes, se caracterizam por relações pedagógicas “bem militarizadas” e “masculinizadas”, o serviço de residência em Coloproctologia se caracteriza por um processo ensino-aprendizagem pautado em uma relação pedagógica mais tolerante e cooperativa.

Por causa da estratégia metodológica adotada nessa pesquisa, na qual optou-se por observar a rotina de cirurgiãs e mulheres residentes de cirurgia, não acompanhei a rotina de formação cirúrgica de todos os serviços do hospital no qual Cícero é docente. Sobre o que acontece em outros serviços de residência em cirurgia ouvi apenas comentários de terceiros, feitos por residentes, cirurgiãs e enfermeiras. Com relação ao serviço de Coloproctologia foi diferente. Acompanhei essa equipe durante sete meses em diferentes contextos e em diferentes espaços de formação cirúrgica. Trago, a seguir, fragmentos de anotações de campo de algumas das interações pedagógicas que presenciei em três das cirurgias que observei. As notas originais dessas observações têm em torno de 20 páginas cada uma. Fiz vários cortes nos textos originais porque o objetivo aqui é mostrar especificamente alguns exemplos das interações pedagógicas entre os docentes Cícero e Lúcia e as residentes que estavam aprendendo cirurgia com eles.

**FRAGMENTO 1**  
**Centro Cirúrgico: 29 de novembro de 2013**

Equipe que participou da cirurgia: Laura (R4), Aline (R3), João (R2), Simone (R1), Lúcia (professora), Cícero (professor), Arlene (instrumentadora), Verônica (circulante), Thales (anestesista) e Mônica (R2 de anestesia).

[...]

8h36- A professora Lúcia entra na sala de cirurgia. Ela é autoridade por aqui. Anda de uma sala de cirurgia para outra coordenando o trabalho das residentes.

[...]

8h40- Cícero chegou. Foi olhar por trás da Laura e me disse: “Hoje eu estou bravo, vou dar bronca em todo mundo [fala sorrindo e em tom de brincadeira]”.

A sala está bem silenciosa. Ninguém conversa. Laura que normalmente canta, e fala muito, hoje está muito silenciosa.

Cícero- “Vocês estão muito quietinhas hoje”.

Laura - “Eu estou doente professor”.

Cícero- “É? Se você quiser sair pode. O que você tem?”

Lúcia: “Se você quiser sair, pode. Ela está com amigdalite”.

Laura: “Não. Dá para ficar”.

[...]

Cícero se dirige à circulante Verônica: “Arruma esse bisturi elétrico para nós. Ele não pode ficar aqui”. Ela não escuta porque ele fala baixo e ela está arrumando um material na mesa. Ele precisou repetir o pedido, mas não ficou irritado por causa disso.

[...]

Cícero e Laura operam. A cirurgia é por videolaparoscopia. Aline auxilia e os R1 e R2 observam. Laura não está bem. Cícero diz para ela sair da cirurgia. Ele está preocupado com ela. Ela diz que vai passar no clínico geral e ele diz para ela passar no otorrino.

A saída da R4 Laura dá à R3 Aline a oportunidade de tomar o seu lugar. Aline fica no lugar de Laura ao lado de Cícero. Aline começa a manusear o aparelho e diz para o professor: “Esta é a minha primeira vez, eu nunca fiz isso. O máximo que eu já fiz foi vesícula”. Ela fala com um sorriso no rosto. Com a máscara é difícil ver a expressão facial das pessoas, mas os olhos mostraram emoção e deu para ver que ela estava sorrindo.

[...]

A sala está muito silenciosa. Todos em volta da mesa olham para a tela com muita atenção. Quem manuseia os aparelhos são a Aline e o Cícero.

Às vezes Cícero troca de lugar com a Aline. Os residentes observam atentos o que o professor faz. A sala continua muito silenciosa. Cícero fala com os residentes que o ajudam na cirurgia, mas ele fala tão baixo que eu não consigo entender o que ele fala. A R1 auxilia segurando alguns aparelhos. Cícero e Aline estão do lado direito do paciente, o R2 do lado esquerdo e a R1 bem à frente, entre as pernas dele. Todos olham para a tela onde visualizam a cirurgia.

[...]

9h21- Cícero fala alguma coisa engraçada e todos riem do que ele fala. Parece que tem alguma coisa a ver com o que Aline está fazendo. Ele diz: “Já dá pra operar, tá vendo?” Quem está conduzindo os instrumentos é a Aline. Estou presenciando um grande momento para ela.

[...]

9:45- Agora eles estão conversando bastante. Escuto a palavra prova, mas não entendo exatamente as outras palavras. Eles falam baixo. Hoje a sala está muito silenciosa sem a presença da Laura.

[...]

11h10- A cirurgia transcorre bem. Não consigo ver nada e a sala está silenciosa. Cícero e Aline conversam baixinho. Os R1 e R2 só observam e não falam nada. Escuta-se o barulho dos monitores que controlam os sinais vitais do paciente.

Cícero pede uma luva para a circulante e ela não escuta [está distraída]. Ele precisa pedir novamente e fala: “por favor, uma luva”.  
[...]

## FRAGMENTO 2

Centro Cirúrgico em 10 de janeiro de 2014

Equipe que participou da cirurgia: Laura (R4), Mônica (R2), Lúcia (professora), Cícero (professor), Arlene (instrumentadora), Verônica (circulante), Valéria (anestesista) e Jussara (R3 de anestesia).  
[...]

Cheguei às 7h40 e fiquei observando os preparativos para a cirurgia. Joyce e o professor Fernando vão operar na sala 7 e Laura e o professor Cícero vão operar na sala 8.  
[...]

9h- Lúcia entra na sala e observa o trabalho das residentes.

Laura perguntou para a R2 se ela sabia colocar o impermeável e ela diz que a professora a ensinou. O impermeável é um lençol de cor diferente [azul claro]. Ela dobra da forma indicada e vai colocar embaixo das nádegas do paciente. Mônica é de baixa estatura e é magra. Para colocar o lençol ela precisa fazer muita força porque o paciente é grande e pesado, mas ela consegue.

Verônica coloca um banquinho para a R2 e ela arruma os instrumentos. Laura coloca a sonda urinária no paciente [um senhor de uns 65 anos]. Laura e Mônica já haviam enfaixado a perna do paciente.  
[...]

9h25- Laura e Mônica começam a abrir o paciente. Quem está com o bisturi elétrico na mão é a R2 Mônica.  
[...]

09h32- Cícero entra na sala. Como sempre faz, veio me cumprimentar com um aperto de mão.  
[...]

Lúcia fala sobre o jantar de ontem: “Eu peço a janta e elas vêm filar a minha janta [se referindo a Laura e Joyce]. Elas chegam lá: ‘Tem janta?’ Eu não vou sustentar vocês duas, não. Vocês pensam que eu sou rica?” Lúcia dá um tapa de brincadeira nas costas da Laura. Todos dão risada. Laura tem 1,83 m e Lúcia aparenta ter por volta de 1,50m. Sai da sala e, no caminho, dá de frente com um jovem cirurgião que está lá fora. Eles se abraçam demoradamente e ficam conversando na porta da sala. Ela fica por muito tempo com o braço apoiado no ombro dele.  
[...]

Cícero e Laura estão conversando. Eu só consigo pegar uma parte da conversa porque ele fala muito baixo. Eles dão risada. A R2 também. Ele fala do valor que o residente ganha e diz que é pouco para pagar a moradia e a comida.  
[...]

9h50- Lúcia explica para Mônica como ela deve arrumar a mesa dos instrumentos.  
[...]

11h55 - Uma pausa na cirurgia enquanto esperam o resultado dos exames chegarem. Eles estão todos em volta da mesa batendo papo sobre cachorros, filhos, gatos. O cachorro do Cícero morreu. A anestesista tem 3 filhos. A enfermeira chefe entra e participa da conversa. A conversa está muito animada. Todos riem bastante.  
[...]

12h09- A cirurgia está parada. Me envolvem na conversa. Só tem um homem na sala: Cícero.

Laura: “Verônica, faz uma massagem nas minhas costas”?

Verônica começa a fazer massagem nas costas dela e fala: “Você está com um nódulo enorme aqui”!

Laura: “Todos esses nódulos têm nome. O maior deles se chama Lúcia”. Todos dão risada.  
[...]

12h15- Verônica chega com o resultado do exame.

Cícero pede outra mangueira para sugar o sangue e fala com Verônica: “Vou jogar aqui no chão. Pode?” Esse não é o tipo de pedido que um cirurgião costuma fazer para uma circulante. Se fosse outro, não teria falado nada, só teria jogado.

Verônica: “Pode”. E ele joga no chão.

[...]

12h41- Lúcia e Cícero conversam com a Laura sobre vários pacientes. Parece que a cirurgia está acabando. Laura e a R2 estão suturando o paciente. Cícero e Lúcia saem e ficam conversando do lado de fora da sala, mas observam tudo pelo vidro da porta.

[...]

13h20- Laura sai da sala e a R2 termina de colocar a atadura no paciente.

No final da cirurgia eu conversei com a enfermeira Verônica. Ela trabalha com a equipe da gastro há muitos anos. Opera com todos os médicos da gastro. Ela diz que na equipe da gastro não tem gritaria na cirurgia. Ela diz que as mulheres são mais caprichosas com a mesa de cirurgia, são mais organizadas. Elas são diferentes. Mas são diferentes somente com relação a isso. Ela não vê diferença entre um residente homem e uma residente mulher em termos de competência.

### FRAGMENTO 3

#### Centro Cirúrgico- 14 de março de 2014

Equipe que participou da cirurgia: Joyce (R4), Késia (R1), Sibila (R2), Lúcia (professora), Cícero (professor), Sandra (instrumentadora), Verônica (circulante), Valéria (anestesista) e Silvia (R1 de anestesia).

[...]

8h10- A R2 Sibila e a R1 Késia chegam com a paciente. É uma senhora de uns 60 anos. As duas residentes colocam uma faixa nas pernas da paciente. Sibila fala com ela: “Dona Sara, eu estou aqui com a senhora, viu?” Elas colocam a paciente na mesa de cirurgia e vão conversando com ela. A paciente é anestesiada. Sibila ensina Késia a lavar a paciente e a passar a sonda. É a primeira vez que a Késia passa a sonda e Sibila dá uma verdadeira aula. Todas as residentes são bem jovens. A anestesista principal está ensinando à R1 de anestesia. Só tem mulheres na sala. Conversei um pouco com a R1 Késia. Ela ainda não conhece a rotina. Está aprendendo agora. Ela vai se sentar na cadeira da circulante e lê o prontuário da paciente.

[...]

8h40- Chega o Dr. Cícero. A circulante o cumprimenta: Oi professor, bom dia. Eles conversam um pouco e ele observa a paciente.

[...]

8h50- A R4 Joyce entra na sala e se prepara para começar. Lúcia manda a R1 ir para a outra sala para ajudar a colocar a sonda no outro paciente. Cícero conversa com Joyce sobre a paciente e explica: “Eu vou lavar o reto dela. Vou irrigar o reto”. A R1 está com uma pinça e um potinho na mão esperando para passar alguma coisa na paciente. Ela pergunta para Cícero se já pode começar e ele diz que não.

[...]

9h- Enquanto Cícero faz o procedimento na paciente a R1 observa ao lado dele. A R4 Joyce aguarda. A anestesista já acabou de arrumar a mesa e também aguarda com os braços cruzados olhando o procedimento que ele faz.

[...]

9h10- Cícero acabou de fazer o procedimento. A R1 começa a lavar a barriga da paciente e Joyce lava a região do ânus.

[...]

9h15- Cícero vai começar. A cirurgia será por videolaparoscopia. Cícero está do lado direito da paciente, Joyce do lado esquerdo. A instrumentadora ao lado do Cícero. A R1 fica posicionada entre as pernas da paciente. Ela está cautelosa e parece insegura sobre o que deve fazer ou não fazer, onde ficar ou não.

Joyce faz a incisão. A R1 observa bem de perto.

Só tem um homem na sala: Cícero. Joyce opera e Cícero ajuda.

[...]

9h30- Chegou a vez da R1 Késia aprender a dar pontos, fazer o nó com as linhas. Cícero ensina pacientemente como ela deve fazer para dar o nó. Ele fala que precisa ter bastante coordenação motora. Ela coloca por baixo e ele fala: é por cima. Você vai ter que treinar depois como se faz isso. Todos estão completamente concentrados no que fazem. Não conversam sobre outros assuntos. Esta cirurgia está sendo bem importante para a R1 Késia. Ela está fazendo o que um R2 faria se estivesse aqui.

10h- Joyce muda de lugar e vem operar os instrumentos. Cícero fica do lado direito de Joyce. Cícero troca de lugar com Joyce, novamente, mas é ela quem opera os instrumentos. Chega um momento que ele pega o instrumento para ensiná-la como fazer um procedimento. Há 4 cânulas enfiadas na barriga da paciente.

[...]

10h30- Cícero pergunta para a R1: “Você já usou esse grampeador”?

R1: “Não”.

Cícero: “Nunca? E agora? O que você faz”?

R1- Agora eu estou esperando instruções.

A R1 põe a luva e se prepara para entrar em campo. Cícero vai deixá-la segurar os instrumentos. Ela segura e ele sai. Dá a volta do outro lado. Eles precisam fazer encaixar um instrumento que Joyce empurra e um pino que ele introduz pelo ânus da paciente.

[...]

10h55- Eu me levanto e fico olhando o procedimento em pé. Fico olhando o vídeo [assim como eles]. Os olhos de Cícero se encontram com os meus e ele sorri. Eu também sorri. Ele diz para mim: “Já estou acostumado a ser minoria aqui, viu”? E sorri.

[...]

11h05- Acabou a parte por vídeo. Eles estão operando pelo ânus. A anestesista chega perto para observar.

A Sala de cirurgia sem a Laura é bem silenciosa. A R4 Joyce não é falante como era a R4 Laura. Joyce é mais séria. Até agora não houve conversas sobre assuntos pessoais ou gracinhas. Eles se concentram na cirurgia.

[...]

11h25- Estão suturando. Parece que está encerrando. A R1 Késia segura um instrumento, Joyce faz o procedimento e Cícero a ajuda. Joyce fala para Késia: “não roda, precisa ficar parado”. Joyce pega o instrumento e mostra para Késia como fazer. Cícero também a ensina como fazer. Késia é inexperiente, mas Cícero e Joyce tiveram bastante paciência com ela. A R4 Joyce está ficando na ponta dos pés para conseguir fazer o procedimento. Ela pede o estrado. É muito interessante vê-la operando. Ela demonstra autoconfiança. Demonstra saber o que está fazendo.

A razão da apresentação de fragmentos de observação de três cirurgias diferentes, foi dar ênfase à autenticidade e espontaneidade das interações e mostrar que o estilo de liderança de Cícero segue um certo padrão que difere, em muito, do modelo de liderança em geral valorizado no campo cirúrgico. Outra evidência que me ajuda a afirmar, com certo grau de certeza, que o estilo de liderança de Cícero é diferente do estilo de liderança de outros cirurgiões foram os depoimentos feitos pelas residentes e cirurgiãs que entrevistei. Caso, de alguma forma, a atuação de Cícero junto aos residentes estivesse sendo “contaminada” pela

presença de uma pesquisadora na sala de cirurgia, essa contradição teria sido revelada nas entrevistas e nas conversas informais<sup>215</sup>.

Quando me refiro à diferença no padrão de liderança de Cícero ao compará-lo a outros cirurgiões, não o faço com relação aos aspectos técnicos que envolvem o ensino das práticas cirúrgicas, mas especialmente, com relação aos aspectos simbólicos de sua didática baseada em um modelo de liderança que revela a incorporação de disposições pouco comuns e pouco valorizadas no campo cirúrgico. Enquanto muitos cirurgiões adotam um estilo de masculinidade fortemente marcado pela incorporação de disposições de gênero caracterizadas por um modelo de liderança do tipo “militarizado”<sup>216</sup>, cujas práticas didáticas envolvem humilhação, gritaria, deboche, humor irreverente e uso de palavrões, Cícero adota um estilo de masculinidade marcado pela incorporação de disposições consideradas no campo cirúrgico como “femininas”, cujas práticas didáticas envolvem sensibilidade emocional e modéstia. “Calmo, amigável, afetuoso, gentil” são alguns dos adjetivos utilizados por uma residente para descrever o docente Cícero em contraposição à agressividade e arrogância demonstrada por muitos cirurgiões quando em interação com residentes e a equipe de enfermagem.

Como observado nos fragmentos de campo transcritos a pouco essas características do estilo de liderança de Cícero não se aplicavam apenas às residentes com quem interagia, mas se estendia a toda a equipe com quem trabalhava, incluindo aí as técnicas de enfermagem que atuavam como instrumentadoras e circulantes. Chamo a atenção para dois extratos contidos nos fragmentos citados. No primeiro caso ele pede o consentimento da circulante para poder jogar uma mangueira no chão. No segundo caso, Cícero pede uma luva para a circulante, ela não escuta e ele precisa pedir novamente, mas o faz da seguinte forma: “por favor, uma luva”. Ele não grita, não fala palavrões, não se exalta, não humilha a circulante, como já ouvi dizer que outros cirurgiões (e cirurgiãs) fazem.

Quando em interação com o grupo de residentes e os demais cirurgiões da equipe, apesar de Cícero ser o chefe do departamento não se incomodava em dividir as atribuições de chefia com a docente Lúcia. Ele não assumia uma postura dominante de superioridade com relação a ela, como vi acontecer em outros serviços de cirurgia na relação entre o chefe do departamento e os demais cirurgiões docentes da equipe (inclusive em serviços liderados por

---

<sup>215</sup> Essa contradição se manifestou com relação a um outro docente que entrevistei. Embora ele tivesse me falado que não tinha nenhum problema em trabalhar com residentes do sexo feminino ou com cirurgiãs, docentes e residentes que interagem com ele me disseram o contrário.

<sup>216</sup> No contexto da pesquisa que realizou na França, Zolesio (2010) utiliza termos como “formação pelo desbaste” e do “aprender “golpeando” para descrever a didática comumente empregada no processo ensino-aprendizagem da relação cirurgião-residente.

mulheres). Ao contrário disso, o que presenciei, em diferentes ocasiões, foi a docente Lúcia assumindo uma posição dominante de liderança junto à equipe mesmo diante da presença de Cícero.

O tipo de modéstia demonstrada por Cícero não era algo comum entre seus colegas cirurgiões. Na verdade, como também observado por Zolesio (2010) em sua tese sobre socialização de gênero no campo cirúrgico, o “excesso de modéstia” tem sido uma característica disposicional culturalmente considerada como “feminina” e, por isso mesmo pouco valorizada no meio cirúrgico. Em oposição às disposições incorporadas e vividas por Cícero em seu estilo de liderança, as disposições de gênero tradicionalmente valorizadas nos espaços de formação cirúrgica têm sido aquelas que apresentam um estilo mais competitivo, combativo e até agressivo. Quando em comparação com o modelo de liderança exercido por Cícero, a posição de liderança dominante e autoritária de Lúcia não deve ser relacionada apenas à sua função como preceptora dos residentes, mas à incorporação de disposições “masculinas” inconscientemente interiorizadas ao longo de sua própria formação como cirurgiã.

Cícero parecia não se aperceber disso, mas a conclusão a que chego é que a maior presença de mulheres no serviço de cirurgia liderado por ele (quando em comparação a outros serviços de cirurgia) tinha relação com seu estilo de liderança. Aliado a esse, outro fator de peso que teve influência sobre a escolha das mulheres pela subespecialidade de Coloproctologia foi a presença de Lúcia como docente do departamento. Ela era mentora das residentes e das estagiárias do internato e sua trajetória era vista como um exemplo de superação.

## **8.2 A trajetória de superação de Lúcia**

A trajetória de escolarização de Lúcia foi marcada pela necessidade de conciliar os estudos com as muitas internações hospitalares decorrentes de um problema de saúde que a acompanhou desde a infância. Lúcia precisou passar por várias cirurgias durante a infância e a adolescência e isso fez com que sua trajetória escolar fosse marcada por interrupções e até por reprovações.

Lúcia ingressou na faculdade de Medicina em 1984 após dois anos de cursinho pré-vestibular. Na época que Lúcia fez Medicina ainda não havia os estágios extracurriculares que atualmente são conhecidos como Ligas Acadêmicas, mas enquanto cursava o 4º ano da faculdade começou a fazer estágios extracurriculares no centro cirúrgico em suas horas vagas e nas férias. Ela diz que vivia pedindo para os residentes e cirurgiões: "Ah, sou aluna da

Medicina, posso assistir uma cirurgia? Assim, acabava o horário e estava tendo alguma coisa no centro cirúrgico eu ficava acompanhando. Nas férias eu ficava acompanhando o residente. Essas coisas. Daí eu vi que já gostava de cirurgia”.

Quando terminou a faculdade, Lúcia prestou a prova para a residência em Cirurgia Geral em várias instituições e foi aprovada em primeiro lugar na mesma instituição na qual havia feito a faculdade. A literatura enfatiza repetidamente que a área cirúrgica exige do profissional maior força e resistência física do que a área clínica, então, em virtude de ela ter baixa estatura e baixo peso, perguntei a ela como os professores a receberam na residência de cirurgia em função de sua aparente fragilidade física. O fragmento a seguir apresenta o diálogo que se seguiu a essa pergunta.

L- O que eu falo para as residentes é que não pode ser menininha para fazer cirurgia [rindo], delicadinha, não sei o que. Mas assim, resistência tem que ter. Independente de ser mulher ou de ser homem. Porque, assim, o cirurgião geralmente trabalha mais porque você faz a clínica e a cirurgia. Então, geralmente, a gente é o que chega mais cedo e sai mais tarde. Às vezes tem cirurgias de sete, oito horas. Mas isso é independente de ser homem ou ser mulher. Eu tenho residente que é “petitica”, mas é forte e resistente e tem uns que são grandes que não são... Então, isso é independente de ser isso ou aquilo.

R- Isso tem mais a ver a ver com a personalidade da pessoa do que...

L- Do que o fato de ser homem ou mulher [ela não me deixa terminar a frase e completa].

R- Ou de ser grande, como a Doutora Laura que é alta.

L- Sim. Mas eu falo para os residentes: "Se eu tirar um braço de ferro com vocês eu ganho" [rindo]. É que como eu sempre pratiquei esporte, essas coisas eu sou bem forte mesmo, né. Mas, assim, não precisa ser grandona, mas você tem que ter resistência.

R- Porque assim, eu imagino você novinha, indo para a residência. Com que olhos você foi recebida na residência quando você chegou?

L- Então, assim, como eu fiz residência aqui, os meus professores já me conheciam lá do internato. E eu já me destacava. Eles já sabiam que eu queria cirurgia. Eles não me olharam torto. Eles já sabiam da minha capacidade (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Lúcia, gastrocirurgiã docente).

Ainda na faculdade, ao manifestar disposições para a ação, para a liderança, para a competitividade, para o humor irreverente e para a boa resistência física e psicológica ela demonstrou ter incorporado as disposições consideradas necessárias para ser aceita por seus professores como uma boa candidata à residência em cirurgia. Segundo Zolesio (2010), essas disposições são socialmente construídas como “masculinas” e são frequentemente usadas para justificar a inadequação das mulheres no meio cirúrgico. Para Lúcia, demonstrar ter incorporado essas disposições era importante não somente em função de ser mulher, mas também em função de sua aparente fragilidade física.

A formação cirúrgica de Lúcia foi fundamentada no padrão que valoriza, em um cirurgião ou em uma cirurgiã (nesse caso, não importa o sexo), a incorporação de disposições

tidas como “masculinas” e em sua prática docente ela reproduzia o mesmo padrão. Lúcia não só incorporava essas disposições “masculinas” como era uma espécie de “modelo” para as residentes de cirurgia.

### 8.2.1 Pluralidade disposicional de uma prática docente

Acompanhei Lúcia nos diferentes segmentos de formação onde ela atuava como docente de um departamento de cirurgia e, mesmo quando a pesquisa ainda se encontrava na fase das entrevistas e das observações, mesmo antes de ter uma noção exata do direcionamento que as análises tomariam, a pluralidade disposicional de seu modo de agir já me chamava a atenção. Por um lado, como que pela necessidade [inconsciente] de constantemente provar que tinha força e resistência, era comum ela tentar desvincular sua atuação como docente da imagem de uma pessoa frágil. Ela sempre repetia: “Mulher que faz cirurgia não pode ser molenga, chorona. Tem que ser forte, durona e essa força não tem a ver com força física, mas com personalidade forte. [...] Mulher cirurgiã pensa e age como homem”.

Nessa concepção de masculinidade, fortemente incorporada à cultura de formação em cirurgia, agir como homem implicava uma série de atributos, dentre os quais, não se ofender facilmente quando chamada a atenção e não demonstrar sinais de fraqueza de qualquer espécie. E ela vivia essa concepção em sua prática docente. Em diferentes ocasiões presenciei Lúcia trabalhar o dia inteiro mesmo sentindo fortes dores. Em outra ocasião ouvi duas residentes que conversavam sobre como Lúcia trabalhava sem parar dizerem: “Todo plantão de sexta é da Dr<sup>a</sup>. Lúcia. Todo plantão ela está aqui”. Além de exigir muito de si mesma exigia muito também dos residentes e das residentes sob sua orientação.

Por outro lado, ao mesmo tempo que tentava passar a imagem de uma pessoa “durona” e exigente tinha com as residentes uma relação muito próxima, inclusive uma relação de cuidado para com elas quando estavam doentes. Residentes e internos tinham muito respeito por ela e a chamavam de “professora”. Lúcia demonstrava um cuidado especial pelos internos que passavam pelo estágio de cirurgia. Certo dia, enquanto observava a interação de Lúcia com as residentes e os internos na salinha do ambulatório que usavam para discutir casos, escutei Laura falando aos internos, como se estivesse enciumada: “com os internos a Dr<sup>a</sup>. Lúcia é muito boazinha, mas com os residentes ela é muito má”. Todos riram porque perceberam o tom de brincadeira na voz e na expressão facial de Laura.

Em algumas situações a vi dar bronca e alterar o tom da voz. Em uma ocasião, cheguei a anotar em meu caderno de campo: “Lúcia parece querer mostrar que é brava [mas não convence]”. Essa “braveza” não era levada a sério pelas residentes. Pelo menos não nas situações que presenciei. Elas acatavam as orientações, a respeitavam como professora, mas pareciam não se ofender com as cenas de “braveza” da professora. A relação que tinham com a docente parecia ser de cumplicidade. Mas esse tipo de reação por parte das residentes é um sinal de que elas também haviam incorporado as disposições de gênero que têm como fundamento os mesmos padrões de masculinidade valorizados no meio cirúrgico. Afinal, todas elas já haviam passado pelo crivo dos ritos de iniciação. As anotações de meu caderno de campo ajudam a explicar melhor essa minha percepção:

Lúcia me perguntou se eu já havia entrevistado um certo cirurgião e eu disse que sim. Ela disse que ele não gosta de mulheres e as outras [a residente Laura e a cirurgiã assistente Paula] confirmaram. Paula tentou aliviar um pouco a colocação e disse que não é de todas que ele não gosta. Tem algumas mulheres que ele não gosta. Laura e Lúcia concordaram que se ele não disse nada ou disse que apoia as mulheres na cirurgia ele estava mentindo. Elas conversaram entre si e comentaram que, em parte, ele tinha razão. Uma fala: “Tem algumas mulheres que ninguém merece”. Outra fala: “Mas homens também. Tem mulher ruim e também tem homem ruim”. Comentam que as mulheres são mais geniosas, rancorosas e rixosas do que os homens. Laura disse que se você precisar falar alguma coisa com um homem, chamar a atenção ou até dar uma bronca, se você encontrar com ele de novo amanhã, vai estar tudo bem. Com a maioria das mulheres não é assim. Algumas mulheres ficam mal por muito tempo, ou para sempre. “As mulheres ficam dodóis” (Fragmento de anotações do diário de campo, 09/01/2014).

O fato de eu não ter observado manifestações de aversão por parte das residentes às demonstrações de “braveza” da professora Lúcia não significa que todas as residentes encaravam essas demonstrações da mesma forma. Significa apenas que todas as residentes observadas por mim, naqueles contextos específicos, pareciam ter uma relação de cumplicidade com o modo de agir da professora.

Assim como aconteceu também na relação de outras docentes com as residentes que orientavam, em algumas situações a relação de Lúcia com as residentes orientadas por ela se mostrou conflituosa e contraditória. Enquanto muitas residentes [especialmente as R3 e R4] se espelhavam em Lúcia e viam nela um modelo a ser seguido, outras tinham aversão a seu estilo de liderança.

O estilo de liderança de Lúcia, assim como também os estilos de liderança de outras cirurgiãs dos diferentes serviços de residência que acompanhei durante minha inserção etnográfica, corrobora a conclusão à qual chegou Zolesio (2010) sobre a pluralidade

disposicional presente na construção, incorporação e manifestação das disposições tidas como “masculinas” e “femininas”.

### **8.3“Alguns cirurgiões são bravos, mas vocês precisam ver as mulheres”!**

Certa vez, em uma reunião onde estavam presentes alguns cirurgiões e os residentes recém-ingressos de um serviço de cirurgia, um dos cirurgiões docentes dirigiu a palavra aos novos residentes e disse: “Alguns cirurgiões são bravos, mas vocês precisam ver as mulheres”!

Posto dessa forma, sob o ponto de vista do corpo de cirurgiões docentes da instituição essa colocação não era uma crítica, mas um elogio que, em outras palavras, queria dizer que as cirurgiãs docentes da equipe eram aceitas por seus pares do sexo masculino como sendo iguais a eles. Esse tipo de reconhecimento que presenciei assemelha-se ao mesmo tipo de reconhecimento percebido por Marques e Amâncio (2002) na relação entre cirurgiões e cirurgiãs no contexto pesquisado por eles em Portugal. Uma vez confirmada a incorporação das disposições de gênero que distinguiam os cirurgiões das demais categorias profissionais da medicina, homens e mulheres passaram a não se diferenciar enquanto profissionais, pois suas práticas se orientavam pela mesma norma e partilhavam dos mesmos traços que socialmente são atribuídos ao sexo masculino.

#### 8.3.1 Uma subespecialidade cirúrgica onde só havia docentes e residentes do sexo feminino

Entrevistei seis cirurgiãs docentes de três instituições diferentes e acompanhei a rotina de trabalho de quatro delas. Em um hospital escola a fama de duas dessas cirurgiãs as precedia. Antes mesmo de começar as observações na subespecialidade de Cirurgia do Fígado eu já havia ouvido falar muito desse serviço. Primeiro, porque em 2013 toda a equipe dessa subespecialidade era composta por mulheres<sup>217</sup>, mas também, porque os residentes tinham muito medo das docentes desse departamento. Pelas outras especialidades de cirurgia por onde eu passava os cirurgiões, as cirurgiãs e os (as) residentes diziam: “Você precisa conhecer a equipe do fígado. Lá só tem mulheres”.

Em certa tarde de janeiro de 2014 cheguei no ambulatório da subespecialidade de cirurgia do fígado para observar a rotina de trabalho das residentes e cirurgiãs e fiquei frustrada porque não havia nenhuma residente ou cirurgiã por lá. Cheguei a pensar que havia

---

<sup>217</sup> Por ocasião da pesquisa a equipe em questão era composta por duas docentes, duas cirurgiãs assistentes que haviam feito residência nesse mesmo serviço, uma residente R3 que passava pelo rodízio da cirurgia de fígado e uma residente R4 que, na transição de 2013 para 2014 também se tornou cirurgiã assistente.

perdido a tarde<sup>218</sup>. O que eu não sabia era que nessa tarde eu teria uma conversa<sup>219</sup> inesperada com uma enfermeira que trabalhava nesse serviço de cirurgia há mais de 20 anos e ela iria confirmar o que aquela R3 já havia me falado. Ao longo da pesquisa, enquanto fazia as observações de campo e as entrevistas, paralelamente, muitas vezes as informações se cruzavam e eu acabava recebendo informações a respeito de uma mesma situação de diferentes fontes. Isso aconteceu diversas vezes.

Trago, a seguir um fragmento com extratos selecionados das notas de campo dessa conversa.

Cheguei no ambulatório da cirurgia de fígado, mas descobri que não haveria atendimento ali hoje à tarde. Para não perder tempo estou escrevendo e estudando na sala de reuniões. Só estão aqui as enfermeiras, as funcionárias da limpeza e a assistente social. Perdi a tarde.

[...]

16h15 - A enfermeira Beatriz não tinha almoçado e eu ofereci uns biscoitos de polvilho trazidos de Minas Gerais para ela comer. Ela aceitou e puxou conversa comigo. Beatriz está no departamento há mais de 20 anos, desde quando só se fazia transplantes experimentais em cachorros. Ela foi a instrumentadora das cirurgias durante muitos anos [quando a Dr<sup>a</sup>. Isabel ainda era residente]. Beatriz, então, passa a me contar coisas interessantíssimas. Eu queria ter gravado o que ela me falou. Eu não estava nem com o caderno em mãos [havia ido apenas beber água, por isso não levei o caderno]. Quando eu percebi que ela estava falando coisas muito importantes, falei para ela esperar um pouco, corri na sala onde minhas coisas estavam e peguei meu caderno.

[...]

Beatriz tem um jeito despachado de falar e agir, veste bermuda e camiseta. Fala muito e sem rodeios [me lembra o jeito de falar da Dra. Isabel]. Sente-se muito à vontade no departamento e tem conhecimento de todos os procedimentos que acontecem antes, durante e depois da cirurgia.

[...]

No início de tudo havia somente cirurgias experimentais com cachorros. Veio um cirurgião de fora para assumir o departamento. Havia quatro enfermeiras que estavam sendo treinadas. Uma delas seria a escolhida para acompanhar os transplantes. Como as outras enfermeiras perceberam logo no início que o médico que veio implantar o serviço era genioso, uma a uma as enfermeiras foram saindo. Nem precisaram ser eliminadas. O temperamento delas não bateu com o temperamento do médico.

[...]

Ela conta que o cirurgião falava: “chama aquela enfermeira malcriada pra resolver as coisas” [se referindo a Beatriz]. Se o cirurgião começava a alterar a voz e gritar, ficar nervoso, eu também gritava com ele: “eu não sou surda”. “Se eles podem gritar para extravasar, eu também posso. Minha colega chorava, ficava triste...”

[...]

<sup>218</sup> Essa percepção de achar que estava perdendo tempo em algum lugar também aconteceu em outras ocasiões. Em algumas delas, realmente eu não consegui observar nada e nem fazer uma entrevista, mas em outras ocasiões o dia que parecia perdido rendia uma entrevista. Foi o que aconteceu no relato que faço a seguir. “Não havia movimento no ambulatório. Todos estavam em um congresso. Inicialmente pensei que havia perdido o dia, mas depois encontrei com a Ilary e com a Aline e como estava tudo muito tranquilo consegui fazer a entrevista com as duas. Tem dia que parece que nada vai dar certo e você acaba fazendo duas entrevistas” (Notas de campo da pesquisa etnográfica realizada pela autora, 14/11/2013).

<sup>219</sup> O Anexo I (p.391) contém uma parte muito interessante da conversa na qual Beatriz explica didaticamente a dinâmica do preparo de uma cirurgia de transplante de fígado. Ela dá essa explicação da mesma forma como o faz para os pacientes que serão transplantados.

Quando Beatriz estava arrumando o equipamento para a cirurgia e o cirurgião queria entrar antes da hora, ela falava para ele esperar lá fora porque ela ainda não havia acabado [e a forma como ela me conta isso dá a impressão que está brava e dando bronca]. Beatriz diz que eventualmente o homem estava com a macaca. Ela diz que um dia ele estava muito bravo. “Não sei se era porque a cirurgia estava desandando... Mas quando acontece alguma coisa tem que ficar calmo. Conforme ele estendia a mão para pegar um instrumento cirúrgico eu batia o instrumento na mão dele com força para descontar. Ele olhava para mim e eu dizia: ‘algum problema’? Quando ele estava com a macaca muito grande jogava coisas no chão... Quando ele estava bem, eu até cantava. Ele perguntava: ‘O que foi’? E eu respondia: ‘Nada, estou cantando’.”

[...]

“A outra menina, ele gritava muito com ela. Ela não aguentou mais esse bando de malcriados gritando”.

[...]

“Você já assistiu a alguma cirurgia”? Eu respondi que ainda não. Então, ela me disse que eu iria estranhar a equipe do transplante operando. Eu deveria me preparar para assistir a cirurgia. Não pela cirurgia em si, mas por causa da atitude das cirurgiãs. “Elas gritam, ficam bravas. Os residentes tremem de medo” (Notas de campo da pesquisa etnográfica realizada pela autora, 14/01/2014).

Nesse departamento, observei duas cirurgias de transplante de fígado realizadas por Isabel (a chefe do departamento). Não sei se foi devido à minha presença, mas em nenhuma dessas cirurgias houve qualquer tipo de demonstração de grosseria ou gritaria por parte da cirurgiã. Penso que isso pode até mesmo ser um efeito sincrônico da pluralidade disposicional manifesta por Isabel, talvez motivada pelo fato de estar na presença de uma pesquisadora que a estava observando. De qualquer forma, presenciei a alternância entre as manifestações das disposições “masculinas” e “femininas” por parte de Isabel em outros contextos e ela não ficou nem um pouco constrangida de gritar, esbravejar na minha presença. Cheguei a assistir a uma dessas explosões dirigida para um cirurgião que é chefe de uma outra subespecialidade. A seguir, selecionei alguns fragmentos da cirurgia que observei no dia 17 de março de 2014 para exemplificar a interação de Isabel com a equipe que operava com ela.

Cheguei às 7h. Agora são 9h e o transplante ainda não começou. Estão aguardando o órgão chegar. Ilton fala para Pedro: “Se você dormir no TX eu te bato!”[TX é o termo que eles usam para se referir ao transplante de fígado].

[...]

8h 30 - Isabel chega, sorri para mim, me beija e conversa comigo. Os residentes que estão por ali observam nossa conversa em silêncio. Depois Isabel fala com os três enquanto eu observo. Ela fala com eles sobre um trabalho para a tese de uma das cirurgiãs auxiliares. Ela dá ordens para eles coletarem os dados das cirurgias anteriores. E eles respondem: “Sim senhora”. Ela é um general. Fala rápido e com um tom de ordem.

Estão aqui na sala as anestesistas [professora e dois residentes], o circulante, a instrumentadora. A instrumentadora cobre o paciente inteirinho com panos azuis. Está tudo preparado para começar. Para o transplante os preparativos são muito maiores do que para as cirurgias das outras especialidades.

Perguntei para um residente: “O pessoal que está aqui é R o que”?

Ele responde: “R3, R4, ele é R5, assistente, assistente [Kelly]”.

Eu perguntei: “não tem nenhum R1 e R2 aqui”?

Ele disse: “Não. Está superpovoado”.

São 12 pessoas dentro da sala contando comigo.

Eles estão começando a se acostumar com minha presença e não me olham mais com um ar de estranhamento. Eles vêm como os professores me tratam.

[...]

9h20- Começam a abrir o paciente. Quem abre é Luiz (R4) e Pedro (R3). Não tem R1 por aqui. Isabel [a cirurgiã principal] e Kelly [cirurgiã assistente] não estão na sala, mas observam tudo pelo vidro que dá acesso à sala da enfermagem. Os Residentes R3 e R4 abrem o paciente, observados pelo R5. A instrumentadora arruma os muitos instrumentos.

[...]

9h55- Demora para eles abrirem o paciente.

Isabel chega: “Não abriu ainda?”

Pedro: “Abriu professora?”

Circulante: “Doutora, o fígado chegou”.

[...]

10h10- Colocam o estrado para Isabel. Ela está com óculos com lentes de aumento. Chego perto para ver o procedimento. O corte na barriga do paciente é enorme (em forma de Y). Eles colocam um afastador que fica preso com uma corrente a um suporte. Isabel é a professora e em volta dela estão três residentes homens. São os novos R3 e R4 que entraram este ano. Não tem residente mulher este ano. Só entraram homens. A instrumentadora parece ter muita prática nesse tipo de cirurgia. Ela fica observando tudo bem de perto e já vai passando os instrumentos para Isabel sem que esta precise pedir. Os passos da cirurgia são sempre os mesmos. Torna-se uma rotina.

[...]

10h30- Mais um residente entra em campo [não sei o nome dele]. Ele fica olhando por trás da instrumentadora. A sala está silenciosa. Na mesa, todos estão muito concentrados. Isabel fala alguma coisa engraçada que eu não consigo entender e os quatro homens que estão em volta dela riem. Isabel fala para o último residente que entrou: “Passou desodorante?”

Ele responde: “Passei professora e é bom”. Eles estão todos muito perto uns dos outros.

O R3 pergunta: “Professora, qual que é a ideia? Você vai ligando tudo? Professora, o que eu faço quando vou captar e a artéria está... [não entendo o que ele fala]. Como dissecar para trazer do jeito que precisa ser? Eu não entendi como vou dissecar”.

Ela explica como ele deve fazer. Dá uma aula muito didática enquanto manuseia o órgão que será transplantado no paciente.

[...]

Os residentes se divertem com Isabel. Todos riem bastante. Eles e ela. De vez em quando, ela enxuga a testa no avental de um dos residentes. Depois ela puxa conversa com o pessoal da anestesia.

[...]

Isabel: “Ó, todo mundo olha aqui para ver como deve ficar”. Os quatro residentes se curvam para olhar o que ela quer que eles vejam.

Ela não gritou em nenhum momento. A sala está silenciosa. Ela conversa com os residentes em um tom muito amigável.

“Não. Você não pode ficar fazendo esse movimento. Puxa aqui, ó”. Ensinando o que fazer e o que não fazer.

“Esse bolinho aqui você não pode... se não você vai rasgar. Você tem que colocar a mão por baixo dele. Puxa...”

Todos se curvam para fazer força. O espaço é muito apertado.

Isabel: “Todos nós precisamos ir para a academia”.

Pedro: “A senhora malha professora?”

Isabel: “Agora diminuí”.

Luiz: “Eu tenho medo de espirrar na senhora e a senhora brigar comigo”.

Isabel: “Não. Banho eu já estou acostumada a tomar”.

Quem opera é a Isabel auxiliada pelo R5. Os demais residentes apenas auxiliam, seguram, observam. Isabel observa que a porta está aberta e diz: “olha a porrrrrta”

[fazendo sotaque de piracicabano]. Aí cada um dos residentes começa a imitá-la. Eles fazem quase que um coral entre os anestesistas, e os cirurgiões. Muitos falam porta com sotaque de paulista, porrrrrta com sotaque de nordestino, porrrta sotaque de piracicabano. Ela diz: “Fecha a porta”. O circulante não percebe que ela está falando com ele e continua sentado. Como estou bem perto da porta eu vou até lá e fecho a porta.

[...]

11h10- Chegou o fígado.

Eles se divertem com Isabel e fazem piada um com o outro.

De repente me pego cochilando sentada.

Isabel: Sara, põe soro aqui na bacia, por favor... [falando com a circulante]

Enquanto um residente esguicha soro com uma seringa, outro aspira o sangue, outro segura [todo torto] e o R5 ajuda a Isabel a operar.

Isabel: “Gente, está muito quente aqui. Eu estou passando mal. De verdade. Está muito quente aqui”. Ela está rodeada por 4 residentes, um muito perto do outro. O ar condicionado está ligado e eu estou com frio.

[...]

11h50- Kelly chegou. Perguntou: “Quer que eu entre aí, professora?”

Isabel: “Quero”.

Kelly – “Espera aí. Eu vou só fazer xixi e já entro”.

Kelly entra em campo. Quando ela chega, o R3 sai do lado esquerdo do paciente e ela assume a posição. Ela fala para ele: “desculpe te expulsar”. Os olhos deles se cruzam e ele diz: “não, o que é isso”. É interessante ver Kelly assumir seu posto [ela terminou a residência em 2013 e foi contratada pelo hospital como cirurgiã assistente no início de 2014]. Ela parece muito confiante. Nada ansiosa, como se já tivesse feito isso muitas vezes. Isabel está do lado direito do paciente. O R- que estava só observando sai de campo. Isabel e Kelly terminam o processo de retirada do fígado doente. Do lado de Isabel tem 3 residentes e a instrumentadora. Do outro lado tem a Kelly e o R5. Chega mais um residente e Isabel fala: “Não cabe mais ninguém aqui”. É tanta gente em volta do paciente que eu consigo ver muito pouco.

Isabel: “para, para”. A coisa ficou muito agitada quando eles retiraram o fígado.

Isabel fala muito nessa hora e num tom mais alto. “Luiz, agora vem você pra cá. Fígado, fígado! Você tem que me dar o fígado”. Luiz passa o fígado para Isabel. Kelly diz: “fígado bonito”.

Isabel: “Fígado fora do gelo às 12h10”. Começam a colocar o novo fígado.

[...]

12h20- Isabel- “Vanderley [o circulante] esse ar desse jeito não dá. Eu estou ensopada”. É muita gente em volta dela. Todos estão muito atentos. Eles a respeitam muito. Dá para perceber que a admiram.

Vanderley: “Quer um gelinho aí, professora”? E com a mão despeja umas gotinhas de soro gelado nas costas de Isabel. Ela fala: “Aí que bom, aí que bom”! [risadas]

A professora anestesista monitora os parelhos atentamente.

Isabel: “Pode trazer a água pra mim agora. Bem rapidinho, Vanderley”. Pedro sai de campo [dá um passo atrás] para que Vanderley coloque o canudo na boca dela.

Isabel e Kelly estão suturando o fígado novo.

Kelly muda de lado e se prepara para ficar no lugar de Isabel.

[...]

12h20- Isabel sai de campo. Kelly assume. Isabel aproveita para beber mais água. Agora Isabel está localizada atrás de todos os residentes somente dando ordens. Kelly é quem está comandando o processo.

12h50- Isabel fala: “perfusão”. O movimento é grande.

Kelly é muito calma, fala manso e baixo, anda devagar. Ela não é agitada como a Isabel.

Isabel aguarda de braços cruzados, atrás de todos os residentes. Eles são bem altos e ela é baixinha.

Kelly – “Pronto professora, tranquilo”.

Isabel – “Deixe eu pegar a cava aí”.

Isabel pede uma bala e o circulante coloca na boca dela. Os residentes abrem espaço para que o circulante faça isso.

Isabel retoma seu lugar.

Kelly sai do lugar dela e vem perto de Isabel. Kelly fala: “bom, professora, eu vou ficar olhando você fazer e vou aprendendo”.

13h30- Trocou de instrumentadora. Trocou de circulante.

[...]

13h45- Isabel tirou o avental e está toda molhada. Me mostrou o quanto ela transpirou. Agora o Ilton e a Kelly acabam o transplante porque eu vou desmaiar (Notas de campo da pesquisa etnográfica realizada pela autora, 17/03/2014).

Na entrevista que fiz com Kelly, ela elogiou muito a competência de Isabel como cirurgiã: “Ela é uma mestra, cara... Uma das maiores transplantadoras do mundo”. Elogiou também a forma despretensiosa como se relacionava com os residentes e com os funcionários do departamento, como as técnicas de enfermagem e as ajudantes de serviços gerais: “e você conversa com ela, ela toma café com você como se estivesse falando com uma pessoa da família. Isso não existe muitas vezes em outros serviços, em que o cara se coloca em um pedestal de 20.000 andares e não sai”.

### 8.3.2 Variações disposicionais entre homens e mulheres

Assim como também observado na pesquisa de Zolesio (2010), com raras exceções, as residentes e cirurgiãs com as quais interagi durante a pesquisa demonstraram maior alternância entre as disposições “masculinas” e “femininas” do que seus colegas do sexo masculino. Enquanto que entre as residentes e cirurgiãs a pluralidade disposicional sincrônica se manifestou repetidamente com maior frequência e com maior amplitude tanto no que se refere à variação em função do contexto como no que se refere à variação em função dos interlocutores, entre os residentes e cirurgiões essa variação disposicional se manifestou com menor frequência e com menor amplitude, sendo, inclusive, mais difícil de ser percebida.

#### *O caso exemplar de uma cirurgiã cardiovascular*

Um caso exemplar que ilustra a pluralidade disposicional diacrônica presente na relação pedagógica que se estabelecia entre uma cirurgiã cardiovascular e os residentes com os quais interagia foi observado por mim. Essa cirurgiã mudava drasticamente o modo de agir segundo o sexo dos residentes. Esse caso é significativo porque, além de poder observar essa cirurgiã docente em diferentes contextos e em dias alternados, também obtive informações relevantes para essa questão por meio de entrevistas com residentes e cirurgiãs assistentes que

interagiam com ela. É importante ressaltar que as informações obtidas através das entrevistas foram manifestações voluntárias, ou seja, não partiram de uma pergunta específica feita pela pesquisadora. Para fundamentar meus argumentos, vou apresentar alguns fragmentos de entrevista e de notas de campo que apresentam essa pluralidade disposicional sob diferentes perspectivas e em diferentes contextos.

### Extrato 1

10h55- A R4 Luciana e as cirurgiãs assistentes Cíntia e Sara estão atendendo pacientes nos consultórios.

Vânia [cirurgiã docente]: “Ô Jéssica, vem cá” [em um tom de voz alterado]. Vânia parece um general. “Esse paciente que você examinou não tem nada de histórico sobre ele. Quais são os antecedentes dele? Você não perguntou?” A R3 Jéssica responde alguma coisa que eu não entendo e a professora diz dando bronca: “É você que tem que perguntar. Não é para esperar ele falar. Como é que você faz a primeira consulta com um paciente e não faz o histórico dele? Como é que eu vou incluir um paciente sem saber o histórico dele?”

Jéssica: “Você quer que eu ligue para ele?”

Vânia: “Não. Agora tem que esperar ele voltar.”

Vânia é “durona” e fala num tom que Sara depois descreve para mim como sendo “rispido e autoritário”.

Percebo que Jéssica ficou muito triste com a forma como Vânia chamou sua atenção. A situação é ainda mais difícil porque eu estou aqui, ouvindo tudo isso. Jéssica sai, encontra Sara no corredor e as duas conversam. Percebo que estão falando sobre o que acabou de acontecer. Entram em uma sala. Não muito tempo depois, Jéssica sai com os olhos avermelhados. Está se controlando para não chorar. Sara está discutindo o caso de um paciente com Vânia. Em um determinado momento, percebo que elas mudaram de assunto e começaram a falar sobre Jéssica. Vânia diz: “Eu não estou acostumada a lidar com gente assim”.

[...]

11h11- Todas estão atendendo.

Jéssica está triste. Ela vem discutir um caso com Vânia, mas está com a voz trêmula. É sobre um paciente que deveria ser levado para a UTI. Por causa do barulho do ventilador e da distância que me separa de onde elas estão, eu não consigo ouvir direito.

[...]

11h36- Vânia: Ô Jéssica, já pega a pasta desse paciente porque ele vai internar amanhã.

Vânia fala com Jéssica de uma forma diferente como fala com os outros residentes. Jéssica parece ser muito mais sensível e emotiva e Vânia parece não gostar disso (Fragmento de anotações do diário de campo, 15 /01/14).

### Extrato 2

9h- Vânia trabalha em sua mesa e três residentes [homens] estão sentados em cadeiras nas proximidades desta. Um deles é Léo, namorado da R3 Jéssica. Eles conversam animadamente entre eles e com ela. Riem bastante. Não percebi essa mesma forma amistosa de tratamento de Vânia para com as residentes e para com as cirurgiãs assistentes da equipe passada. Principalmente com relação à Jéssica.

[...]

10h20- Vânia está conversando com dois residentes. Não é sobre casos de pacientes. Eles estão rindo de alguma coisa. Não percebo esse tipo de relacionamento com as mulheres. Os residentes parecem querer agradá-la e mostrar que ela é engraçada e ela, por sua vez, parece querer que eles tenham essa impressão dela (Fragmento de anotações do diário de campo, 03 /02/14).

### Extrato 3

Fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Sara, cirurgiã cardiovascular assistente

S- Eu fiquei fora daqui depois que eu acabei a residência. Eu fiquei fora por dois anos. Faz dois anos que eu estou lá, né. Aí o doutor Sérgio [docente, chefe do departamento] se lembrou de mim. Falou que ia ter uma vaga, mas de imediato eu falei que não. Porque eu tive bastante problema com a Vânia durante a residência. Ela, sendo mulher, mesmo assim ela trata as mulheres pior do que ela trata os meninos. Acho que ela é meio....

R- Por que será?

S- Não sei. Ela trata muito diferente. Para os meninos ela dá atenção, ela ensina, as meninas ela trata mal. Ela já me tratou muito mal, a Luciana, a Cíntia. Todas as que fizeram residência aqui com ela.

R- De ser ríspida? De ser mal-educada?

S- Mal-educada e não ensina nada. Não é fácil conviver com ela. Na verdade, não deveria ter diferença, na minha opinião. E ela sempre tratou os meninos muito melhor. Até hoje. Por exemplo, a Jéssica ela trata super mal e trata bem até o Léo, que é namorado da Jéssica (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Sara, cirurgiã cardiovascular assistente).

No primeiro extrato, quando Vânia fala que não está acostumada a lidar com gente assim, ela não se refere ao erro cometido por Jéssica, mas ao fato de Jéssica estar triste e abalada com a forma como Vânia falou com ela. Já nesse primeiro extrato, eu havia feito a observação (em negrito) em meu caderno de campo, indicando que percebia o tratamento de Vânia para com Jéssica de forma diferente. É importante lembrar que a forma de falar de Vânia (que nas anotações eu considero como a de um “general”) denota a incorporação de disposições “masculinas” altamente valorizadas por seus colegas cirurgiões.

No segundo extrato, referente às anotações de campo do dia 03/02/2014, ao invés de sua forma de agir demonstrar a incorporação de disposições “masculinas”, evidencia a incorporação de disposições “femininas”, demonstrando a alternância disposicional em função dos interlocutores com os quais interagia. Com os residentes, ela falava de forma suave, amistosa e cortês. A diferença no tratamento, quando comparado a Jéssica, às outras residentes e à cirurgiã assistente Sara foi tão nítida que eu anotei em meu caderno de campo: “Não percebo esse tipo de relacionamento com as mulheres”. Alguns dias depois, quando fiz a entrevista com Sara e ela me falou que Vânia tratava as mulheres da equipe de forma diferente eu me lembrei das anotações que havia feito em meu caderno de campo e pensei: “Então é verdade. Não foi apenas uma impressão minha”.

Ainda com relação à pluralidade das disposições de gênero observadas nas relações interpessoais de Vânia, chamo a atenção também para a alternância entre as disposições “masculinas” e “femininas” em função de um contexto específico. O contexto em questão era uma reunião onde estavam presentes todos os cirurgiões e residentes de Cirurgia Cardiovascular de um grande hospital público. Era um encontro especial, no qual alguns palestrantes externos iriam falar aos cirurgiões presentes. Vânia era a única cirurgiã docente presente nessa reunião e ela foi a responsável pela organização do lanche que foi servido às 10h da manhã e também foi a pessoa que assumiu a função de secretária da reunião. Embora, muito possivelmente, esses pormenores tenham passado despercebidos para os cirurgiões e até mesmo para Vânia, em meu caderno de campo fiz as seguintes observações e as assinali com um círculo: “Às 10h, o Dr. Conrado [chefe do departamento de Cirurgia Cardiovascular do hospital] convida todos os cirurgiões presentes para irem tomar um lanche que a Dra. Vânia havia organizado”. Vânia quase não assistiu às duas palestras da manhã. O tempo todo ela ia e vinha pelo auditório. Ao longo de toda a manhã, enquanto um convidado falava, ela já chamava o próximo que iria se apresentar para sentar-se na primeira fileira de bancos. Ficou claro para mim que ela assumia a função de secretária do evento. Essa foi uma demonstração clássica da assimetria de gênero presente na estrutura das hierarquias dos cargos e funções ocupados por homens e mulheres naquele espaço. Foi também uma demonstração da pluralidade com que as disposições de gênero que orientavam as ações de Vânia se alternavam em função do contexto em que ela se encontrava e dos interlocutores com que interagia.

Por mais que o estilo de liderança de algumas chefes e cirurgiãs docentes seja tão autoritário e tão fortemente pautado por disposições “masculinas” quanto o de alguns de seus colegas de profissão (e em alguns casos, até mais do que o deles), ainda assim, especialidades cirúrgicas com presença de docentes mulheres parecem atrair mais residentes do sexo feminino do que especialidades cujos docentes são homens. Especialmente se o chefe do serviço ou o cirurgião docente se declara (explicitamente ou mesmo dissimuladamente) avesso à presença de mulheres na cirurgia ou à manifestação de disposições “femininas”. Ao menos foi dessa forma que percebi os contextos por mim estudados.

*O caso exemplar dos residentes que choravam escondido*

K- Ah sim... O pior estágio do R1 aqui na geral é o estágio da gastrocirurgia, porque o R1, [quando atua] na enfermaria, ele tem muitas funções acumuladas em cima dele, tem que cuidar de muitos pacientes e visitas e tal e... é uma coisa bem estressante, porque a gente tem que chegar muito cedo na enfermaria e a gente sai muito tarde, então é um estresse grande, para um residente que está começando, é uma prova de fogo mesmo. É... E... eu, sim, eu nunca chorei na frente de ninguém, mas eu... assim... o que eu faço, o que eu fazia no R1 era... quando eu tinha necessidade de chorar e de desabafar, eu ia para o terceiro andar... tem uma capelinha lá... eu ia lá e rezava um pouco, e chorava ali. Se tinha alguma coisa que me desagradava, se estava muito estressada, dava uma rezada, pedia uma ajuda superior, limpava as lágrimas e voltava a trabalhar, né [risada]. Não tem muito o que fazer. Eu também já dei colo para muito R1 chorando... “Vixi”, a gente como R+, a função é essa, porque é estressante, né. Mas é normal, tem que chorar mesmo. Já dei colo pra mulher e pra homem R1, para menino e para menina. Não é porque é mulher que chora mais não. Menino também chora (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com Kelly, gastrocirurgiã em início de carreira).

Embora também houvesse homens em vários dos programas de cirurgia que acompanhei, a única vez em que ouvi a menção de que homens também choram foi na entrevista com Kelly. Se, para as mulheres, demonstrações públicas de choro indicavam fraqueza emocional, para os homens ainda mais.

Como já frisei ainda há pouco, nos contextos por mim observados, a variação entre disposições “masculinas” e disposições “femininas” foi menor entre os homens do que entre as mulheres. Entre os homens, a predominância de comportamentos que indicassem a interiorização de disposições “masculinas” foi mais constante e evidente. Se entre as residentes e cirurgiãs, demonstrar sinais da interiorização de disposições “femininas” é visto por muitos como um sinal de fraqueza e inaptidão para se tornar uma boa cirurgiã, entre os homens, a manifestação de disposições “femininas” pode ser interpretada como um sinal de fraqueza ainda maior.

Sob a perspectiva da pluralidade disposicional que sofre variações ao longo da carreira (diacronicamente), a manifestação explícita da incorporação de disposições “femininas” por parte de residentes de ambos os sexos pode implicar dificuldades maiores durante o processo de formação e prejuízos futuros no momento de conseguir uma colocação no mundo do trabalho. Dessa forma, é menos provável que demonstrações explícitas da incorporação de disposições “femininas” se manifestem entre cirurgiões e cirurgiãs durante a residência ou mesmo na fase inicial da carreira. Para os sujeitos de ambos os sexos, manifestações explícitas da incorporação de disposições “femininas” como, demonstrar sinais de que se ressentiu com a forma como foi tratado pelo professor ou chorar em público, por exemplo, podem comprometer a imagem do residente perante os outros membros da equipe e perante o grupo de professores.

Entre os homens que observei os únicos que manifestaram explicitamente e publicamente a incorporação de disposições “femininas” foram o Dr. Cícero e o Dr. Marcos, o cirurgião assistente que trabalha diretamente com Cícero. Assim como seu professor, Marcos parece não se incomodar com as “piadas” e comentários que circulam no hospital sobre o serviço de Coloproctologia, quando falam que o serviço tem 8 mulheres e ½ homem ou quando se referem à equipe como “as meninas da gastro”. Cícero, por sua vez, se encontra no auge da carreira e também parece não se incomodar que alguns de seus colegas docentes pensem que o ingresso de muitas mulheres na residência em cirurgia resulte em menor qualidade do serviço e em prejuízo para o programa. Ele não acredita nisso, como afirmou claramente para mim.

Mesmo entre cirurgiões já bem estabelecidos na carreira, a manifestação explícita da incorporação de disposições “femininas” pode resultar em algum tipo de estigma por parte de seus pares, como aconteceu com os professores da USP que deram seus depoimentos à CPI das Universidades em 2014 (SÃO PAULO, 2015).

## CAPÍTULO 9 DUAS IMAGENS EM DISPUTA: ESTRATÉGIAS DE CONCILIAÇÃO ENTRE CARREIRA CIRÚRGICA E MATERNIDADE

Eu tenho a ideia de ser mãe. Eu não sei se vai rolar. Eu tenho 32 anos, não sou casada, não tenho namorado. Eu não sei se vai ser factível. Hoje em dia tem mulher de 40 anos tendo filho. Hoje em dia a gente tem um prazo um pouco maior. Mas assim, eu queria muito ser mãe e eu acho que eu consigo conciliar. Eu acho que eu até consigo tirar um pouco o pé e ir mais devagar. E você tendo alguém para dividir despesas e dividir responsabilidades, ajuda. Então eu acho que eu até consigo ir mais devagar. Mas isso não é um empecilho. Eu acho que você não tem que optar. Não são coisas excludentes. Eu acho que é possível levar as duas coisas (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Kátia, cirurgiã torácica em início de carreira).

As cirurgiãs e residentes de cirurgia que entrevistei não percebiam a maternidade como um empecilho para suas carreiras como cirurgiãs. Por ocasião da entrevista, onze das entrevistadas faziam residência e cinco haviam acabado a residência recentemente. Quando indagadas sobre o desejo (ou não) de serem mães nenhuma delas indicou intenção de renunciar à maternidade em função da escolha da profissão<sup>220</sup>. Algumas disseram que a maternidade não fazia parte de seus planos no atual momento da vida, mas mesmo essas, não descartaram a possibilidade de algum dia serem mães, como nas respostas de Paula, Kátia e Sara:

R- Você pensa em ter filhos?

P- Sim.

R- Faz parte do teu plano?

P- Não. Eu nunca planejei essas coisas. Vou ficar solteira, vou ter filhos, vou casar... Eu acho assim, se tiver que acontecer vai ser bem-vindo e cabe. Cabe, dá para ajeitar. Nunca falei assim: 'Não vou ter filho porque eu quero ser cirurgiã'. Não, não. Mas também confesso: nunca fui de ficar pensando muito 'Ah, o dia que eu casar... eu de noiva'. Pra mim, o que vier vai ser bem-vindo e dá para se ajeitar (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Paula, cirurgiã coloproctologista em início de carreira).

≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡

S- O ser humano é complexo. A vida não é só trabalho. Penso que eu vou ter família, vou desenvolver um relacionamento, vou ser mãe, vou aprender a cozinhar. Eu cozinho, mas nada elaborado. Não sei como vou ser como mãe, mas gostaria de

<sup>220</sup> Assim como também observado nas entrevistas que fiz, Touraine (2007), em pesquisa realizada com mulheres francesas, observou que as gerações de mulheres mais jovens estão construindo uma nova representação de si mesmas. Essas mulheres tendem a não mais se definirem, em relação aos homens e às funções sociais que lhes seriam reservadas no lar e na sociedade, tão somente a partir de determinações externas. Elas apresentam uma *conduta ambivalente* quando por ocasião da escolha da carreira e do planejamento familiar. Ao contrário de escolhas radicais do tipo "ou isso ou aquilo", quando estão diante de condutas tradicionalmente consideradas como incompatíveis (como a escolha por determinadas carreiras e a maternidade), as mulheres entrevistadas pelo pesquisador estão escolhendo isso e aquilo. Estão conscientes de que sua imersão radical em apenas uma esfera de ação as privaria da realização e do sucesso em outros domínios e optam, de forma ambivalente, não pela escolha entre uma ou outra possibilidade, mas pela combinação das duas.

fazer essas coisas (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Sara, cirurgiã cardiovascular assistente).

Dentre as 24 cirurgiãs e residentes de cirurgia que entrevistei, cinco delas eram mães: Isabel (60 anos), Marcela (47 anos), Ludmila (44 anos), Pietra (37 anos) e Teresa (28 anos). Ao entrevistar essas cirurgiãs que são mães, tive a preocupação de indagar sobre uma série de questões relativas à maternidade e às relações familiares: elas percebem alguma incompatibilidade entre a profissão e a maternidade? Quais seriam as estratégias vivenciadas por essas mulheres como forma de conciliação entre a vida profissional como cirurgiãs e a vida familiar? A vida familiar, principalmente naquele aspecto que se refere ao cuidado dos filhos, interfere de alguma forma na vida profissional? Como foi a experiência de ter que operar enquanto grávida? Teria recebido algum tipo de tratamento especial durante a gravidez? Houve alguma mudança no ritmo e na intensidade do trabalho durante a gravidez e depois de o bebê nascer? A maternidade fez com que as cirurgiãs diminuíssem o ritmo de trabalho? Como fizeram e como fazem para conciliar a vida profissional e a vida familiar com filhos? Tiveram experiências de conflito entre vida familiar e vida profissional? Como lidaram com esses conflitos? Quais são as estratégias do dia a dia para administrar a vida familiar? Como se deu a construção da carreira dessas mulheres?

Neste capítulo, trago os dados empíricos da pesquisa para uma discussão que coloca em foco a relação trabalho X família na vida cotidiana dessas cirurgiãs mães. Apresentarei a experiência de quatro cirurgiãs de sucesso e uma residente de cirurgia que não abriram mão da maternidade em função da profissão que escolheram. A maior parte dos dados foi obtida por meio das entrevistas, mas houve algumas situações que foram relatadas nos momentos em que eu observava a cirurgiã em conversas informais com grupos de estudantes ou com outros(as) cirurgiões(ãs).

O capítulo aborda as experiências, às vezes dramáticas, vivenciadas com a gravidez, o nascimento dos filhos, a maternidade e a relação com o marido/companheiro, além de apresentar algumas estratégias de conciliação entre vida profissional e o cuidado com os filhos. Com essa discussão tenho como objetivo: (i) relatar as variações individuais e geracionais das estratégias de conciliação entre a vida profissional e a vida familiar, principalmente no que se refere ao cuidado com os filhos e à relação com os maridos; (ii) examinar se e como a vida familiar interfere na vida profissional da mulher cirurgiã que é mãe; (iii) propor uma reflexão crítica sobre a forma como a literatura referente à educação médica justifica a pouca representatividade feminina nas carreiras cirúrgicas.

O quadro a seguir apresenta de forma resumida alguns aspectos da vida dessas cirurgiãs e poderá ser útil para acompanhar a leitura do capítulo.

### Quadro 7- Apresentação geral das cirurgiãs que são mães

Nome Idade Especialidade	Ocupação	Local onde exerce a profissão	Profissão do cônjuge	Idade dos filhos
Marcela 47 anos Cirurgia cardiovascular	Cirurgiã principal Chefe da residência Docente  Chefe do Centro Cirúrgico	Universidade Pública Federal  Hospital da rede pública  Hospital da rede privada	Cirurgião cardiovascular	14 anos (filha)  13 anos (filho)
Ludmila 44 anos Cirurgia cardiovascular	Docente / funcionária pública estadual  Cirurgiã principal  Chefe do departamento de Cirurgia Cardiovascular por má formação congênita	Universidade Pública estadual  Hospital da rede privada	Cirurgião cardiovascular	4 anos (filho)
Isabel 60 anos Gastrocirurgia	Cirurgiã Docente / funcionária pública estadual  Chefe do departamento de cirurgia hepática	Universidade Pública estadual	Engenheiro elétrico em instituição pública federal	33 anos (filho) 28 anos (filho) 27 anos (filha) 20 anos (filho)
Pietra 37 anos Cirurgia Pediátrica	Cirurgiã assistente  Cirurgiã principal	Três hospitais da rede pública estadual	Delegado de polícia	3 anos (filha)  1 ano (filho)
Teresa 28 anos Residente de Cirurgia Geral (R2)	Residente de Cirurgia Geral (R2)	Hospital da rede pública estadual	Cirurgião do Trauma	2 meses (filho)

Fonte: Entrevistas

### Isabel

Por ocasião da entrevista Isabel tinha 60 anos e mais de 30 anos de experiência como gastrocirurgiã. Atuava profissionalmente como professora da Faculdade de Medicina de uma universidade pública. É oriunda de uma família do estrato empresarial das camadas médias que migrou do Rio Grande do Norte para o estado de São Paulo quando Isabel tinha 4 anos. Diferente de muitos migrantes que vieram do Nordeste para São Paulo durante as décadas de 1960/1970, a família de Isabel fez essa viagem de avião. Seu pai concluiu o Ensino Médio técnico, era dono de uma empreiteira de construção civil e sócio fundador do Clube Corinthians. Sua mãe concluiu o Ensino Fundamental, fez curso de corte e costura profissionalizante e era dona de uma boutique que tinha como clientes senhoras abastadas do bairro onde residiam (as roupas vendidas na boutique eram de criação e fabricação da oficina de confecção da mãe). Isabel cursou toda a educação básica na escola estadual do bairro onde

morava e foi aprovada na faculdade de Medicina em uma universidade pública após a terceira tentativa de entrada e dois anos de cursinho.

Casou-se em 1980, no final de seu último ano da faculdade, com um engenheiro recentemente formado e foram morar em uma cidade do interior paulista onde ela havia acabado de iniciar a residência em Cirurgia Geral. Ela conta o seguinte sobre o marido: “O meu marido é muito inteligente também. Ele é fora da curva. Ele tem uma capacidade de interpretação e análise muito grande. Ele é brilhante”. Nos primeiros dez anos de casamento o marido viajava todos os dias para São Paulo (onde tinha um emprego como funcionário público estadual) e voltava para casa à noite.

Isabel e o marido tiveram quatro filhos. Três deles enquanto ela fazia residência. Por ocasião da entrevista Patrick, que é o filho mais velho, tinha 34 anos, era formado em engenharia, casado com uma alemã e morava em Portugal. Pablo, também engenheiro, tinha 29 anos, era solteiro e morava em uma outra cidade do estado de São Paulo. Isabel conta que nos dias em que ela não está de plantão, Paulo dorme na casa dos pais e costuma trazer roupa para lavar. A filha Elda tinha 28 anos, também era engenheira, mas atuava na área de gastronomia no mesmo país europeu onde morava seu irmão mais velho. Por fim, o filho caçula, Alisson, tinha 21 anos e cursava Direito em uma universidade pública.

### **Marcela**

Por ocasião da entrevista Marcela tinha 47 anos e mais de 20 anos de experiência como cirurgiã cardiovascular. Atuava profissionalmente como cirurgiã em dois hospitais (um público e um privado), ambos localizados em um grande município do estado de São Paulo, nos quais também ocupava cargos de chefia. Em um deles atua também como pesquisadora.

Nascida no Rio de Janeiro, filha de pai militar e mãe dona de casa, ambos com formação escolar de nível médio, mudou-se muito durante a infância e adolescência em função da profissão do pai, que era instrutor de artilharia da marinha. Morou em vilas militares em Belém do Pará e no Rio de Janeiro e cursou sua educação básica em escolas públicas militares que ficavam dentro das bases onde residiu. Ingressou no curso de Medicina em uma universidade pública estadual no Norte do país em 1984, aos 19 anos. Migrou para São Paulo em 1990 para fazer residência em Cirurgia Cardiovascular em um grande e conceituado hospital da rede privada (naquela época podia-se fazer residência em Cirurgia Cardiovascular mesmo sem ter feito Cirurgia Geral).

Marcela vivia uma união estável com Roberto há dezessete anos e tinha dois filhos com ele: Alice (14 anos) e Lícius (13 anos). Roberto, também cirurgião cardiovascular,

foi seu mentor durante a residência. Marcela fala do marido com um sentimento de admiração e respeito e diz que ele é uma “pessoa educadíssima”. “Ele como cirurgião ele é meu ídolo porque ele é perfeito tecnicamente e é uma pessoa humana, educada, um cirurgião diferente”. O relacionamento entre os dois começou dois anos e meio após ela ter terminado a residência. Nessa época ela já era cirurgiã assistente contratada pelo hospital e o início do relacionamento dela com Roberto causou uma série de comentários no hospital em que ambos trabalhavam. Ela conta um pouco sobre como foi essa fase de sua vida:

Só que essa foi a pior parte pra mim, do meu relacionamento com ele. Porque as pessoas começaram a confundir as coisas. Achar que o fato de eu me relacionar com ele favoreceria alguma coisa ou que estava me favorecendo. Ao contrário, sempre me prejudicou, sempre. Porque as pessoas sempre te cobram mais. Ele nunca me facilitou nada. Ele é uma pessoa extremamente correta. Ao contrário, algumas vezes ele me prejudicou por causa disso (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Marcela, cirurgiã cardiovascular e docente).

## **Ludmila**

Por ocasião da entrevista Ludmila tinha 44 anos de idade e 19 anos de profissão como cirurgiã cardiovascular. Trabalhava em um hospital da rede privada e em um hospital universitário da rede pública onde, além de atuar como docente de cirurgia, exercia também a função de chefe da residência em Cirurgia Cardiovascular.

Ludmila é filha de pequenos agricultores de um pequeno município no estado de Minas Gerais, ambos com formação escolar de nível fundamental incompleto. Seus pais sustentavam a família de sete filhos com a venda do leite e de produtos agrícolas que plantavam no sítio onde viviam. Estudou até à antiga terceira série primária em uma pequena escola rural próxima ao sítio onde morava. Para cursar a quarta série, foi morar na casa de uma tia em um pequeno vilarejo que ficava a 5 km de sua casa. Seguindo a trajetória escolar de alguns de seus irmãos mais velhos, possivelmente essa teria sido a última série dela na escola, se não fosse por uma situação que mudou todo o seu futuro. No ano de 1978, quando tinha dez anos e cursava a quarta série do Ensino Fundamental, houve um concurso (promovido pelo município onde morava) para oferecer bolsas de estudo em escolas da rede privada de uma cidade de porte médio próxima para os alunos de maior destaque acadêmico do município. Nesse concurso, Ludmila ficou classificada em 5º lugar e com isso foi contemplada com a bolsa de estudos. Nas palavras de Ludmila:

É. Só que o meu pai ainda assim não queria deixar eu estudar [rindo e já começando a se emocionar]. Aí a professora da 4ª série foi até à casa do meu pai e pediu para ele: "não, ela precisa continuar estudando" [nesse ponto os olhos já estavam

marejados de lágrimas e ela começou a chorar]. E aí com isso eu fui para [nome da cidade] [chorando]... (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Ludmila, cirurgiã cardiovascular e docente).

Nessa cidade maior, Ludmila foi morar na casa de outra tia e estudou em uma pequena escola da rede privada que ficava próxima à casa dela. Nessa escola, só tinha até à 8ª série, mas um professor de Matemática, vendo o potencial de Ludmila, a preparou para prestar as provas do processo seletivo para o Colégio de Aplicação de uma Universidade Federal localizada em um município do estado de Minas Gerais. Tendo sido aprovada, Ludmila cursou o Ensino Médio nesse colégio e, ao concluir essa etapa de formação escolar foi aprovada no vestibular para Engenharia da mesma universidade. Ludmila nem chegou a começar o curso porque decidiu que não queria fazer Engenharia. Resolveu, então, fazer um ano de cursinho e depois prestar para Medicina. Inicia, então, o curso de Medicina nessa universidade em 1987, aos 18 anos. Assim como aconteceu com Marcela, Ludmila também migrou para São Paulo para fazer residência em Cirurgia Cardiovascular em um conceituado hospital da rede privada. Iniciou a residência em 1993 e concluiu em 1995, ano em que começou a operar como cirurgiã assistente da mesma equipe na qual havia se formado.

Ludmila também é casada com um cirurgião cardiovascular que foi seu mentor durante a residência. Por ocasião da entrevista, tinha um filho de quatro anos de idade. Ela descreve o marido como uma pessoa “simples, humilde, bem bacana”.

## **Pietra**

Por ocasião da entrevista Pietra tinha 37 anos e 9 anos de experiência como cirurgiã. Atuava profissionalmente como cirurgiã pediátrica em três hospitais da rede pública de um município de grande porte do estado de São Paulo. Pietra é oriunda de uma família de classe média de um município do interior do estado de São Paulo. O pai é médico ginecologista e a mãe é dona de casa, mas tem formação superior em Letras. Quando era adolescente o pai a levava para “passar visita” no hospital junto com ele. Estudou até a antiga 8ª série em uma escola da rede privada de sua cidade, mas depois, por decisão dos pais, foi cursar o Ensino Médio na cidade vizinha em uma escola da Rede Anglo. Entrou na faculdade de Medicina em uma universidade da rede privada localizada no interior de São Paulo em 1997, aos 18 anos. Mudou-se para uma cidade maior em 2003 para fazer a residência no hospital universitário de uma escola de Medicina da rede privada do interior do estado de São

Paulo. Em 2005, ingressou na residência em Cirurgia Pediátrica em um hospital universitário de uma universidade pública. Terminou a formação em Cirurgia Pediátrica em 2006 com 28 anos.

Em 2005, no mesmo ano em que começou a fazer residência em Cirurgia Pediátrica, Pietra casou-se com Ramon, um advogado formado em uma universidade da rede privada localizada na capital paulista. Haviam namorado por nove anos, desde o início da faculdade dela. Ramon é delegado de Polícia e começou sua carreira em São Paulo, mas Pietra havia dito para ele que, se ele quisesse que a relação desse certo ele teria que pedir transferência para a cidade onde ela morava porque ela não iria se mudar para São Paulo. Atualmente, casados e pais de duas crianças (uma de três e outra de um ano), eles moram em um amplo apartamento em um bairro de classe média alta na mesma cidade onde ela fez residência e onde os dois trabalham.

Nos relatos das cirurgiãs que são mães e pertencem às gerações mais velhas, a participação ativa dos maridos no cuidado com os filhos pequenos não é mencionada. Na experiência dessas três mulheres (que fazem parte da geração das cirurgiãs mais velhas) quem cuidava das crianças eram as babás, que inclusive moravam nas casas delas. Apenas Pietra, que pertence a uma geração mais jovem, menciona que o marido é quem cuida dos filhos (até mesmo quando ela está em casa). Pietra e Ramon fizeram opção por não terem uma babá morando com eles e nem trabalhando de forma permanente. Quem busca as crianças na escola e cuida delas depois que saem da escola é o próprio pai. Poder observar o apartamento deles (onde a entrevista aconteceu) me deu uma ideia de como o envolvimento com as crianças é uma prioridade para eles. E, principalmente, para Ramon. Quando entramos no apartamento a primeira coisa que ela me falou foi: “Não repare a bagunça. É casa que tem crianças”. Na sala, encostados na parede próxima da televisão havia muitos brinquedos e um triciclo de bebê. A sala da casa de Pietra tem três ambientes e é bem ampla. Em um ambiente fica a mesa de jantar, no outro a televisão e os sofás e em outro fica o escritório de Ramon com um computador e muitos livros. Essa disposição pode indicar que, possivelmente, enquanto observa as crianças brincarem Ramon pode, também, se ocupar de assuntos ligados ao seu trabalho.

### **Teresa**

Por ocasião da entrevista Teresa tinha 28 anos e era residente de Cirurgia Geral (R2). Ela estava de licença maternidade pelo nascimento do filho, que na época estava com dois meses.

Teresa fazia residência no estado de São Paulo, mas era originária de uma cidade do Espírito Santo. Ela é filha única de uma família de classe média. Durante sua infância e adolescência seu pai, engenheiro eletricitista formado pela UFMG, trabalhava na Companhia Siderúrgica Vale do Rio Doce e sua mãe, formada em Artes e Desenho Industrial pela UFES trabalhava como design de interiores e professora de Arte (em escolas da rede pública estadual).

Aos nove meses Teresa foi matriculada em uma escola de Educação Infantil na qual permaneceu até os seis anos. Os quatro primeiros anos de escolarização básica foram feitos em uma pequena escola próxima de sua casa e os demais anos escolares foram feitos em uma escola maior, que tinha fama de preparar os estudantes para o vestibular da Universidade Federal (UFES). Toda a escolarização de Teresa foi feita em escolas da rede privada localizadas na Grande Vitória e ela conta que era uma aluna muito dedicada. Os pais dela eram muito ativos nesse processo de escolarização, mas o pai, especialmente, acompanhava a vida escolar da filha muito de perto. Foi ele quem a ensinou a ler.

Durante o Ensino Médio a rotina escolar de Teresa foi muito intensa. No período da manhã ela fazia o Ensino Médio convencional, à tarde fazia um cursinho preparatório para o vestibular e à noite ficava na escola para fazer os exercícios do dia para o dia seguinte. Como ela conta, sua rotina era muito puxada:

É...., mas naquela época... e também porque eu fiz os três horários e à noite assim, era super cansativo. Tipo assim, você fica com muita coisa pra fazer e as coisas acumulam. Tinha sempre um... Eu lembro que nessa escola tinha uma pessoa que vinha olhar os teus horários de estudo, sabe. Era uma coisa bem regrada, assim. Tipo, se hoje tinha aulas de história, não sei o que, não sei o que, à noite você tinha 50 minutos de estudo pra fazer os exercícios de história. Era uma coisa assim, bem regrada. Era tudo programado. Você entrava numa sala pra fazer exercício e ficava, entendeu. E era meio: "Vai indo". Não importava se você estava cansada não, vai indo, tem que ir. E era uma coisa meio assim, a escola. Eu morava em XXX [cidade do interior do Espírito Santo] e a escola era em Vitória. Essa escola é grande, tem em todo o estado, o Darwin, mas só tinha esse curso intensivo em Vitória. Depois a gente mudou para o bairro do lado da escola (fragmento da entrevista realizada com Teresa, R2 de Cirurgia Geral).

Como é característico das famílias brasileiras pertencentes aos estratos médios intelectualizados, o pai e a mãe de Teresa aspiravam para ela a aprovação no vestibular em um curso e em uma universidade de prestígio. No caso, o curso de Medicina na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). E todas as estratégias familiares empreendidas em função da escolarização de Teresa correspondiam àquelas que são características das famílias das camadas médias intelectualizadas, como: malthusianismo, rigor ascético, investimento em escolas privadas de prestígio com altos resultados nos vestibulares mais concorridos e intensa

participação dos pais em todos os detalhes da escolarização da filha (NOGUEIRA, 1991; 2003).

O que aconteceu ao final do terceiro ano foi uma certa frustração por partes dos pais diante de todo o investimento feito na escolarização de Teresa porque ela não foi aprovada no vestibular de Medicina da UFES e precisou investir mais dois anos de estudo intensivo em cursinhos pré-vestibulares para, somente então, ser aprovada em Medicina em uma faculdade da rede privada da cidade de Vitória. Nas duas primeiras tentativas de ingresso no curso de Medicina Teresa só havia prestado vestibular em instituições federais. Sobre isso ela conta: “Porque lá em casa... a minha mãe tem assim... ‘Ah, não, todo mundo formou na federal e você também vai fazer na federal’. Ela tinha meio isso”. Foi somente na terceira tentativa de ingresso, quando já havia desistido de fazer Medicina, que a mãe concordou em permitir que ela prestasse o vestibular em uma faculdade da rede privada. Teresa foi aprovada nessa terceira tentativa e fez o curso de Medicina nessa faculdade da rede privada. Fez toda a faculdade morando em casa com os pais.

Ao final da faculdade Teresa prestou provas para a residência em Cirurgia Geral para hospitais do SUS. Foi aprovada no estado de São Paulo, do Rio de Janeiro e do Espírito Santo, mas resolveu ir para São Paulo para conseguir se desvencilhar um pouco da presença super protetora dos pais. Era o ano de 2011.

T- Aí eu passei aqui em São Paulo, Passei no Rio e passei em casa. Só que como os meus pais eram muito assim... eu preferi sair de casa.

R- E quando você veio pra cá? Ele [o pai] aceitou numa boa?

T- Então, eu preferiria ter ido para o Rio. Eu queria ter ido para o INCA, o instituto do câncer no Rio. Aí... ele falou que não, pra eu não ir para o Rio. Tanto é que eu não fui nem pegar a minha vaga. Deixei.

R- Ah, você teve a vaga lá e você não foi porque o seu pai...

T- É.

R- Seu pai orientou você a não ir.

T- É... bem... orientou. Ele falou: "Ah, não, vai pra São Paulo" (fragmento da entrevista realizada com Teresa, R2 de Cirurgia Geral).

Teresa iniciou a residência em Cirurgia Geral em 2011.

Ao analisarmos as trajetórias dessas cinco cirurgiãs que são mães, não podemos deixar de observar que estamos lidando aqui com quatro diferentes gerações de mulheres. Isabel representa a geração mais velha, Marcela e Ludmila, representando outra geração, Pietra, representa uma terceira geração, e Teresa, representa a geração mais nova. Talvez essa seja uma variável importante para analisarmos, por exemplo, o envolvimento do marido de Pietra no cuidado com os filhos pequenos.

No espaço a seguir, coloco em foco a relação trabalho X família através de três dimensões das vidas das cinco cirurgiãs mães que entrevistei: (i) Gravidez e maternidade; (ii) O cuidado com os filhos; (iii) ser cirurgiã e mãe em um mundo masculino.

### 9.1 Gravidez e maternidade

Em setembro de 1979, aos 23 anos, com casamento marcado para o final do ano e cursando o último semestre da faculdade, Isabel ficou grávida do primeiro filho. Estava às vésperas do exame para a residência e sentiu que não deveria contar sobre a gravidez para os professores e colegas até que saísse o resultado dos exames para a residência. Por que isso? Tinha medo de que a notícia da gravidez pudesse influenciar, de alguma forma, sua aprovação para a residência.

Isabel recebeu dois resultados de exames positivos: o da gravidez e o da residência. Assim que soube que havia passado na residência, ela e o marido alugaram um apartamento a um quarteirão do hospital. Ela seria a primeira mulher a fazer residência em gastrocirurgia naquela universidade. Sempre metódica e preocupada em não dar motivos para que falassem que a gravidez atrapalharia seu desempenho na residência, procurou dar mais plantões do que todos os seus colegas. Ou seja, estava preocupada com isso. Durante toda a gravidez deu plantões extras para não precisar dar plantões no mês em que o bebê nascesse. Ela conta que nos dois meses depois que o bebê nasceu não deu plantões à noite para poder amamentar sossegada. Quando voltou a dar plantões à noite, era comum vazar leite e o avental ficar todo molhado durante a cirurgia. Ao contar esse detalhe Isabel deu boas risadas. Na época em que teve o primeiro filho, não havia licença maternidade para as residentes e ela teve que usar o mês das férias no lugar da licença maternidade. Voltou a trabalhar um mês após o nascimento do filho. Durante o dia, nos intervalos entre uma cirurgia e outra, enquanto os colegas iam tomar um café, ela corria em casa para amamentar o bebê e tirar leite para a babá dar na próxima mamada.

No início da entrevista, eu já sabia que Isabel tinha quatro filhos, mas não imaginava que três deles haviam nascido durante a residência. Na sequência transcrevo a parte da entrevista onde ela conta sobre essas gravidezes:

R- Na residência você teve um filho...

I- Não. Na residência eu tive o Patrick no primeiro ano. Isso foi em 1980. O Pablo nasceu em 85 e a Elda em 86 [nesse ponto ela já estava rindo]. Quando eu voltei da licença do Pablo, eu voltei grávida da Elda [nós duas rimos muito nessa hora e demoramos para parar de rir].

R- E quando você contava [rindo]? Eles não faziam piada?

I- Quando eu voltei, o Rivaci... era muito meu amigo... aí o Rivaci falou: 'Isabel, você volta quando?' Eu falei: 'dia primeiro de agosto'. Então eu voltei a trabalhar... eu fiquei abril em casa, voltei a trabalhar em maio, mas era meio período, então eu trabalhava... eu combinei que eu vinha só de manhã. Aí eu vinha de manhã, dava aula, ia para o centro cirúrgico, pegava as cirurgias menores. Quando eu voltei mesmo, que era primeiro de agosto eu fui dar aula e desmaiei. Aí o Rivaci me pegou e disse: 'Isabel, você ficou branca no meio da aula, desmaiou. Você está com glicemia de 25'. Meu primeiro sintoma na gravidez era hipoglicemia. Eu falei: 'Ai meu Deus'. Fui fazer o teste... estava grávida. Aí eu cheguei para o Dr. Lamartini e falei: Olha doutor, estou grávida. Ele falou: 'Ah, tudo bem, tranquilo, você dá conta bem das gravidezes, tal'.

R- E durante a gravidez, você operava grávida?

I- Barrigão. Operava normal. Um dia um colega falou pra mim: 'Isabel, como é que você consegue operar com essa barriga?' Eu falei: 'Olha o tamanho da tua e olha o tamanho da minha. A tua é maior que a minha!' Aí ninguém falou mais nada (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com a gastrocirurgiã e docente Isabel).

Na terceira gestação, Isabel teve problemas de saúde e a filha acabou nascendo prematura com um quilo e quatrocentos gramas. Isabel ficou internada na UTI por uma semana e depois continuou internada por mais um mês. Apesar de ter engravidado três vezes durante a residência, ela conta que sempre teve o apoio do professor que era chefe do departamento. Nas palavras dela:

Ele me tratava como filha. Aí da Elda eu tive esse problema. Ele ia me visitar... [referindo-se ao professor], Rebeca... todo dia [fala pausadamente para dar ênfase]. Não teve... eu fiquei sete dias na UTI, todos os dias ele foi me visitar. Passei um mês no quarto, todo dia ele ia me visitar. Aí ela ia mamar no hospital. Eu saí com ela do hospital pequenininha. Ela veio pra casa com dois quilos e meio. Aí eu fiquei cuidando dela. Aí eu tirei três meses de licença e tirei mais um mês de férias pra cuidar dela. Aí ela já estava taludinha, tomando mamadeira bem, era o meu leite mesmo. Aí eu voltei... dia primeiro de novembro eu voltei para trabalhar de vez (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com a gastrocirurgiã e docente Isabel).

Isabel aproveitou esse período em que ficou em casa, de licença, para adiantar sua pesquisa de mestrado. Quando ela fala que teve três filhos durante a residência, na verdade, o que aconteceu foi que, ao terminar a residência, ela não se desvinculou do departamento de gastrocirurgia. Continuou operando e aprimorando suas habilidades cirúrgicas, ao mesmo tempo em que já cursava o mestrado. Depois que terminou o mestrado, logo em seguida deu início aos estudos de doutorado. Trabalhava no hospital segunda, quarta e sexta-feira o dia inteiro e nos outros dias da semana ficava em casa com os filhos, mas sempre estudando, levantando dados para o doutorado.

Isabel procurava organizar sua rotina de acordo com os horários dos filhos. Todos acordavam cedo porque às 5h30 as crianças saíam para a escola. Depois que os filhos saíam, ela estudava até às 7h (para o doutorado) e depois ia para a universidade. Como morava a

menos de cinco minutos da universidade conseguia almoçar todos os dias com os filhos entre 13h e 14h e, antes de retornar para o trabalho, deixava as crianças dormindo aos cuidados das babás (eles dormiam depois do almoço todos os dias).

Quando conheci Teresa, ela fazia o segundo ano de residência em Cirurgia Geral. Por uma série de questões que fugiram a seu controle sua trajetória na residência foi cheia de acidentes e interrupções. Primeiro, o serviço do hospital do SUS no qual fazia residência foi descredenciado junto ao MEC e ela precisou ser transferida para um hospital de clínicas de uma universidade pública<sup>221</sup> e, depois, ela ficou grávida no final do R1. Teresa já vinha enfretando uma série de problemas de adaptação ao novo programa de residência e a gravidez inesperada agravou ainda mais a situação. No diálogo que se segue ela fala um pouco sobre esses problemas.

R- Eu fico pensando como é que foi quando eles souberam que você estava grávida.  
 T- Nossa! A professora Ana Maria falou muita coisa. Ela ficou falando muita coisa. Tanto que foi assim, foi a gota d'água. Porque até então, eu falava "entra num ouvido e sai pelo outro", sabe, porque não adianta [diante dos diferentes tipos de assédio sofridos durante o R1]. [...] tanto que eu fui lá, falei e aí o Dr. Sebastião falou: "Não. Pode deixar que eu resolvo isso com ela. Vou conversar". Tanto que depois mudou. Mudou. Da água para o vinho.  
 R- Mudou a postura com você?  
 T- É.  
 R- O tratamento...  
 T- Tudo. Era coisa de eu falar "Bom dia" e a pessoa não responder. A Dra. Ana Maria não respondia. E agora ela me deu os parabéns. Coisa assim que ela nunca faria.  
 R- Parabéns pelo bebê?  
 T- É [sorrindo]. Ela não faria isso antes. Ela não me respondia. Nem falava comigo no corredor. E quando falava, me agredia. Então, é totalmente diferente agora.  
 R- E tem licença maternidade? Como que funciona isso?  
 T- Antes a licença maternidade era via INSS aí mudaram para o hospital que te paga. Só que eu também fico sem porque eu não tenho... E, na verdade, eu nem consegui entrar no INSS... foi assim; eu tentei... Foi uma confusão (fragmento da entrevista realizada com Teresa, R2 de Cirurgia Geral).

Assim como Isabel, Teresa também teve uma gravidez não planejada durante a residência, enfrentou problemas de saúde e precisou entrar de licença para evitar que o filho nascesse prematuramente. Ela conta alguns detalhes sobre isso.

T- Como a escala foi feita pra eu ter férias em novembro-dezembro e ter plantões em fevereiro, quando eu não estaria de férias, o que é que eu fiz: peguei todos os plantões de fevereiro, de janeiro, porque eu estaria no final da gravidez, de dezembro, que no final de dezembro eu tinha plantão. Então, assim, desde o dia 18 de novembro em diante eu não teria mais nenhum plantão porque eu fiz todos os plantões antes.  
 R- Grávida, né...  
 T- Só que como eu fiz muitos plantões aí eu entrei em trabalho de parto prematuro.  
 R- Você trabalhou muito...

<sup>221</sup> Trato dos detalhes desse processo de transferência entre as páginas 260 e 262 desta tese.

T- Aí eu tive que sair de licença. Aí eu saí de licença no final de novembro. Fiquei novembro, dezembro, janeiro. Aí eu tive ele em fevereiro. Aí acabou que eu perdi três estágios, né. Que é o da torácica, que eu ia adiantar. Porque eu comecei a torácica, mas eu tive que sair. E perdi também os dois estágios da gastro. Aí eu vou ficar 4 meses de licença. Aí eu volto para fazer esses 3 estágios, faço meu TCC, e aí que eu formo.

R- Que bom. Que bom. Você vai poder voltar e terminar tudo.

T- É. Mas eu não queria voltar [fala bem baixinho, triste]. Sério.

R- Você não queria voltar agora, né.

T- Na verdade eu queria ter finalizado logo. Fica enrolando. Estou desde 2011 fazendo residência (fragmento da entrevista realizada com Teresa, R2 de Cirurgia Geral).

A estratégia de adiantar os plantões para poder ficar mais tranquila no final da gravidez foi comum às trajetórias de Teresa e Isabel, no entanto, nos dois casos, a sobrecarga de trabalho levou ao trabalho de parto prematuro.

Depois da entrevista não conversei mais com Teresa, mas ela me falou que com a gravidez e o nascimento do filho acabou mudando os planos da subespecialização cirúrgica que faria após terminar a residência em Cirurgia Geral. Antes, ela pensava em fazer residência em cirurgia do Trauma. No diálogo que se segue falamos sobre isso:

R- E o que que você pensa em fazer depois que terminar?

T- Ah, fazer um R3 mais tranquilo. Cabeça e pescoço, alguma coisa assim.

R- O fato de ser mãe, agora, fez você mudar de ideia com relação a isso?

T- Ah, fez [dá uma risadinha]. Porque imagina você entrar de manhã numa cirurgia oncológica que vai durar umas oito horas. Você tem casa, tem um monte de coisa pra fazer [rindo], muita coisa [dando ênfase no tom de voz].

Em alguns sentidos a história da gravidez de Marcela é um pouco parecida com a de Isabel e de Teresa porque ela também não esperava ficar grávida e também teve problemas de saúde na gravidez.

R- Como que é essa história? Porque até agora a pouco, no início da nossa conversa, eu achava que você não era mãe [no início de nossa conversa ela me deu a entender que não queria ter filhos].

M- Ah, não. Eu tenho dois filhos.

R- Você teve filhos! Em que momento da tua vida você teve filhos?

M- Na verdade, é assim: eu não planejava ter filhos. Não fazia parte dos meus planos ter filhos. Porque eu achava, eu tinha essa ideia: era muito difícil, era muito complicado. Como eu queria me dedicar à cirurgia... quando eu engravidei da minha primeira filha eu tinha uma viagem. Eu cancelei a viagem, mudei, resolvi ter. Trabalhei, na primeira gravidez até uma semana antes de nascer porque eu queria ter parto normal.

R- Operando esse tempo todo...

M- Direto. Sem parar, sem parar. Vida ativa, operando normal, volume cirúrgico normal. Trabalhando aqui o dia inteiro (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Marcela, cirurgiã cardiovascular e docente).

Marcela já havia terminado a residência há quatro anos e era cirurgiã assistente em um hospital da rede privada na época em que ficou grávida, em 1997. Após o nascimento

da filha, ela teve uma complicação de saúde (trombose venosa), mas mesmo assim voltou a trabalhar um mês após o parto. O problema se agravou quando, cinco meses depois do nascimento da filha, ela engravidou novamente.

M- Cinco meses depois eu engravidei de novo [pausa, como se estivesse refletindo sobre o assunto].

R- Você levou um susto!

M- Não planejada. Levei um susto, mas tudo bem. Já que veio um, vamos ter dois, tudo bem. Aí, na segunda gravidez foi um pouco mais complicado porque eu tinha tido a trombose venosa, minha perna ficou deformada. Abriu minha sínfise púbica, eu tive arritmia cardíaca, eu tive tudo o que você pode imaginar. Eu sei que, depois que o meu filho nasceu, um mês depois, eu voltei a trabalhar (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Marcela, cirurgiã cardiovascular e docente).

O rápido retorno ao trabalho após o parto também foi uma situação vivenciada por Ludmila, mãe de um menino que, por ocasião da entrevista, tinha quatro anos. Voltou a operar vinte e cinco dias após o parto. Essa necessidade de voltar a trabalhar com um mês, ou menos, do nascimento dos filhos parece ter a ver com o tipo de vínculo trabalhista que a cirurgiã tem com o serviço ao qual está ligada. Um dos serviços em que Ludmila trabalha é um hospital da rede privada que atende pacientes particulares ou de convênios elitizados. Ela faz parte de uma equipe médica que não tem vínculo empregatício com o hospital<sup>222</sup>. Ludmila não queria voltar ao trabalho tão cedo após o nascimento do filho, mas não teve opção. Precisou voltar porque o marido, que também era cirurgião cardiovascular, tinha que participar de um congresso no exterior e havia muitos pacientes para serem operados pela equipe.

Diferente de Isabel, que podia ir para casa para amamentar os filhos, Ludmila morava longe do hospital, em uma metrópole com trânsito intenso, e precisou complementar a amamentação desde o primeiro mês de vida do bebê. Ela amamentava de manhã, na hora do almoço e à noite. Nos intervalos entre essas mamadas, o bebê era alimentado por mamadeira com leite especial para recém-nascidos.

A dinâmica dos primeiros dias de vida do bebê e a fase inicial da amamentação pode ser um período doloroso e de muita ansiedade para qualquer mãe. Para Pietra, o fato de não conseguir amamentar, aliado ao fato de ter que cuidar de um bebê 24 horas por dia a deixou física e emocionalmente vulnerável. A seguir transcrevo o que ela relatou sobre esse período:

---

<sup>222</sup> A equipe aluga as dependências do hospital para realizar as cirurgias e cada membro da equipe recebe uma porcentagem do pagamento pela cirurgia de acordo com sua participação ou seu status na equipe. Normalmente, nesses casos, a equipe médica é formada pelo(a) cirurgião(ã) principal, o(a) cirurgião(ã) assistente e o(a) anestesista.

P- O primeiro filho foi meio estresse, assim. Aí... aquele negócio de amamentar, não consegui amamentar também, Rebeca.

R- Dói demais, né, no começo?

P- Nossa! Machucou tudo, eu não conseguia amamentar, ela começou a perder peso. Foi um estresse, um estresse. Daí, arrumei uma máquina porque eu não queria dar mamadeira. Porque eu falei: ‘Se eu começar a dar mamadeira aí que eu não vou conseguir mesmo que eu amamente’. Aí eu arrumei uma máquina pra tirar meu leite. Era a hora da fazenda. Ficava eu com aquele negócio ‘to,to,to,to’ tirando leite [nós duas começamos a rir]. Aí, o que aconteceu? Junto com tudo isso daí, eu, particularmente, projetei muito aquele negócio de mãe, de amamentar. Então, a hora que eu vi que eu não conseguia amamentar eu comecei a falar: ‘gente, eu não nasci pra ser mãe, né’. Então, tudo o que eu fazia, eu achava que estava errado. Eu comecei a entrar em uma neurose. Eu não sei se chegou a ser depressão, mas deu uma bela de uma desanimada, sabe. Eu passava de pijama o dia inteiro, não tinha vontade de tomar banho... Sabe, não tinha estímulo pra fazer nada. Chegava até a me dar um pouco de irritação, sabe. De ficar com a neném as 24 horas por dia. Aí, a hora que a neném acordava chorando eu falava: ‘Putz, agora já é hora de amamentar’. Já me vinha na cabeça a dor, que eu não ia conseguir (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Pietra, cirurgiã pediátrica).

A “desanimada” a que se refere parece ter sido depressão pós-parto e Pietra precisou fazer tratamento com uma psicóloga para conseguir sair daquela situação chamada por ela de “areia movediça”. Ela sempre foi cética com relação a tratamentos psicológicos, mas foi obrigada pelo marido a procurar ajuda psicológica para a situação em que se encontrava. Foi para a primeira consulta contrariada, mas depois, com o passar das sessões, passou a gostar. Pietra conta como foi essa experiência:

P- Mas foi muito bom porque ela me fez enxergar muita coisa. No final da análise ela falou: ‘Pietra, tudo isso que você está sofrendo, que você está sentindo, é excesso de amor. Você não está falhando em nada. É que você quer ser tão perfeita, tão... Acertar tanto em tudo, que você está se punindo por uma coisa que não está acontecendo’. Então ela começou a me mostrar o outro lado. Aí depois foi para o lado do trabalho, nã,nã,nã... Aí foi super bom. Eu achei. Aí eu saí daquela areia movediça que eu estava e comecei a ver, comecei a ter prazer no fato de ser mãe porque até então, eu não estava tendo nenhum. Eu estava achando um negócio horróroso, horróroso. Eu falei: ‘O que é isso? Só eu me dou, me dou, me dou? É não vem nada em troca?’ E... tanto que... oh... meu marido começou a por tela no apartamento [rindo] porque ele tinha medo de largar eu sozinha aqui com a bebê no começo. E eu me achava uma inútil porque eu falava: ‘gente, eu não estou produzindo nada, eu não estou fazendo nada’. Porque você está acostumada com esse ciclo de correria de um lado para o outro, de um lado para o outro.

R- De repente você está em casa cuidando de um bebê que só chora...

P- Não. E quanto mais chorava mais eu achava que eu estava errando. Então foi difícil (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Pietra, cirurgiã pediátrica).

Diferente de Marcela e Ludmila, que tiveram que voltar a trabalhar um mês após o nascimento dos bebês, Pietra só voltou a trabalhar após o cumprimento dos quatro meses da licença maternidade, mas esse período de adaptação à maternidade foi muito difícil para ela.

A experiência de frustração com a maternidade vivenciada por Pietra é um exemplo de como o mito da idealização da mãe perfeita, pode ter um desdobramento negativo

sobre a saúde física e psicológica das mulheres que se tornam mães. Baseada no modelo daquilo que ela entendia serem atributos de uma boa mãe, Pietra estava se sentindo a pior das mães, principalmente porque não conseguiu amamentar sua filha no peito.

No livro intitulado “Um amor conquistado: o mito do amor materno”, Badinter (1985) desvenda a forma como, ao longo da história, e mais especificamente, ao longo dos séculos XIX e XX foi-se construindo a imagem da naturalização do instinto maternal. Sob a influência do discurso moralizador herdado de Rousseau a imagem da mãe ideal propagada no século XIX era aquela da mulher que se doava à maternidade como a um sacerdócio. Em nome do bem-estar da criança e da família, as mães deveriam viver o dom da maternidade com resignação e doação pessoal. Doação do tempo, do corpo e da vontade.

Feita para sofrer e gostando disso, a mulher não pode encontrar melhor ocasião de exercer seus dons do que na maternidade. O papel de esposa, muito necessário, não bastará à plena realização de sua feminilidade. Para que uma mulher cumpra a sua vocação, é preciso que seja mãe, não como outrora, de maneira esporádica e irregular, mas constantemente, vinte quatro horas por dia (BADINTER, 1985, p. 249).

Segundo Banditer (1985, p.295), no século XX o discurso da mãe ideal de Rousseau foi reforçado sob a influência do discurso médico da psicanálise de Freud. Os meios de comunicação de massa como o rádio e os periódicos de grande circulação veiculavam amplamente entrevistas e reportagens médicas sobre os cuidados que a mãe deveria ter com a criança em todas as fases do seu desenvolvimento. “Todos os gestos da mãe foram objeto de recomendações” (BADINTER, 1985, p. 310). Estaria sob a responsabilidade da mãe a felicidade presente e futura da criança. A não observância das orientações poderia resultar em comprometimento no desenvolvimento físico, mental e psicológico da criança e do futuro adulto.

O inconsciente feminino de diferentes gerações de mulheres foi marcado com o imaginário de que a mulher “normal” teria um “destino biológico”: a maternidade. Maternidade, que por sua vez, revelaria toda a “natureza feminina” presente na gravidez, na amamentação, no cuidado e educação dos filhos. “Ao mesmo tempo em que se exaltavam a grandeza e a nobreza dessas tarefas, condenavam-se todas as que não sabiam ou não podiam realizá-las à perfeição. Da responsabilidade à culpa, foi apenas um passo” (BADINTER, 1985, p. 346).

O pensamento sobre a mulher “normal”, aquela que cuida dos filhos com devoção vinte e quatro horas por dia, foi rápida e amplamente disseminado. Mas, o que dizer daquelas mães que precisam voltar ao trabalho logo após o parto? Essas, distanciando-se do papel da

boa mãe, já se viam como mães más desde os primeiros dias de vida dos filhos. Ao mesmo tempo em que a imagem da boa mãe, da mãe ideal, exaltava a nobreza da maternagem de algumas, condenava muitas outras ao sentimento de culpa e incapacidade. Para aquelas que não podiam, ou não conseguiam, a incapacidade de amamentar ao peito era uma das situações que mais causavam sentimento de culpa. O aleitamento materno era propagado como a primeira prova de amor da mãe pelo filho.

Assim como pudemos observar na entrevista de Pietra, no livro “Elogio às mães más”, Serrurier (1993) adverte que o mito da mãe perfeita continua presente no inconsciente das mulheres contemporâneas. O sentimento de culpa e o sentimento de impotência vivenciados por Pietra também foram observados em algumas das mulheres entrevistadas Serrurier (1993). Essas mulheres se culpavam por não conseguirem reproduzir em sua relação com os filhos os sentimentos (ou as atitudes) valorizados socialmente como adequados a uma boa mãe.

Os relatos sobre a gravidez e o nascimento dos filhos demonstraram que, para as quatro cirurgiãs mães, a experiência da maternidade foi acompanhada de dúvidas e dramas pessoais. Isabel e Marcela passaram pela experiência de duas gravidezes não planejadas com um espaço de tempo de poucos meses entre uma gravidez e outra. Pietra planejou cuidadosamente o nascimento dos filhos, mas nem por isso deixou de passar por problemas após o parto. Para todas elas a conciliação foi difícil e complicada, mas parece que Pietra teve mais dificuldade para lidar com a situação.

## **9.2 O cuidado com os filhos e a conciliação com a vida profissional**

Uma das questões abordadas por Bruschini (2007) na pesquisa que realizou sobre trabalho e gênero no Brasil foi sobre o crescente aumento da inserção no mundo do trabalho de mulheres altamente escolarizadas que ocupam profissões de prestígio. Embora tenham condições econômicas para contratar empregadas domésticas, as mulheres trabalhadoras das camadas economicamente privilegiadas também se ocupam de afazeres domésticos<sup>223</sup>, principalmente com aqueles referentes aos cuidados com os filhos pequenos, o cuidado com os idosos, a organização da casa e a supervisão dos trabalhadores domésticos. Independente da classe social as mudanças geradas pela inserção feminina no mundo do trabalho, não

---

<sup>223</sup> A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) considera afazeres domésticos as seguintes atividades realizadas no domicílio de residência, dentre outras: arrumar ou limpar a moradia; cozinhar, preparar alimentos e lavar a louça; lavar e passar roupa; limpar quintal e adjacências da casa; fazer serviços de jardinagem, como cortar grama e outros; cuidar de filhos ou de idosos; orientar ou dirigir a execução de tarefas domésticas por parte dos empregados domésticos (BRASIL, 2014b, p. 26).

eliminaram as condições de desigualdade entre homens e mulheres, no que diz respeito às responsabilidades pelos afazeres domésticos (BRUSCHINI, 2007, p. 570 e 571).

A problemática das desigualdades entre homens e mulheres no uso do tempo para a realização dos afazeres domésticos<sup>224</sup> é uma questão complexa na qual não irei me aprofundar nesta pesquisa, mas vale ressaltar que falar sobre o cuidado com os filhos implica falar sobre afazeres domésticos, já que essa é a atividade doméstica que mais consome o tempo das mulheres. Tanto daquelas que exercem trabalho remunerado no setor formal quanto daquelas que exercem trabalho não remunerado no âmbito familiar (BRUSCHINI, 2007, p. 545).

Neste segmento do texto procuro abordar a (nem sempre equilibrada) relação entre o cuidado com os filhos e a vida profissional. A seguir reproduzo um pouco de minha conversa com Isabel quando ela falava sobre seus afazeres como dona de casa e mãe:

R- Você falando dos teus filhos, da época em que eles eram pequenos, parece assim que...

I- Foi tudo fácil [ela termina minha frase dando uma gostosa gargalhada].

R- É...

I- Olha... uma coisa assim, eu sempre fui muito metódica. Por exemplo, se você me perguntar: ‘como que você fazia supermercado?’ Eu fazia por telefone. Eu criei o amélia.com. Eu falo que eu fui a idealizadora. Eu fui no Carrefour, expliquei pra eles, na verdade, não era o Carrefour grande, era menor. Eu tinha um açougue que a cada quinze dias ele levava pra mim a carne fatiada, temperada, em saquinhos plásticos. Eu tinha uma lavanderia que vinha buscar todas as roupas pra mim.

R- Mas você que organizava isso tudo... não eram as tuas funcionárias? Elas cuidavam das crianças. Mas tinha uma que cuidava da casa, que era a governanta?

I- Não, não. Eu que cuidava dessa parte. Depois, quando eles entraram na fase escolar, que sujavam muita roupa eu contratei uma terceira empregada que só cuidava da roupa. Isso foi quando o meu pai veio morar comigo. Foi quando a minha mãe faleceu meu pai veio pra cá. Então... no supermercado eu mandava a lista e eles mandavam as compras. Eu mandava a lista por fax, naquela época não tinha e-mail.

R- Mas até pra fazer a lista demora...

I- Não. Imagina! Eu tinha uma lista de molde, aí eu só marcava um X era tudo muito organizadinho. Eu tinha suporte de mercado, de açougue e lavanderia. E da horta de um senhor japonês. Toda quarta-feira ele traz pra mim. Ele é até hoje o meu fruteiro, meu quitandeiro. Ontem ele trouxe tanto pepino que eu dei até para os guardas lá da rua. Ele traz verdura fresca, sem agrotóxico, mas é o que dá. Então, assim, é o mês do pepino, o mês da rúcula, mas é gostoso.

R- Você mora aqui perto?

I- Moro. Eu moro a um minuto daqui. Eu nunca morei longe do hospital. Por causa disso. Porque se precisasse de qualquer coisa como fazer? Às vezes eu tinha um espaço entre uma cirurgia e outra e eu corria em casa resolver problema de encanador (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com a gastrocirurgiã e docente Isabel).

<sup>224</sup> Sobre essa problemática ver as pesquisas de Soares (2008); Dedecca (2007).

A alta escolaridade de Isabel e a profissão que exerce como cirurgiã não a liberaram do trabalho doméstico<sup>225</sup> quando era mais jovem e nem, tampouco, a liberam do trabalho doméstico atualmente, quando já não tem mais nenhum dos filhos morando com ela. A sua atuação é principalmente forte no trabalho doméstico que tem a ver com o cuidado com as crianças e com os idosos. Hoje ela é a principal responsável pelo cuidado com o pai, um idoso de 92 anos que está se recuperando de um acidente vascular cerebral. Ela leva o pai para fazer exames e para fazer consultas médicas. É ela também quem leva o pai para cortar o cabelo.

No caso de Isabel, desde o início do casamento ela tomou para si toda a carga de responsabilidade com a vida doméstica e não permitiu que o marido dividisse com ela essas responsabilidades. Ela conta:

I- Teve uma hora que eu cansei porque eu percebi que eu não tinha dado espaço para o meu marido cuidar das coisas. Elda começou a fazer uma parte: ‘ah, não, mãe, deixa que eu vou no supermercado’. Até marcar consulta médica para o meu marido era comigo.

R- Então você fazia tudo. Em relação ao serviço de casa ele ficava tranquilo com isso.

I- Nada. Ele não fazia nada, nada, nada. Até a construção quem tocou fui eu (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com a gastrocirurgiã e docente Isabel).

Isabel é a mais velha dentre as cirurgiãs/mães entrevistadas e sua atitude de resignação e aceitação com relação à sobrecarga de trabalho doméstico que pesa sobre si parece não ser compartilhada pelas mulheres das gerações mais novas<sup>226</sup>. Pietra, uma das cirurgiãs entrevistadas que é mãe, diz que se o marido não assumisse a maior parte da carga de trabalho doméstico, principalmente, no cuidado com os filhos, ela jamais teria tido o segundo filho.

Ramon, o marido de Pietra, parece representar uma nova geração de marido e pai<sup>227</sup>. Ramon é delegado de polícia e, por causa da função que ocupa, tem os horários de

---

<sup>225</sup> As variáveis classe social e nível de escolaridade são determinantes para o tipo de trabalho doméstico realizado por homens e mulheres, mas independente dessas variáveis, a carga de trabalho semanal das mulheres cônjuges com filhos pequenos supera a dos homens em todos os estratos sociais. O tempo de trabalho semanal dedicado a afazeres domésticos pelas mulheres cônjuges é, em média, duas vezes e meia maior do que o dos homens cônjuges (SOARES, 2008, p. 12).

<sup>226</sup> Corroborando essa visão de que nas gerações mais jovens tem havido uma maior participação masculina no trabalho doméstico, pesquisas recentes têm apontado para indícios de mudanças na forma como homens e mulheres das gerações mais jovens pensam e agem com relação à execução dos afazeres domésticos. Segundo Bruschini e Ricoldi (2012, p. 260), essas mudanças teriam “impacto relevante sobre a articulação entre a família e o trabalho e as possibilidades que as mulheres teriam no mercado de trabalho”.

<sup>227</sup> Ao analisarmos as trajetórias dessas cinco cirurgiãs que são mães não podemos deixar de observar que estamos lidando aqui com quatro gerações diferentes de mulheres. Talvez essa seja uma variável importante para

trabalho bastante flexíveis. Ela precisa bater o cartão nos hospitais onde trabalha, ele não tem hora para entrar ou para sair do trabalho. Em casos de necessidade, como já aconteceu, é ele quem fica em casa para cuidar dos filhos. Ele pode entrar no trabalho mais tarde e até coordenar sua equipe de trabalho por telefone. Mas Pietra fala que não basta ter disponibilidade de tempo, é preciso querer, é preciso gostar. Ela conta como é a participação do marido nos cuidados com as crianças:

P- Tem o fator que ele gosta também. Óbvio. Que não basta só você ter o tempo também, sem gostar. Eu não conheço um pai mais presente do que ele. Não existe. Quando nasceu o segundo, mais ainda. Ele tirou férias pra ficar com a Analy. Porque a Analy, até o Jean nascer, era tudo o pai, tudo o pai, tudo o pai. Aí, quando o Jean nasceu... O começo também foi aquela mesma coisa. Não foi tão intenso como no da Analy, mas também não consegui amamentar. Mas aí eu já estava mais preparada. Eu falei: 'Se eu não conseguir, não vai morrer. A outra não morreu [Rebeca rindo], eu sei que não vai morrer. Vai dar tudo certo'. Não precisei ir pra terapia de novo. Eu já me virei. Mas aí, depois, a gente foi se dividindo, né. E hoje em dia ela é muito grudada em mim. Tanto que ontem ela foi embora chorando, né. Porque ela queria que eu fosse junto. Mas ele, super, total. Eu fico tranquila. Tem mãe que não fica, né: 'Ai, tá com o pai!' Fica toda tensa. E fica ligando. Eu... pra mim, tá com ele, eu fico tranquila. Eu fico mais tranquila quando está com ele do que quando está com a avó. Ele é 100% assim. Ele é meu braço direito, esquerdo, é tudo.

R- E ele te apoia na profissão?

P- Apoia, ajuda, incentiva. Sabe, na época do meu mestrado, que estava quase não saindo, ele que falou: 'Pietra, tira férias, tira férias'. Porque eu tirei 15 dias de férias pra terminar de estudar. Eu precisava estudar para a aula, né. Porque eu já tinha tudo, já estava impresso, tudo. Só faltava a apresentação. Vai, tira férias, vai para o apartamento da minha irmã, fica até a hora que você quiser, eu dou banho nas crianças, eu dou janta. Então, sabe? Tem aquele negócio: por trás de todo grande homem tem uma grande mulher. O meu é o contrário. Por trás de uma grande mulher tem ele. Porque se eu não tivesse ele eu não conseguiria. Escola? Eu não levo nenhum dia. É assim: eu arrumo a malinha e ele que leva e ele que busca. Todos os dias. Tanto que quando conseguimos ir os dois juntos... A cada quinze dias, às vezes eu consigo sair mais cedo, e vamos nós dois juntos.

R- É uma festa para as crianças.

P- A minha filha quase morre: 'Ai mamãe, adorei que vieram vocês dois buscar hoje'. Sabe? Então, é novidade quando vão os dois.

R- E reuniões de pais?

P- A grande maioria vai ele. Mas as poucas que eu fui coincidiram com as minhas férias também. E tem muitos pais indo também. Eu vi que tinha muitos pais. Aí eu fiquei mais tranquila também. Porque eu achava que era eu a única alienígena que só mandava o pai [Rebeca rindo], mas não. Eu vi que tinha muitos pais indo. Aí eu me

---

analisarmos, por exemplo, o envolvimento do marido de Pietra no cuidado com os filhos pequenos. Bruschini e Ricoldi (2012) realizaram uma pesquisa sobre a participação masculina no trabalho doméstico, no cotidiano familiar e no cuidado com os filhos pequenos. Na pesquisa foram analisados dados quantitativos a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio e dados qualitativos obtidos através de discussões em grupos focais. As variáveis mais significantes para o que as pesquisadoras chamam de o "novo modelo" de distribuição dos arranjos entre homens e mulheres na participação dos afazeres domésticos foram a idade, a escolaridade e a renda. Na pesquisa, a combinação de maior renda, maior escolaridade e menor idade resultou em maior participação nos afazeres domésticos para os homens e menor participação para as mulheres. Esse "novo modelo" seria aquele em que as tarefas domésticas são divididas e realizadas de forma igualitária entre o casal e, não mais, o modelo que coloca sobre a mulher a maior responsabilidade por essas tarefas (BUSCHINI e RICOLDI, 2012, p. 268, 269, 270).

senti mais normal. E, na porta da escola, as poucas vezes que eu vou também, tem muito pai indo buscar. Acho que os tempos estão mudando (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Pietra, cirurgiã pediátrica).

Nos finais de semana em que Pietra está de plantão, o marido dela pega as crianças (uma menina de três anos e um menino de um ano) e vão todos para a casa da mãe dele, que mora em uma cidade próxima.

Ontem, por exemplo, que eles foram para a casa da minha sogra, a minha filha saiu chorando de casa. ‘Mãe, vem passear com a gente, vem passear com a gente’. Aí hoje já esqueceu, né? Já ligou pra mim ontem à noite. Então é assim, o tempo é pequeno, mas tenho que fazer com que tenha qualidade, né? O tempo que eu passo com eles. Então, a gente sacrifica assim. Tenta pegar, coincidir todos os plantões num só (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Pietra, cirurgiã pediátrica).

Um domingo, quando eu acompanhava Pietra em um de seus plantões, estávamos no hospital à espera dos exames de um bebê que estava em observação, quando o marido dela mandou uma mensagem com um vídeo dos filhos brincando na piscina. Ela me falou que fica bem tranquila quando está de plantão porque sabe que as crianças estão bem cuidadas. Nos finais de semana em que não está de plantão, Pietra e o marido levam as crianças para andarem de bicicleta em um parque que fica perto da casa deles. Ela me diz que ela e o marido gostam de praticar esportes e fazer atividades em meio à natureza.

Ludmila também tem um filho pequeno (de 4 anos), mas, diferente de Pietra, ela já é uma cirurgiã com carreira consolidada e consegue organizar sua rotina diária de tal forma que não precise fazer plantões nos finais de semana e nem à noite. Além disso, muitas vezes Ludmila opera junto com o marido, que também é cirurgião cardiovascular, e já aconteceu de ele a “dispensar” mais cedo da cirurgia para ela ir para casa ficar com o filho. Esse parece ser o tipo de “ajuda” do marido de Ludmila no cuidado com o filho.

Dentre os maridos das cirurgiãs que são mães, apenas o marido de Pietra tem uma participação intensa no cuidado com os filhos. Trata-se de um caso isolado a partir do qual não se devem fazer generalizações. Mas a comparação da experiência relatada por Isabel com a experiência relatada por Pietra me leva a fazer o seguinte questionamento: seria o caso de estarmos presenciando um efeito geracional importante? Não dá para responder a essa pergunta no âmbito desta pesquisa, mas fica a questão.

### 9.3 Redes de apoio: babás, parentes, cônjuge e escolas de educação infantil

A contratação de babás é uma importante estratégia de apoio para as cirurgiãs/mães que têm crianças pequenas. A estratégia de Isabel para ter alguém de confiança no cuidado de seus dois primeiros filhos enquanto ela estava no hospital foi contratar uma babá com formação pedagógica. Com o nascimento do terceiro filho, Isabel contratou uma segunda pedagoga como babá. Pagava quatro salários mínimos para cada uma delas, mas conta que valeu a pena porque as crianças gostavam muito delas e, além de brincar com as crianças e ensiná-las como se comportarem, as babás ajudavam com as tarefas escolares. As duas dormiam na casa de Isabel e se revezavam nos finais de semana. A partir de 1998, quando passou a não dar mais plantões aos sábados, Isabel dispensou as babás de trabalharem nos finais de semana e aproveitava esses dias para viajar com os filhos para a casa da sogra que ficava na praia. Uma das babás trabalhou com Isabel por 18 anos.

No dia em que fiz a entrevista com Ludmila, na casa dela, conheci também o filho e a babá, uma moça de aproximadamente 23 anos. Mesmo nos dias em que Ludmila chega mais cedo em casa, como no dia em que fizemos a entrevista, quem vai buscar o filho dela na escola é a babá. Também é a babá quem o acompanha no *playground* do condomínio para brincar. O filho de Ludmila estuda em uma escola de período integral e chega em casa por volta das 16 horas.

Desde os quatro meses de idade os filhos de Pietra frequentam uma escola de educação infantil em período integral, que fica próxima à casa deles, em um bairro residencial de classe média alta. Por ser uma escola pequena e com poucos alunos, a relação de Pietra e Ramon com as professoras e com a direção da escola é muito próxima, apesar de ser Ramon o principal responsável pela comunicação com a escola. A profissão de Pietra a impede de estar disponível para receber ligações da escola. Ela conta um pouco sobre isso:

É uma escola pequena, sabe. Então, todo mundo se conhece. E... qualquer coisinha um pouquinho mais... Igual, outro dia o Jean caiu, ligam, sabe. Agora, eu não ligo mais pra escola eu ligo: 'Ramon...' Porque eu também já pedi, né. Uma vez ligaram da Analy e eu estava no hospital sozinha para operar duas crianças. Me ligaram que ela estava com febre. Rebeca... coitadas daquelas crianças que eu operei. Eu demorei três vezes mais de tempo pra operar, eu não conseguia me concentrar. Eu não via a hora de acabar pra eu ver o que estava acontecendo com ela. Aí eu já mandei escrito: 'Por favor, quando tiver algum recado pra dar, liga para o meu marido. Não ligue pra mim'. Porque eu me senti totalmente negligente naquele dia. Não tinha que ter operado ninguém, não tinha que ter feito nada. Tinha que ter parado. Graças a Deus não aconteceu nada, mas eu vi que me transtornou aquilo. Eu não tive a capacidade de lidar com a informação. Então, eu falo: 'Liga primeiro para o meu marido'. Se é um negócio mais sério, eu sei que ele vai me ligar. Aí nunca mais me ligaram. Aí quando me ligam, às vezes eu atendo: 'Ai, Pietra, desculpa, desculpa, ligamos errado'. Elas falam [nós duas rindo]. Mas eu falo: 'Não é sempre que eu posso

atender. É melhor vocês ligarem para o meu marido porque às vezes eu estou operando e não vou poder atender. E vocês vão ficar lá esperando alguma decisão e eu não vou poder tomar. Fala com ele'. Então, direto elas ligam pra ele. E hoje em dia não. Eu não sofro mais não. E assim, ainda tem os avós, a tia, que a gente pode recorrer (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Pietra, cirurgiã pediátrica).

Marcela também optou por uma escola de período integral para os filhos. A opção por uma escola integral reduz o tempo que estariam aos cuidados da babá, mas mesmo assim Marcela tem uma babá que mora com ela há quatorze anos.

Os quatro filhos de Isabel estudaram na mesma escola desde a Educação Infantil até o Ensino Médio. “Então, tinha a dona Maria que era a coordenadora. Ela foi a mãezona deles lá. Eles falam: ‘Mãe, a gente odiava aquela mulher’ [Isabel conta e ri gostosamente]. Aí ela cuidava deles. Eu tinha uma governanta, lá”. Se tinha uma coisa que ressentia Isabel quando as crianças eram pequenas era não poder ir às reuniões de pais na escola. Às vezes, quando era possível, a coordenadora marcava uma reunião especialmente para ela às 7h da manhã. Mas as reuniões que aconteciam nos horários em que ela estava no hospital não dava para ir. Como é comum em famílias com muitos filhos, os mais velhos cuidavam dos mais novos e, nas reuniões do irmão mais novo quem representava a mãe era a filha Elda. Uma vez ela teve o seguinte diálogo com o filho caçula: “quem foi a minha mãe foi a Elda [Isabel imita voz de criança], você não ia nas minhas reuniões. Eu dizia: ahan, Elda que pagou sua escola, Elda que ficava com você quando você estava doente...” (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com a gastrocirurgiã e docente Isabel).

#### **9.4 Circunstâncias adversas**

Nem todas as situações podem ser controladas ou previstas da forma como gostariam. As cirurgiãs que entrevistei me relataram diversas situações de tensão e conflitos na família como doença dos filhos, incompreensão dos filhos pela ausência da mãe e conflitos conjugais. Situações que as deixavam emocionalmente vulneráveis e abaladas.

Durante a entrevista com Isabel houve momentos de boas risadas, mas também houve momentos em que ela se emocionou e chorou ao lembrar das situações difíceis pelas quais passou. Isabel tentava controlar, mesmo que à distância, tudo o que acontecia com os filhos. Quando viajou para os Estados Unidos por três meses para fazer um treinamento em

transplante de pâncreas ela tentava monitorar por telefone ou por BIP<sup>228</sup> tudo o que acontecia em casa. Ela conta:

Só pra você entender, quando eu fui para os Estados Unidos Elda tinha três anos. Eu passei três meses fora. Eu gastei de telefone... Vamos dizer que se eu paguei o bilhete de passagem mil dólares, eu gastei cinco mil de telefone. Porque era assim: 'Isabel, você sabe onde está minha carteira de identidade? Eu não acho minha carteira de motorista'. Aí um dia eu liguei de noite... eu esperava para ligar entre dez e meia noite. Aí: 'mãe, tem um problema... a Elda vomitou'. O Patrick era o repórter do dia. Ele falava: 'teve um problema de matemática que eu não consegui resolver'... Aí eu ajudava ele a resolver por telefone. Eu já sentava no chão porque eram duas horas, duas horas e meia no telefone, todos os dias [fala pausadamente para dar ênfase]. O dia que tinha transplante eu ligava depois. Eles deixavam recado no BIP. A gente usava BIP... Essa história do BIP foi engraçada. A Elda disse: 'mãe, o Pablo pegou minha borracha'. Eles me contavam todas as brigas pelo BIP. Aí ficou pelo BIP, depois pelo Fax, porque era todo dia. Aí você ligava pra central, né? 'A doutora Isabel tem alguma mensagem?' 'Tem sim: o seu filho Pablo disse que perdeu a borracha e precisa de uma borracha nova [nós duas rindo muito]' (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com a gastrocirurgiã e docente Isabel).

Nesses três meses em que ficou fora do Brasil em estágio de estudos, a sogra foi um braço forte para Isabel. As duas eram muito amigas e nos meses em que esteve fora a sogra ficou na casa de Isabel com as crianças. Houve também outra ocasião, quando foi fazer outro treinamento no exterior, que a sogra de Isabel veio novamente ficar com os filhos dela. Na época dessa segunda viagem, sua filha Elda, com 14 anos, precisou passar por uma cirurgia de apêndice de emergência. Só contaram para Isabel sobre a cirurgia depois que a filha já havia recebido alta do hospital.

Houve dois momentos de nossa conversa em que Isabel se emocionou e chorou. Em um desses momentos lhe vieram à lembrança acontecimentos importantes na vida dos filhos em que não pode estar presente. Esses acontecimentos lhe vieram à lembrança quando eu perguntei se os filhos não ficavam revoltados com a ausência dela:

R- Eles não ficavam revoltados?

I- Não. Uma vez a minha filha... quando a Elda fez quinze anos foi o único comentário que eu ouvi. Ela falou assim: 'mãe, eu não quero...' Ela sempre... eu acho que eu oprimi muito a minha filha no sentido de que ela tinha que ser suporte. Outro dia eu estava pensando nisso... No sentido de que você tem que ser forte, você tem que se sobressair, entendeu? E ela também com a necessidade que ela tem de se sobressair e mais a minha pressão isso foi meio forte pra ela. E isso é uma coisa que eu venho trabalhando com ela já tem 10 anos. Porque uma vez ela falou assim pra mim... Ela achava que ela deveria ser filha da minha irmã. Ela disse: 'É

<sup>228</sup> O BIP era um dispositivo de transmissão texto muito utilizado nas décadas de 1980 e 1990 para enviar mensagens entre um centro de controle e um aparelho móvel.

mãe, quando eu era pequena você largou a gente, foi fazer transplante na Espanha’... Porque eu fiquei três meses fora, né. Eu também não falei nada. Mas foi a única queixa que eu ouvi. Até... no meu doutorado eu coloquei assim pra eles: ‘eu agradeço aos meus filhos pelos momentos que eu não pude estar quando eles precisaram, mas eu sempre procurei me fazer presente quando a realidade me permitiu’ [nesse momento Isabel começa a se emocionar, a voz embarga e os olhos enchem de lágrimas]. E aí eles gostaram e tal porque foi assim. Nem sempre eu estive quando eles quiseram, mas eu sempre procurei estar quando eles precisaram (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com a gastrocirurgiã e docente Isabel).

A rotina semanal de Isabel, como cirurgiã transplantadora, é muito imprevisível. As cirurgias de transplante não são como as cirurgias eletivas, que têm dia e hora marcada para acontecer. Muitas vezes, após um dia inteiro operando cirurgias eletivas, Isabel ainda tem que encarar um transplante à noite<sup>229</sup>. Hoje os filhos dela são todos adultos, mas quando eram crianças ela precisou organizar toda uma estratégia para conciliar a vida como cirurgiã e a vida familiar. Para a ceia de Natal, por exemplo, ela já deixava os pratos prontos e tudo comprado com uma semana de antecedência.

Mas nem sempre as estratégias davam certo. Teve uma vez que Isabel “descompensou”, como ela disse. Era o dia do aniversário de 10 anos da filha e ela queria comemorar o aniversário com uma festa em família quando chegasse em casa à noite. Isabel não havia prometido nada à filha com medo de criar expectativas e não poder cumprir (como já havia acontecido antes), mas ela sabia que a filha estava esperando pela festa. Naquele dia, a cirurgia complicou e, enquanto operava, Isabel percebeu que não iria conseguir terminar a cirurgia a tempo. Preocupada com o aniversário da filha, ela pediu à enfermeira circulante que ligasse para uma padaria que ficava próxima à sua casa e deixasse os salgados e o bolo encomendados (que ela passaria lá por volta das 20h para pegar). Isabel conta, já começando a chorar, que só conseguiu chegar à padaria às 20h30 e descobriu que, por ser tarde e por medo de tomar prejuízo, a atendente havia vendido os salgados e o bolo encomendados por ela. Chorando ao relembrar aquele dia, Isabel disse que não aguentou e começou a chorar na frente dos fregueses e da atendente. O choro e o desespero de Isabel causaram comoção nos fregueses e, como alguns dos fregueses que haviam comprado sua encomenda ainda estavam na padaria, parte de sua encomenda foi devolvida e ela conseguiu improvisar uma festa para a filha.

---

<sup>229</sup> Eu vivenciei na prática essa situação. Teve um dia que fiquei no centro cirúrgico observando cirurgias o dia inteiro. Às 18h, quando eu estava chegando em casa recebi uma ligação do hospital dizendo que haveria um transplante. Voltei imediatamente (nem jantei) e fiquei no transplante até que terminasse, às 23h.

Não sei se as perguntas que fiz foram muito duras (acho que não), mas Isabel se emocionou quando lembrou sua trajetória como mãe e cirurgiã. No final da entrevista, eu lhe fiz uma última pergunta: “Você tem a consciência pesada por pensar que você não fez a sua parte como mãe?” E ela respondeu: “Não, não. Eu acho que eu deveria ter ficado mais com eles, como toda mãe que trabalha talvez também ache. Às vezes eu olho a minha irmã, que nunca trabalhou, ela começou a trabalhar agora depois que os filhos casaram... ela jogava aquelas crianças dentro do carro atrás e ia pra cima e pra baixo cuidar dos interesses dela. Ela estava junto, mas ela não estava com eles”. Olhando para trás, hoje, já com os filhos crescidos, Isabel não se arrepende das escolhas que precisou fazer e se sente realizada como mãe e como cirurgiã.

Essa questão do sentimento de culpa e da cobrança dos filhos também foi um assunto que apareceu na conversa com Marcela. A seguir transcrevo uma parte de minha conversa com ela:

R- Você em algum momento sente assim... um sentimento de querer estar mais com os filhos? Ou cobrança deles em relação a você. De você não estar tão presente?

M- O meu filho não cobra muito. Já a minha filha cobra. E hoje em dia eu tenho viajado muito, muito. Eu tenho recebido inúmeros convites então... Eu viajo pelo menos umas duas vezes por mês. E às vezes, final de semana. Quando eu resolvi ter filhos eu coloquei uma coisa na minha cabeça: ‘eu não vou ter culpa. Não vou sentir culpa. O filho, tudo bem. É para eu ter? Está ótimo’. Então, eu coloquei na minha cabeça que eu iria ter filhos, mas eu não iria ter culpa. Não ia parar a minha vida, eu não ia mudar meus rumos, que eu tinha traçado. Talvez eu tivesse que ajustar um pouco os rumos, mas eu não ia mudar. Por quê? Porque eles não podem carregar o peso da culpa disso. Nem eu posso sentir culpa por tê-los, nem eles devem sentir culpa por eu ter abandonado a minha vida, abandonado os meus objetivos por causa deles. Então eu sempre coloquei isso na cabeça. Meu filho não dá grandes problemas quanto a isso, mas a minha filha já me questionou a respeito disso. Eles estudavam... O meu filho ainda estuda na escola americana. Então, na escola americana tem muita gente que vem de outros países e a mulher não trabalha. Quem trabalha é só o marido. Então a mulher tem tudo. Elas ficam lá... Participam de feira daquilo, de curso daquilo, de não sei o que daquilo. E um dia, a minha filha falou pra mim: ‘Eu queria que você fosse como a mãe da minha amiga que está todos os dias lá na escola’. Eu falei: ‘O que é que a mãe da sua amiga é? O que é que ela faz?’ ‘Não faz nada, não é nada.’ Eu falei: ‘eu não trabalhei a minha vida inteira, eu não faço tudo o que eu faço pra ser nada. Nunca fez parte do meu objetivo ser nada. Eu quero ser alguma coisa, eu sou alguma coisa e eu vou continuar sendo alguma coisa. E eu acho que você deveria também fazer isso com a sua vida’ (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Marcela, cirurgiã cardiovascular e docente).

Marcela me disse que ela e a filha nem sempre conseguem se entender porque as duas têm personalidades muito diferentes. Também disse que se recusa a abrir mão de sua trajetória profissional para satisfazer os caprichos da filha adolescente. Segundo ela, a filha está em uma fase confusa e emocionalmente difícil por isso faz acompanhamento com uma psicóloga há dois anos. O relacionamento das duas costuma ser tenso, mas Marcela encara

esses conflitos como uma fase do desenvolvimento da filha e tenta respeitá-la. Ela se lembra do relacionamento dela com a própria mãe. A mãe dela nunca teve um emprego, ficava em casa cuidando dos filhos e dos afazeres domésticos e, para Marcela, “isso não alterou em nada”. Uma noite, enquanto jantavam, Marcela disse para a filha:

‘Eu vou te falar uma coisa’. E ela gostou até dessa ilustração que eu fiz: ‘Eu não posso ser sua muleta. Eu não posso ser sua muleta, sabe por quê? Porque se eu for sua muleta, você não vai ter força na sua perna. O dia que eu não estiver perto de você, você precisa ter forças pra caminhar sozinha. Eu não posso ser sua muleta. Eu tenho que ser o seu estímulo pra você trabalhar as suas pernas, enrijecer as suas pernas. No dia que eu não estiver perto, você vai caminhar, você vai correr sozinha. Mas eu não posso ser sua muleta. Não me use como sua muleta. Também porque, o dia que suas pernas estiverem fortes e você puder correr sozinha, você vai largar as suas muletas pra trás. E as suas muletas não vão servir de nada, não vão ser nada na vida. E não é isso que eu quero. Então eu falei e ela ficou olhando assim pra mim [rindo]’. E eu falei: ‘é mais ou menos assim que é a coisa’ (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Marcela, cirurgiã cardiovascular e docente).

Ao olhar para trás Marcela fala: “Foi fácil? Não foi fácil. Não foi fácil. Tem dias que você chega assim... Dá vontade de...” Um dia o filho perguntou para ela: “mãe, você acha que tudo isso vale a pena?” E Marcela me diz que sim, que valeu e vale a pena. Nos momentos de desânimo e insegurança ela prefere ver sempre o lado bom das coisas. Nunca se arrependeu de ser mãe, mas também nunca se arrependeu de investir em sua profissão.

### **9.5 Ser cirurgiã e mãe em um mundo predominantemente masculino**

Este tópico trata da condição feminina em um ambiente predominantemente masculino e das relações de poder no âmbito do processo de formação e do processo de construção das carreiras das mulheres cirurgiãs.

Pietra engravidou duas vezes durante o mestrado e, somente depois de cinco anos, após varias licenças e prorrogações, conseguiu terminá-lo. O hospital universitário onde fez a residência a contratou como cirurgiã assistente e o investimento na carreira docente nessa universidade faz parte de seus planos para o futuro. Ela pensa em fazer doutorado, mas por enquanto não está disposta a começar. Os filhos ainda são pequenos e, segundo ela, o trauma com a experiência do mestrado está muito recente. Pietra diz que o mestrado terminou por pura obrigação, mas o doutorado quer ter prazer em fazer. “O doutorado eu quero fazer curtindo, aproveitando”. O tempo que levará para chegar ao topo de sua formação profissional ou ao topo da carreira não é algo que preocupa Pietra. No momento, ela está preocupada em investir em sua qualidade de vida pessoal e na qualidade de vida de sua família.

Essa visão de Pietra sobre sua temporalidade<sup>230</sup>, sobre o momento ideal para continuar o investindo na carreira acadêmica tem aparecido em diferentes pesquisas sobre as mulheres na medicina contemporânea ou sobre as mulheres em carreiras de prestígio (BUDDEBERG-FISCHER e STAMM, 2010; MASON e EKMAN, 2007; MOSCHKOVICH, 2012).

Três dentre as cinco cirurgiãs/mães que entrevistei fizeram doutorado e, atualmente, além de serem reconhecidas e respeitadas na comunidade médica de suas especialidades são docentes em universidades públicas e assumem cargos de chefia nos hospitais onde trabalham. Em nenhum dos casos, a maternidade foi um fator de impedimento para o investimento na profissão, apesar de as três terem feito mestrado e doutorado depois de já serem mães.

Ludmila viveu uma experiência parecida com a de Marcela, pois também se casou com o seu mentor da residência que era mais de vinte anos mais velho do que ela. Conversando com Ludmila sobre o casamento entre cirurgiões, ela me disse que essa é uma prática comum na comunidade médica e nomeou ao menos sete casais conhecidos dela que são colegas de profissão<sup>231</sup>. Essa é uma situação que pode trazer aproximação e cumplicidade entre o casal de cirurgiões, mas também pode ser motivo de algum tipo de constrangimento, principalmente para as jovens mulheres que se casaram com cirurgiões mais velhos e renomados, como aconteceu com Marcela e Ludmila. As duas iniciaram suas carreiras operando na equipe ou no hospital chefiado pelos maridos e, em determinado ponto de suas trajetórias decidiram investir também em uma vertente da carreira desvinculada da carreira dos companheiros. Ambas prestaram concursos públicos em instituições estaduais. Marcela se

---

<sup>230</sup> Em pesquisa realizada nos Estados Unidos sobre as novas gerações de mulheres em carreiras de prestígio e a forma como tentam equilibrar vida familiar e investimento na carreira, Mason e Ekman (2007), explicam que as mulheres jovens (até os 30 anos) tendem a investir primeiramente e intensamente na carreira. Isso não significa que estejam pensando em escolher uma dentre duas possibilidades: investir na carreira ou ter filhos (embora optar pelas duas coisas seja uma escolha das mais difíceis). Mas, é entre os 30 e os 40 anos, fase da vida em que normalmente se tornam mães, que as mulheres mudam a direção das suas prioridades com relação à carreira, diminuem o ritmo e a velocidade do investimento profissional e investem mais intensamente no projeto familiar. Essas mulheres não têm se mostrado dispostas a abrir mão da família em função do investimento exclusivo na carreira e isso faz com que, calculadamente, atrasem o processo de ascensão profissional. Em geral, a carreira volta a decolar quando os filhos entram em idade escolar e a mulher entra em sua fase profissional mais produtiva.

<sup>231</sup> A literatura tem mostrado que em casamentos entre colegas de profissão é comum que no início da carreira ambos os parceiros comecem sua relação como iguais em termos de construção da carreira. No entanto, ao decidirem ter filhos a tendência é de que os tradicionais papéis de gênero se reproduzam e os “acordos” referentes ao trabalho e às responsabilidades familiares coloquem a carreira das mulheres em segundo plano. O resultado desse “acordo” é, na maior parte das vezes, a imposição às mulheres da responsabilidade pelo trabalho reprodutivo fazendo com que elas tenham que planejar (e conciliar) a esfera profissional condicionada à esfera doméstica. O parceiro masculino normalmente continua a trabalhar em tempo integral, enquanto a mulher, após o parto, retorna em tempo parcial e assume a maior parte das responsabilidades familiares (RUSCONI e SOLGA, 2007).

tornou cirurgiã em um renomado complexo hospitalar especializado em Cirurgia Cardiovascular e Ludmila se tornou docente em uma universidade pública estadual de prestígio. Sobre esse processo de autoafirmação como cirurgiã Ludmila conta o seguinte:

L- Quem é a médica Ludmila sem o Dr. André? E eu falei: ‘é muito importante que eu tenha a minha carreira pessoal também, porque eu sei que eu sou forte sem ele, mas as pessoas não sabem’. Então é por isso que eu mantenho esse vínculo com a universidade, porque é totalmente desligado dele... para criar minha própria história.

R- Sua identidade como cirurgiã...

L- A minha identidade como cirurgiã...

R- Independente dele...

L- Então... e depois que eu comecei a operar sozinha na universidade, eu tomei a liberdade de eu mesma falar: ‘Não. Eu sou capaz de fazer isso, isso e isso’. Então, em situações em que eu o chamaria se ele estivesse no mesmo hospital, lá eu não chamo mais. Então eu me tornei mais forte com isso também. Por isso que eu mantenho isso também, entendeu?! (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com Ludmila, cirurgiã cardiovascular e docente).

Tanto para Marcela quanto para Ludmila o trabalho em uma instituição pública lhes tem proporcionado reconhecimento e prestígio enquanto profissionais. No caso de Marcela, por exemplo, embora tenha compensação financeira muito superior na instituição privada, é na instituição pública que ela tem conseguido desenvolver pesquisas utilizando alta tecnologia em cirurgias cardiovasculares.

Isabel hoje tem uma posição mais avançada na faculdade de Medicina onde trabalha. Ela conta um pouco sobre os acidentes de percurso em sua trajetória e as adaptações que precisou fazer quanto à temporalidade para a construção de sua carreira. O ritmo de ascensão de sua trajetória profissional não foi o mesmo de seus colegas cirurgiões que terminaram a residência na mesma época que ela. Isabel investiu em sua formação e na construção da carreira em um ritmo próprio, a seu tempo<sup>232</sup>. Além do ritmo de ascensão ter sido mais lento, o caminho trilhado foi diferente dos caminhos trilhados por seus colegas homens. Diferente porque, muitos de seus ex-colegas, além de trabalharem no setor público, também abriram seus consultórios particulares.

Logo no início da carreira, Isabel precisou deixar o consultório particular e construir a carreira somente na universidade. Quando tinha apenas um filho, ela trabalhava no hospital universitário e também atendia em seu consultório particular, mas com o nascimento dos outros dois filhos, resolveu seguir o conselho de seu professor-mentor e construir sua carreira como professora universitária. Com esse novo plano de trabalho ela teria mais tempo para estar com os filhos porque não precisaria passar visita à noite e também poderia ficar em

---

<sup>232</sup> Sobre a temática relativa às desigualdades de gênero na carreira acadêmica no Brasil ver Moschkivich (2012); Moschkivich e Almeida (2015); Santos (2010a; 2010b; 2013).

casa após uma longa cirurgia. Por exemplo, se a cirurgia acontecesse à noite ela poderia tirar a manhã seguinte de folga.

A decisão por deixar o consultório particular implicou em abdicar de uma remuneração muito maior do que aquela que teria na universidade. Segundo ela, há uma grande carência por cirurgiões(ãs) transplantadores(as) e aqueles(as) que fazem carreira em hospitais privados ou consultório particular têm um retorno financeiro muito superior. Atualmente, como formadora de cirurgiões(ãs) ela percebe que os(as) egressos(as) “se formam e vão embora porque aqui não ganham muito. Quer dizer, não ganham mal, mas em relação ao mercado fora... O mercado fora remunera muito bem”.

Desde o início da formação, ainda na residência, Isabel sempre foi muito testada por seus professores. Pediam a ela coisas que, normalmente, não pediam a seus colegas residentes. “Se você fosse olhar os meus horários de plantão, eu dei mais do que todo mundo” (fragmento de entrevista realizada pela pesquisadora com a gastrocirurgiã e docente Isabel). O professor chefe do departamento, aquele com quem ela não sabe, até hoje, se teve uma relação de amor ou de ódio, foi para ela como um pai, mentor, amigo, mas também foi carrasco, e foi aquele que mais prejudicou intencionalmente sua ascensão profissional dentro da universidade. Ela fala dessa relação:

Às vezes eu tenho a sensação que eu fui usada, às vezes eu tenho a sensação... eu não vou falar pra você que é uma sensação só, não. Às vezes eu tenho a sensação que ele me usou todo o tempo porque ele sabia que eu era uma pessoa capaz; outras vezes eu tenho a sensação que ele sabia que eu era capaz e ele apostava para ver até onde eu ia. Porque era assim: ele era um professor que eu, com cinco anos de residência... como a Ana Laura... Eu não tenho confiança de, apesar de eu achar a Ana Laura muito boa, de pegar uma aula minha e falar ‘Ana Laura, você vai dar essa aula minha no congresso tal’. Ele fazia isso comigo. Eu ia dar aula pra ele em congresso [com ênfase na voz, indicando que isso era algo muito importante]. E me virava, estudava feito uma camela. Eu não podia fazer feio. Eu estava representando a universidade, eu estava representando ele. Eu estudava pra cacete. Nesse tempo eu já tinha filho, eu já tinha marido, eu já tinha tudo. Eu casei em 80. Casei no começo da residência. Ele sabia disso. Ele ligava na minha casa... Ele era assim, ele era o dono da minha casa. Ele se sentia o dono da minha casa. Ele se sentia o dono da minha vida. Ele ligava seis horas da manhã! Meu marido falava: ‘ele não tem noção, né?’ Ele falava assim: ‘você vai ficar de plantão todos os finais de semana me cobrindo nos hospitais’. E tinha o Celso que foi muito meu amigo nessa época. Então eu falei: ‘professor, por que é que você não chama também o Celso que a gente fica em dois e consegue cobrir melhor?’ Aí ele chamou. Então eu e o Celso, a gente dividia: dois fins de semana eram do Celso e dois fins de semana eram meus. Porque eu tinha que ir para São Paulo ver meu pai, ficar com o meu filho... Nessa época, meu marido ainda trabalhava em São Paulo... Então eu tinha que dividir. Eu nunca levei os problemas de casa pra ele e ele sempre foi forçando pra ver até onde eu ia. Ele e o Dr. Lúcio porque eles eram muito amigos e faziam muito isso comigo (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com a gastrocirurgiã e docente Isabel).

Ao mesmo tempo em que, de um lado, o professor era brilhante, de outro, ele era odiado. Especialmente pelas mulheres residentes. Isabel conta que mulher na cirurgia, para ele era assim:

I- Se você chegou tarde ou se você estiver de mal humor é porque você não deu à noite direito. Se você deu é porque você era puta. Se você estivesse do lado era porque você era cadela. Se mulher viesse com o cabelo de manhã lavado é porque tinha ido para o motel, se você estivesse de mal humor é porque você não tinha dado direito; se você estivesse bem é porque você tinha dado demais. Entendeu? Então tudo era porque você deu ou porque você não deu [rindo]. Para mim ele falava: ‘Essa filha da puta chegou tarde, na certa foi levar filho na escola’. Olha, você não sabe o que a gente passou! Mas eu aprendi a conviver com ele porque eu sabia o que ele tinha de bom. E o que ele não tinha de bom eu cortava. Eu também cortava. Quando ele começava a falar de sexo, de mulher eu cortava.

R- Mas você ficava magoada com ele às vezes?

I- Esse negócio de levar mágoa pra casa não é comigo não. Eu sou de falar na hora. ‘Ah, vou pra casa e não vou dormir hoje à noite porque vou chorar a noite inteira...’ Nem pensar minha filha, meu travesseiro é pra dormir bem gostoso. Eu falava. Eu chego e falo. Não tem pote de mágoa pra guardar pra depois não (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com a gastrocirurgiã e docente Isabel).

As relações de poder<sup>233</sup> presentes nas hierarquias da formação em medicina aparecem muito fortes nas colocações de Isabel. Ela conta que algumas das colegas não aguentaram a pressão e desistiram da formação antes de terminarem a residência. E depois apareciam os comentários do tipo: “Mulher desiste”; “mulher não dá conta”.

Isabel atribui sua força para suportar o comportamento machista e opressor do professor ao fato de, a vida toda, ter aprendido a lidar com seu pai, que tinha esse mesmo tipo de personalidade. Foi criada em um ambiente com um pai extremamente opressor. Segundo ela, tanto na relação com o pai, quanto na relação com o professor, ela esperava a “poeira abaixar” e depois os confrontava e falava exatamente o que achava da postura deles, o que a incomodava nessa postura. Mesmo entre os colegas homens, muitos não suportaram o convívio com o professor e se desvincularam do serviço ao terminarem a residência. Somente Isabel ficou. O pensamento dela era: “um dia isso acaba. Estou aqui para aprender”. Isabel conta que, dessa forma, aprendeu a conviver com o professor.

As experiências contadas por Isabel são muito fortes. Para chegar aonde chegou ela teve que se sujeitar a toda uma relação de opressão e dominação imposta pelo professor. Muitas vezes ela se sentiu usada e foi vítima do *bullying* por parte do professor. Mas por que será que ela se sujeitou a tudo isso? Por que será que ela achava que tinha que aprender a

<sup>233</sup> O relato da trajetória de Isabel dentro da universidade é dramático e retrata um tipo de relação de poder ao qual as novas gerações de mulheres talvez não se submetam da forma como Isabel se submeteu. Além disso, os tempos são outros e muito possivelmente os instrumentos de coerção utilizados para manter as hierarquias de poder também sejam outros. Assim como possivelmente, os instrumentos de resistência também sejam outros.

conviver com essa situação? Refletindo sobre a circunstância específica pela qual ela passava, tendo que conciliar a construção da carreira como cirurgiã e a vida familiar com três crianças pequenas, isso talvez fosse, para ela a única estratégia possível naquele momento. Pelo menos, aquela que ela via como possível. Por outro lado, mesmo que possivelmente vista hoje como uma postura de submissão, talvez a estratégia de Isabel tenha sido uma forma de resistência ao poder dominante do professor. Ela sabia que ele não ficaria no poder por muito tempo mais.

Depois que terminou a residência, Isabel continuou ligada à universidade. No início, enquanto fazia mestrado e doutorado, assumiu também o papel de assistente nas cirurgias do professor, além de dar aulas na graduação no lugar dele. Para o professor, essas responsabilidades assumidas por Isabel eram muito vantajosas. Não havia o serviço de transplante hepático na universidade quando Isabel iniciou sua residência. Essa subespecialidade cirúrgica foi sendo estruturada na universidade ao mesmo tempo em que Isabel construía sua própria carreira. A história da trajetória de Isabel no departamento de gastrocirurgia está muito ligada à história do departamento de transplante hepático.

Depois que Isabel se tornou cirurgiã assistente concursada, isso se tornou ainda mais vantajoso para o professor porque ela passou a ensinar os residentes a operarem e a assumir a maior parte das responsabilidades com os pacientes transplantados. O professor, como cirurgião principal, só entrava em campo cirúrgico para fazer os procedimentos mais complicados. Nas palavras dela: “Porque o professor vinha, mas vinha na hora do tchan, tchan, tchan e depois ia embora. E aí eu ficava com o resto”. Durante muitos anos ela não teve com quem compartilhar a carga de trabalho porque ela ensinava os(as) residentes, mas esses, quando terminavam a formação, iam embora. Alguns foram embora porque visavam uma carreira mais lucrativa e outros porque não conseguiam se adaptar ao temperamento opressor do professor, mas todos foram embora<sup>234</sup>.

Mais de vinte anos depois de ter iniciado sua carreira como cirurgiã, Isabel ainda não havia conseguido avançar muito na sua titulação. Sabendo desse “atraso” na carreira da mãe, um dia, a filha, em meio a uma crise de depressão, disse para Isabel que ela se achava um acidente de percurso, que tinha atrapalhado a carreira da mãe.

---

<sup>234</sup> Atualmente a equipe que trabalha com Isabel é formada por duas docentes (ela e Elenice), uma cirurgiã assistente mais experiente (Alice) e duas cirurgiãs assistentes recém-saídas da residência (Kelly e Flávia). Curiosamente, a equipe cirúrgica do transplante de fígado hoje é composta somente por mulheres. Todas elas formadas por Isabel.

E eu falei: 'nunca! Nenhum de vocês atrapalhou a minha vida. Eu não me abalei em absolutamente nada. Sempre eu fiz mais aqui, mais ali, eu fui acomodando as coisas que podiam acontecer profissionalmente de acordo com a minha vida'. Eu não podia fazer o titular naquela época... 'Ah você devia ter feito o titular dez anos atrás'... Não tinha como. Então eu fui fazendo as coisas do jeito que dava pra fazer e dei tudo o que eu podia dar de melhor em cada momento (fragmento da entrevista realizada pela pesquisadora com a gastrocirurgiã e docente Isabel).

Desde a aposentadoria do professor Isabel assumiu a chefia do departamento do transplante hepático. Como já disse, eu tive a oportunidade de acompanhá-la em algumas cirurgias e reuniões de discussão de caso com a equipe do transplante. No dia 18 de março de 2014, como em todas as outras vezes que a observei, chegou muito alegre e barulhenta, veio me cumprimentar com um beijo e já foi dizendo: "Dia 27 de maio vai ser meu exame de titular. Se você quiser ir... Vai ser numa quinta-feira às 9 horas... É um circo". Em 2014, com 60 anos, e trinta anos de serviços na universidade, Isabel chegou ao topo da carreira como docente.

Este capítulo tem início com a fala de algumas residentes de cirurgia que não são mães, mas que também não vêm incompatibilidade entre maternidade e a carreira profissional que escolheram. Não excluem de suas trajetórias futuras a possibilidade de algum dia serem mães. Para a conclusão do capítulo trago a fala de duas cirurgiãs que são mães: "Tudo sempre foi muito difícil, mas não me imagino fazendo outra coisa e também não me imagino sem os meus filhos. Eu me completo com as duas coisas" (Pietra). "Qualquer coisa que eu faça vai ter que se adequar à minha atividade profissional. Uma coisa não depende da outra. Qualquer coisa que eu for fazer vai ser assim" (Marcela).

Em geral, a imagem que se tem da mulher que ocupa posições profissionais de prestígio e de alta remuneração, historicamente ocupadas predominantemente por homens, é aquela da mulher solteira e sem filhos; uma mulher que dificilmente teria como investir, ao mesmo tempo, na carreira e na vida familiar. Essa é, inclusive, a imagem que se tem a respeito de mulheres que escolhem a cirurgia como carreira profissional. Maternidade e carreira na cirurgia são duas imagens em disputa e é preciso se desmistificar a ideia de que a carreira cirúrgica é incompatível com a maternidade.

Como foi possível observar nas trajetórias das cinco cirurgiãs que são mães, todas elas contavam com redes de apoio que as ajudavam no cuidado e educação de seus filhos. A dificuldade de conciliação entre vida profissional, vida familiar e maternidade não é uma exclusividade das cirurgiãs que são mães. Ao contrário, essa dificuldade de conciliação também é uma constante presente na trajetória de vida de mulheres altamente escolarizadas em outras profissões de prestígio e alta remuneração (BRUSCHINI e PUPPIN, 2004;

GUEDES, 2008; LOMBARDI, 2017a, 2017b). E não somente dessas. Na verdade, a dificuldade de conciliação entre vida profissional e vida familiar faz parte, não somente da vida das profissionais altamente escolarizadas como, especialmente, das profissionais pertencentes aos estratos sociais menos privilegiados (SPINDOLA e SANTOS, 2004; BRUSCHINI, 2007; MENDES, 2004).

O capítulo que aqui se encerra procurou mostrar que, a despeito de todas as dificuldades envolvidas na criação de filhos e no investimento na carreira cirúrgica a conciliação é possível. No entanto, tão importante quanto tentar mostrar que é possível conciliar carreira cirúrgica, maternidade e vida familiar, é mostrar que, independentemente dessa conciliação ser possível (ou não), o que importa é a representação social que as estudantes de medicina têm construído a respeito da carreira cirúrgica. E, nesse caso, as representações sociais têm sido eficazes porque para a grande maioria das estudantes de medicina a premissa de que a maternidade e a constituição de uma família são incompatíveis com carreira cirúrgica realmente tem pesado e orientado as escolhas.

## CONCLUSÃO

Esta tese apresentou uma interpretação para se tentar entender e explicar como se constituem e como são geradas as fronteiras da desigualdade de gênero no campo da medicina no Brasil num momento em que o número de mulheres ingressantes nos cursos de formação médica ultrapassou o número de homens. Esta nova fronteira deslocou a desigualdade de gênero para a escolha da especialidade e da carreira a ser seguida na vida profissional, quando a maior parte das mulheres egressas do curso de Medicina acabam por escolher carreiras consideradas socialmente como as mais “apropriadas” ao sexo feminino.

Como bem mostrou Lombardi (2017a, p. 14), na introdução de um recente dossiê sobre a feminização de profissões de prestígio, o processo de feminização de uma profissão é um fenômeno “complexo, heterogêneo e ambíguo” e insere-se sempre em um contexto maior de múltiplas relações de poder. Nesse sentido, as barreiras que agem como fatores promotores da desigualdade de gênero na medicina contemporânea não representam mecanismos de segregação isolados, mas precisam ser entendidas como vinculadas a outros tipos de clivagens sociais.

Corroborando essa visão, as análises apresentadas nesta tese basearam-se na concepção de Bourdieu (1982, 1991, 1996b) de que a lógica que realimenta as redes de poder dos diferentes campos profissionais de elite deveria ser buscada nos mecanismos por meio dos quais ela se disfarça e se perpetua. Nesse caso, trata-se particularmente da lógica das relações de poder institucionalizadas nas escolas de formação dos cursos de elite. Embora o ciclo de reprodução da desigualdade de gênero no campo da medicina seja de natureza complexa e multidimensional, e as barreiras de gênero possam se manifestar em diferentes momentos, em diferentes espaços e sob diferentes configurações, estudos recentes têm mostrado que é no processo de construção das disposições quanto à escolha da especialidade (e da carreira a ser seguida no futuro), que esse ciclo se exprime com especial clareza (MACMURRAY et al, 2002; REICHENBACH e BROWN, 2004, DIVAY, 2006; SIQUEIRA e ROCHA, 2008; BUDDEBERG-FISCHER e STAMM, 2010; ALERS et al, 2014a e 2014b; TSOUROUFLI, 2015) e é através do sistema educacional que esse ciclo é realimentado e, possivelmente, possa um dia ser rompido (DIVAY, 2006; RISKÁ, 2009; RISKÁ, AALTONEN e KENTALÁ, 2015; TSOUROUFLI, 2015).

Entender o princípio por trás da escolha da especialidade cirúrgica por parte das mulheres egressas dos cursos de Medicina foi o principal objeto de estudo da pesquisa que deu origem a esta tese. Ao buscar entender as trajetórias de cirurgiãs e residentes de cirurgia

que são consideradas exceções estatísticas, os caminhos percorridos pela pesquisa acabaram por levar a um desmembramento do objeto de estudo inicial para se tentar entender, por extensão, o princípio por trás da escolha que leva a maior parte das mulheres egressas dos cursos de Medicina a se absterem das carreiras cirúrgicas. O estudo permitiu avançar nas discussões através da construção de uma linha de interpretação e de uma hipótese central que poderá ser confirmada (ou refutada) por pesquisas futuras.

A noção de que o processo de escolha da especialidade médica, por parte das mulheres egressas do curso de Medicina, tem estreita relação com as expectativas interiorizadas ao longo do processo de socialização de gênero que acontece durante a formação médica, tem sido apresentada por diferentes pesquisadores do campo da Sociologia da Educação Médica (DIVAY, 2006; RISKÁ, 2009 e 2013; TSOUROUFLI, 2015). Da mesma forma, a noção de que o processo de educação médica opera no interior de um sistema interdependente formado por uma dinâmica teia de aprendizagens que envolvem a intersecção de diferentes tipos de currículo, de diferentes espaços de formação e de diferentes instituições, também tem sido apresentada por outros pesquisadores (HAFFERTY e CASTELLANI, 2009; REGO, 2003). Outra noção que tem sido trabalhada pela literatura especializada é a percepção de que a perpetuação dos estereótipos de gênero na cultura médica tem estreita relação com a construção de uma identidade de gênero e a complexa teia de poder presente na hierarquia das instituições de formação médica (RISKÁ, 2010 e 2011; TSOUROUFLI, 2015). Da mesma forma, essa literatura sustenta a noção de que o padrão cultural que privilegia a construção de uma identidade médica caracterizada em grande parte por atributos considerados “masculinos” não seria o resultado de um projeto conscientemente estruturado em torno de uma ação intencional, mas se daria, especialmente, no âmbito da subjetividade (RICHMAN et al, 2001).

A tese que aqui concluímos não somente corroborou os argumentos apresentados pela literatura especializada como aprofundou essas noções a partir de uma pesquisa empírica realizada no contexto da educação médica no Brasil, a partir de uma sociologia das relações de poder inspirada nos escritos de Pierre Bourdieu (1982, 1991, 1996a, 1996b) e nos escritos de Elias e Scotson (2000).

A abordagem metodológica desenvolvida durante a pesquisa me proporcionou uma visão multidimensional sobre o problema de pesquisa e, assim como também observado por Bourdieu (1996b) ao analisar as escolas de elite no contexto francês, no caso específico das escolas de formação médica e das experiências de socialização que foram analisadas nesta tese, foi possível identificar algumas práticas de socialização diretamente ligadas à

organização social do curso de Medicina e indicar como elas alimentam as redes de poder nesse prestigioso campo de formação profissional, alimentando também, a desigualdade de gênero. Ao mesmo tempo, os caminhos percorridos pela pesquisa me conduziram à construção de dois eixos de discussão teórica que se colocaram como os principais resultados desta tese: o primeiro, em torno da construção da principal linha de interpretação da tese, e o outro, em torno da construção da principal hipótese que esta tese propõe como uma das possíveis explicações para o problema de pesquisa apresentado.

### I. *A organização social do curso de Medicina*

Um dos principais resultados do nosso estudo consistiu na constatação de que o modelo de educação médica praticado em algumas conceituadas escolas de formação médica do estado de São Paulo tem se fundamentado, tradicionalmente, em uma complexa rede de interdependência entre, de um lado, as relações de poder estabelecidas nos espaços de sociabilidade em que convivem os/as estudantes de medicina, estruturados no âmbito das festas, dos treinos, das competições esportivas e dos trotes e, do outro lado, as relações de poder estabelecidas nos espaços escolares e profissionais onde a formação médica formal acontece, especialmente no âmbito dos estágios formais do internato e dos estágios de formação extracurriculares, como as Ligas Acadêmicas.

Essa rede de interdependência articula um conjunto de práticas de socialização nas quais os estudantes ingressantes são envolvidos e enquadrados ao longo do curso por seus colegas mais velhos e professores. Englobando múltiplas dimensões da vida estudantil, essas práticas acabam por compor o que chamei nesta tese de *organização social do curso de Medicina*, para indicar justamente, que a formação não se dá apenas por meio das aulas e atividades formalmente previstas no currículo, mas que se trata de um processo de socialização que tem atuado como instrumento de perpetuação das hierarquias (inclusive de gênero) e das estruturas de poder em todas as etapas do processo de formação médica, desde a primeira semana de aula na faculdade de Medicina, até os níveis mais avançados da residência médica.

Como desdobramentos da análise dessa complexa rede de interdependência a tese apontou, dentre outras, as seguintes conclusões:

- Embora a cerimônia de matrícula, e todo o rito de consagração que a acompanha se configure o marco inicial da construção da identidade profissional e de gênero dos

futuros médicos e médicas, na prática, o ato de instituição do estudante que acaba de ingressar não se limita a essa cerimônia e irá se estender, não apenas pelo primeiro dia ou pela primeira semana de atividades na faculdade, mas também, por todo o primeiro ano letivo e mesmo por todos os demais anos de formação médica, a cada vez que for rompido alguns dos – múltiplos – degraus que separam o estudante do direito de exercer a profissão. Os rituais de iniciação que têm lugar no início do curso representam, assim, apenas o ato inaugural do rito de instituição. Os votos de submissão e fidelidade serão renovados a cada nova etapa do processo de formação através de atos de consagração que vão se tornando cada vez mais elaborados, exigindo compromissos cada vez maiores por parte dos candidatos.

- Embora sejam definidas como associações estudantis voltadas para a promoção de atividades esportivas, sociais e recreativas, pela forma como se organizam e atuam, as Associações Atléticas das faculdades de Medicina devem ser entendidas, também, como instituições de formação médica. No caso específico dos contextos que envolvem as Atléticas citadas nesta tese, devem ser entendidas também como instituições formadoras de uma cultura médica que tem atribuído às mulheres um lugar diferente e secundário em relação ao lugar atribuído aos homens. Esta tese procurou revelar a relação entre as hierarquias de poder que regem a organização das Atléticas e as hierarquias de poder que se encontram na base da organização social do curso de Medicina de algumas faculdades de Medicina brasileiras.
- A eficácia da persuasão imposta pela tradicional hierarquia social ligada aos trotes, rituais e eventos promovidos pelas Atléticas se encontra alicerçada em uma série de discursos e práticas que podem variar desde a formação de grupos de apoio para aqueles que se mostram receptivos e submissos, até perseguições e ameaças para aqueles que se mostram resistentes. Se, por um lado, há um discurso hostil que ameaça dificultar e até prejudicar o processo de formação daqueles que escolhem não cooperar, há também, ao mesmo tempo, um discurso paternalista que oferece ao novo membro da “família” a oportunidade de participar de uma organização poderosa capaz de prometer privilégios acadêmicos e até profissionais. A promessa de acumulação de *capital social* por meio da participação em festas, jogos, trotes promovidos pelas Atléticas ou em sua órbita leva à cooptação e sujeição dos estudantes à estrutura de comando da hierarquia tradicionalmente instituída e institucionalizada. Na tese, procurei mostrar que essa rede de relações pode interferir nas práticas pedagógicas da formação médica e facilitar (ou prejudicar) certas aprendizagens, oportunidades de

estágios e até de ingresso no mundo do trabalho. Esse ponto é fundamental para a construção dos argumentos que justificam a hipótese que levanto a seguir. Tudo é feito em nome de um tipo de *capital social* que envolve privilégios, tratamento especial e “proteção”.

## II. A exclusão das mulheres das especialidades cirúrgicas: hipóteses levantadas

A complexa teia de interdependência que envolve a organização social do curso de Medicina de algumas conceituadas escolas médicas do estado de São Paulo tem se estruturado a partir da vivência de um conjunto amplo de experiências de socialização altamente hierarquizadas que, interpretadas segundo os escritos de Bourdieu (1991), poderão estar levando os estudantes das escolas de elite, como um “ato de magia social”, à interiorização e incorporação, sob a forma de *habitus*, de disposições que, na visão desse pesquisador, são a base do *senso prático* que se coloca como princípio por trás das aspirações e da "escolha" profissional futura.

A partir dos estudos realizados no processo de construção desta tese, as clivagens de gênero quanto à escolha da especialidade médica foram tratadas como algo vinculado às relações de poder que envolvem as lógicas da organização social presentes no processo de formação médica observadas e analisadas ao longo da pesquisa. Dessa forma, estreitamente relacionada à primeira, a segunda linha de interpretação que desenvolvi nesta tese, mesmo que ainda limitada a hipóteses que precisarão ser testadas no futuro, partiu do pressuposto de que as razões que se encontram na gênese da exclusão das mulheres médicas das especialidades cirúrgicas tem sua origem, não somente na tão apregoada e comumente aceita justificativa em torno da incompatibilidade entre carreira cirúrgica, maternidade e vida familiar, ou mesmo, da justificativa em torno da necessidade de maior força e resistência física, mas especialmente, na construção social de disposições de gênero que se encontram presentes no processo de educação médica e, de forma paulatina e persistente, continuam a ser internalizadas no imaginário dos(as) estudantes de medicina, contribuindo para dar origem a aspirações profissionais profundamente marcadas por uma cultura médica hegemonicamente masculina.

Como tentei mostrar através dos argumentos desenvolvidos ao longo da tese, percebi fortes indícios de que a forma como se estrutura a organização social do curso de Medicina, e subsequentemente, a forma como se estruturam as hierarquias das residências de cirurgia, poderão estar contribuindo para que as mulheres das novas gerações egressas dos

cursos de Medicina dessas instituições continuem a internalizar disposições contrárias à escolha da cirurgia como uma opção de especialização.

Apresentar as relações de poder que estão em jogo no interior do processo de formação médica como uma possível razão que contribui para a abstenção das profissionais da medicina das carreiras cirúrgicas não refuta a explicação clássica que a literatura levanta sobre as razões para essa exclusão, mas acrescenta elementos que têm sido pouco explorados e necessitam ser melhor investigados.

No espaço a seguir apresentarei, ainda a título de resultados da tese, alguns dos argumentos construídos a favor de algumas hipóteses levantadas:

### *Argumento 1*

Existem justificativas que são tradicionalmente e historicamente utilizadas para explicar as razões da exclusão das mulheres de certas carreiras médicas predominantemente masculinas (e que são também carreiras socialmente muito valorizadas). Os dois principais argumentos são aqueles que dizem que as carreiras cirúrgicas são impróprias ou inadequadas para mulheres (i) devido à dificuldade de conciliação com a gravidez, a maternidade e a criação de filhos e (ii) devido à grande força e resistência física necessária para o exercício dessa profissão.

Entre meados do século XIX e as primeiras décadas do século XX, quando a medicina era uma profissão predominantemente masculina, esses dois argumentos já eram usados para convencer as mulheres de que a medicina não era uma carreira apropriada para elas. O que acontece hoje, é que os tempos mudaram e a sociedade já não vê mais a medicina como uma profissão imprópria para mulheres e, ao contrário do que acontecia no passado, a medicina hoje tem passado por um intenso processo de feminização. No entanto, a despeito da grande inserção feminina na profissão, alguns segmentos da profissão médica continuam a ser socialmente considerados como impróprios para mulheres. E esses segmentos, são exatamente aqueles de predominância masculina e aqueles de maior prestígio e remuneração.

A interpretação que faço da persistente reincidência desse discurso é a de que ele é um caso exemplar do fenômeno conceituado por Bourdieu (2007a) como *permanência dentro da mudança e pela mudança*. O conceito diz respeito a mudanças que ocorrem diante de certos contextos sociais, mas que variam pouco em termos de padrões de comportamento entre o que é valorizado/desvalorizado na relação entre os sexos (BOURDIEU, 2007a, p. 110). Para Bourdieu, a estrutura das distâncias entre o valorizado/desvalorizado na relação

entre os sexos permanece, apesar das mudanças e exemplos clássicos disso poderiam ser percebidos nos casos em que uma profissão (ou uma ocupação), ao se feminizar, provoca a deserção por parte dos homens. Em minha pesquisa percebi essa desvalorização por especialidades com grande presença “feminina” na forma como um docente de cirurgia (p. 266) fez um comentário depreciativo a respeito dos homens que fazem residência em Pediatria, dizendo que “parecem ser homossexuais” e “são muito efeminados”. Essa relação de valorização/desvalorização também apareceu nas qualidades que estão relacionadas ao que se considera uma boa cirurgia. Qualidades que indicam a incorporação de disposições tidas como masculinas, como quando se diz que “cirurgiã não chora”.

Os discursos em torno dos estereótipos de que a cirurgia não é uma carreira apropriada para mulheres porque essa é uma profissão incompatível com a maternidade e a vida familiar (ou ainda, porque é uma profissão que demanda muitos anos de formação e exige grande força e resistência física do profissional) são ainda fortemente reproduzidos tanto por parte da socialização que acontece no âmbito do curso de Medicina como na socialização que acontece no âmbito familiar. A representação social construída em torno desses discursos continua a ter forte influência sobre os processos decisórios das estudantes de medicina quanto à escolha da carreira profissional a ser seguida após o término da graduação.

Ao mesmo tempo que os estudos têm mostrado um aumento (ainda pequeno) do número de mulheres que têm buscado a cirurgia como especialidade médica, esses estudos têm mostrado, também, que ainda permanecem arraigadas nas representações sociais da maior parte dos(as) estudantes de medicina os estereótipos de gênero em torno da ideia de que a carreira cirúrgica não é apropriada para mulheres. É por isso, que tão importante quanto tentar mostrar que é possível conciliar carreira cirúrgica, maternidade e vida familiar (como tento fazer no último capítulo da tese), é mostrar também que, independentemente dessa conciliação ser possível (ou não), o que importa é a representação social que as/os estudantes de medicina têm construído a respeito da carreira cirúrgica. E, nesse caso, as representações sociais têm sido eficazes porque para a grande maioria das estudantes de medicina a premissa de que a maternidade e a constituição de uma família são incompatíveis com carreira cirúrgica realmente tem pesado e orientado as escolhas.

### *Argumento 2*

A despeito da eficácia dessas representações sociais é preciso se considerar que as profissionais da medicina que utilizam o discurso de que a carreira cirúrgica é incompatível

com a maternidade e com a vida familiar não são as cirurgiãs ou residentes de cirurgia. Nas várias pesquisas que analisei para compor o referencial teórico desta tese as mulheres que se utilizaram desse discurso para justificar suas escolhas foram as profissionais da medicina que não escolheram especializar-se em uma carreira cirúrgica

Corroborando resultados de outras pesquisas que também foram feitas com cirurgiãs, as entrevistas que realizei mostraram que a maior parte das cirurgiãs e residentes que ainda não eram mães, tinham o desejo de sê-lo e não percebiam incompatibilidade entre maternidade e vida profissional. E as residentes e cirurgiãs que eram mães se mostraram satisfeitas com a trajetória de suas vidas tanto com relação ao segmento profissional como com relação ao segmento familiar.

O estudo da trajetória de formação e de construção da carreira das cirurgiãs-mães que entrevistei mostrou que, assim como também acontece com outras mulheres inseridas em carreiras de prestígio e alta remuneração (BRUSCHINI e LOMBARDI, 1999; MASON e EKMAN, 2007; LOMBARDI, 2017a, 2017b), a conciliação entre carreira profissional, maternidade e vida familiar nunca é simples, mas é possível. Isso significa que os alardeados impedimentos para a conciliação entre carreira, maternidade e vida familiar só se constituem de fato como impedimento a partir do momento em que são reinterpretados e ativados pelos sujeitos.

### *Argumento 3*

No estudo que fiz sobre a organização social do curso de Medicina de algumas instituições médicas do estado de São Paulo cheguei à conclusão de que durante as diferentes etapas de formação os(a) estudantes dessas escolas médicas passam por processos de um tipo de investidura social que leva a maior parte deles a se adequarem e a se submeterem à rede de poder que rege as práticas presentes nesses espaços. Seja por meio de situações vivenciadas pessoalmente ou através de rumores que circulam entre os estudantes, o que se vê, na prática, é essa estrutura de poder em ação. E o que importa, mais uma vez, não é tanto a questão se viveram pessoalmente essa situação (ou não), mas a representação social internalizada sobre a lógica das relações de poder presente nos espaços de formação médica.

Quando observo casos em que, desde o início do curso, alunos veteranos e médicos já formados se dirigem aos estudantes mais novos e dizem “se você não participar, se você não se submeter, depois, lá na frente, você não terá amigos, você não terá boas oportunidades de aprendizagens práticas, não terá boas oportunidades de inserção no mercado de trabalho” e observo que o que acontece lá na frente, em muitos casos, é exatamente isso,

que quem não se submete é estigmatizado, sofre represálias, é prejudicado em procedimentos de aprendizagem no processo de formação, esses discursos e práticas me levam a concluir que a influência desse currículo oculto terá uma eficácia simbólica bastante real sobre a construção da cultura médica e da identidade profissional. Entendo ainda que, nesse caso, que a inculcação dessa identidade profissional se configura um ato de violência simbólica que possivelmente atuará diretamente sobre a construção das disposições quanto à escolha da especialidade e agirá de duas formas: através da internalização de estereótipos ou da aversão à carreira cirúrgica.

Quais são os discursos que, comumente, circulam nas conversas informais quando uma estudante de medicina diz que vai fazer residência em cirurgia? “Cirurgia não é uma especialidade apropriada para mulheres”. “A residência em cirurgia é muito longa e difícil, tem um ambiente hostil e machista”. “A carreira de cirurgiã não é apropriada para quem quer ser mãe e constituir uma família”. O que as estudantes presenciam ou percebem durante o processo de formação médica? Observam ou escutam comentários sobre diferentes formas de abuso e ameaças; sobre a estrutura hierárquica que manipula os processos de aprendizagem e prejudica quem não se submete à estrutura. Enquanto passam pelos rodízios das especialidades cirúrgicas, no quinto e sexto ano da faculdade, em geral, vêm poucas mulheres atuando como cirurgiãs e docentes, vêm poucas mulheres fazendo residência em cirurgia. E os profissionais que encontram nos rodízios são, muitas vezes, cirurgiões e residentes que reproduzem e valorizam discursos e práticas androcêntricas e “militarizadas”. Em alguns casos, discursos e práticas de humilhação que, possivelmente, as façam lembrar do tipo de estrutura de poder que atuava nos trotes (como foi o caso do que aconteceu com Tamara).

#### *Argumento 4*

Ao lidar com essas questões não pude deixar de refletir, também, sobre outras questões que me levaram a pensar sobre a existência de uma possível ligação entre, de um lado, as redes de poder presentes na hierarquia das Atléticas e na hierarquia dos trotes, e do outro lado, a abstenção de muitas mulheres das carreiras cirúrgicas. Quando passam pelos rodízios dos estágios de cirurgia quem são os veteranos que as internas do quinto e do sexto ano encontram fazendo residência em cirurgia? Haveria a possibilidade de os líderes da hierarquia das Atléticas e dos trotes também serem os veteranos que fazem residência em cirurgia?

Não disponho de dados empíricos para comprovar minhas suspeitas em uma escala macro, mas disponho de evidências de que isso aconteceu em uma escala micro, como

nos relatos de algumas estudantes de medicina que entrevistei e nos relatos de docentes e estudantes de diferentes faculdades de medicina do estado de São Paulo, um dos quais transcrevo a seguir: “[...] tem determinadas carreiras em que a presença de membros da Atlética [...] é mais forte: nas carreiras cirúrgicas, de maneira geral, e na ortopedia, particularmente (SÃO PAULO, 2015, p. 387 e 388)”.

E quanto às mulheres que fazem residência em cirurgia: haveria algum tipo de relação entre a participação dessas mulheres nas atividades ligadas às Atléticas e a construção de disposições de gênero favoráveis à escolha por uma especialidade cirúrgica?

Mais uma vez, os limites metodológicos da pesquisa também me impediram de chegar a uma conclusão a respeito dessa questão, mas ao fazer uma reflexão sobre as trajetórias de boa parte das residentes e cirurgiãs que entrevistei, não consigo deixar de pensar na possibilidade de que haja alguma relação.

Da mesma forma como Elias e Scotson (2000, p.16) explicaram que aconteceu na pesquisa realizada por eles, enquanto realizava as entrevistas eu me surpreendia ao ver a frequência com certas características recorrentes se manifestavam na trajetória das residentes e cirurgiãs mais jovens e sugeriam hipóteses que poderão, até mesmo, servir de guia para levantamentos macrosociológicos futuros.

#### *Argumento 5*

Um último aspecto que quero trabalhar neste espaço de conclusão diz respeito a uma pergunta recorrente que apareceu em diferentes momentos ao longo das análises feitas na segunda parte da tese, quando o assunto em discussão era a forma como as respostas comportamentais dadas individualmente pelas mulheres, correspondiam às respostas dadas por grande parte das mulheres de cada grupo. Ou seja, ante situações específicas que envolviam, por exemplo, a exposição a estereótipos de gênero ou a diferentes tipos de violência (simbólica, psicológica e até física), mulheres que pertenciam ao grupo daquelas que escolheram se especializar em cirurgia, e mulheres que pertenciam ao grupo daquelas que escolheram não se especializar em cirurgia, em geral, tiveram, individualmente, o mesmo tipo de resposta que a maior parte das outras mulheres de seu grupo.

Destaco duas situações específicas. A primeira diz respeito ao estereótipo de gênero profundamente disseminado nos espaços de formação médica de que a carreira cirúrgica é imprópria para mulheres porque demanda grande força e resistência física ou porque é incompatível com a conciliação entre vida familiar e maternidade. A literatura especializada é farta em pesquisas que têm apontado que as estudantes de medicina recebem

conselhos e recomendações por parte de professores, residentes e colegas para não fazerem residência em cirurgia. Corroborando as conclusões da literatura especializada, várias das residentes e cirurgiãs que entrevistei falaram que receberam esse mesmo tipo de conselho.

A diferença entre um grupo de mulheres e outro é que, a despeito de terem recebido o mesmo tipo de conselho e estarem sujeitas ao mesmo tipo de socialização de gênero, um grupo fez opção por não escolher cirurgia, enquanto outro grupo, fez opção por escolher cirurgia, como foi o caso do que aconteceu com a maior parte das residentes e cirurgiãs que entrevistei, a exemplo do que fez Marcela: “Mas eu decidi que eu iria fazer assim mesmo. E fiz”.

A segunda situação que quero destacar, diz respeito à dualidade quanto ao tipo de resposta dada pelos dois grupos de mulheres diante da forma como reagem à imposição de exigências, assédios e violências praticados em nome da tradição de uma didática de formação cirúrgica que, em geral, valoriza práticas pedagógicas e estilos de liderança fundamentados em modelos androcêntricos e “militarizados”. Enquanto as residentes e cirurgiãs que entrevistei encaravam (e enfrentavam) os desafios da residência em cirurgia conscientes de que as exigências, os assédios e as violências sofridas atuavam como uma espécie de teste a ser vencido para se tornarem cirurgiãs, as médicas que não escolheram uma especialização cirúrgica (e aquelas que escolheram, mas depois desistiram) tomaram essa decisão em função, especialmente, ao repúdio que sentiam com relação ao modelo de educação praticado na residência de cirurgia.

E o que importa, nesse caso, não é somente se as médicas que escolheram não fazer cirurgia presenciaram ou vivenciaram algum tipo de assédio e violência enquanto passavam pelos estágios de cirurgia durante a faculdade. O que importa, e parece estar influenciando as escolhas, é também, a representação social que os(as) estudantes têm do que acontece e do que é valorizado nos serviços de residência em cirurgia (especialmente durante o primeiro ano de residência).

As perguntas que surgiram, ante essas situações, foram as seguintes: Como explicar as diferenças no modo como os dois grupos de mulheres reagem a essas situações? Por que umas decidiram enfrentar e suportar os diferentes tipos de violência presentes no processo de formação cirúrgica e se submeterem à rígida hierarquia da estrutura de comando e outras não? Por que algumas aceitam passar pelas humilhações, assédios e violências que fazem parte do cotidiano do processo de formação em cirurgia de muitos serviços de residência e outras não? Se todas são expostas às mesmas práticas e representações sociais ao

longo do processo de formação durante a graduação importa explicar porque reagem de forma diferente.

Não sei se consegui me fazer entender, mas a explicação que mobilizei ao longo da tese para tentar responder a essas questões, ao menos em uma escala microsociológica, se fundamentou no conceito de *senso prático* utilizado Bourdieu (1991, 1996b). O que percebi, ao interpretar as trajetórias de formação das residentes e cirurgiãs que entrevistei é que, investidas da consagração própria daqueles que passaram pelo ato de instituição, essas mulheres interiorizaram uma identidade cultural que as fez romper com os limites culturais arbitrariamente estabelecidos em torno da ideia de que a carreira cirúrgica é inadequada para mulheres. Parafraseando o pensamento de Bourdieu (1991, p. 119), percebo na trajetória dessas mulheres que a legitimação da consagração exerceu uma eficácia simbólica bastante real sobre a construção de suas disposições pessoais quanto às aspirações profissionais e a escolha da especialidade médica: primeiro, porque agiu sobre as representações que seus pares (do sexo masculino e também feminino) têm a respeito delas enquanto sujeitos consagrados e, segundo, porque transformou, simultaneamente, a representação que elas têm de si mesmas, fazendo-as jogar com as regras do jogo cultural. Para Bourdieu (1991, p.124-tradução minha), “a pessoa que tem certeza de sua identidade cultural pode jogar com as regras do jogo cultural”.

Um dos privilégios dos sujeitos consagrados consiste no fato de que, ao conferir uma inegável e indelével distinção, a investidura confere aos indivíduos consagrados uma espécie de *senso prático* que os investe de autoridade e autoconfiança para transgredir certos limites culturais arbitrariamente estabelecidos. De forma adversa, um outro efeito do ato de instituição, e que traz resultados contrários ao primeiro, é desencorajar os não consagrados a qualquer tentativa de transgressão. Esse *senso prático* age sobre as aspirações e as “escolhas” dos sujeitos na forma de um *senso de limite*, que inclina alguns a transgredirem os limites culturais arbitrariamente estabelecidos e outros, como explica Bourdieu (1991, p. 123), a reconhecerem seu lugar e manterem uma posição de distância em relação a esses limites.

Tenho a percepção de que a mesma eficácia de persuasão e violência simbólica que leva a maioria dos estudantes de medicina a se submeterem à estrutura de poder das hierarquias nos espaços de formação médica é também aquela que leva a maior parte das estudantes de medicina, a interiorizarem a concepção de que a carreira cirúrgica não é apropriada para mulheres ou a repudiarem a possibilidade de uma residência em cirurgia.

Embora essa seja uma hipótese plausível, levanta uma questão necessária: como explicar por que funcionou para algumas médicas e não para outras? Numa perspectiva

estritamente bourdieusiana, seria necessário atribuir essa diferença à posição social (e, junto com isso, à trajetória social). Essa foi, de fato, uma discussão que faltou nas análises e aponto para a necessidade de mais estudos para corroborar essa hipótese.

### **Últimas palavras**

Para além dos argumentos apresentados nas discussões desta tese, é certo que outros elementos também precisam ser levados em consideração quando se busca entender as razões da escolha da especialidade. Especialmente, também fatores ligados à herança social que advém da socialização primária. Nesta tese não priorizei esse segmento de análise (e esse é, certamente, um dos limites desta pesquisa), mas indico o interesse em desenvolver essas análises em pesquisas futuras.

Ao chegar à etapa final da escrita desta tese preciso esclarecer que não tenho a pretensão de oferecer conclusões definitivas para as questões apresentadas, mas espero poder ter contribuído para um avanço dos debates em torno do problema de pesquisa estudado. Espero ter dado uma contribuição para uma maior compreensão sobre como as práticas educativas vivenciadas durante o processo de formação médica podem servir para realimentar a desigualdade de gênero ou, ao contrário, para promover a equidade de gênero na medicina brasileira. Espero ter levado o(a) leitor(a) a refletir criticamente sobre a forma como tem se constituído a organização social de alguns dos mais prestigiosos cursos de Medicina no Brasil e sobre as possíveis implicações desse modelo de educação médica para a construção das disposições de gênero quanto às aspirações profissionais e à escolha da especialidade por parte das mulheres egressas das escolas de formação médica.

Ao pensar sobre as limitações e possibilidades da tese aqui apresentada faço minhas, também, as palavras de Elias e Scotson (2000, p. 20), ao refletirem sobre a pesquisa que realizaram:

Estudar os aspectos de uma figuração universal no âmbito de uma pequena comunidade impõe à investigação algumas limitações óbvias. Mas também tem suas vantagens. O uso de uma pequena unidade social como foco da investigação de problemas igualmente encontráveis numa grande variedade de unidades sociais, maiores e mais diferenciadas, possibilita a exploração desses problemas com uma minúcia considerável — microscopicamente, por assim dizer. Pode-se construir um modelo explicativo, em pequena escala, da figuração que se acredita ser universal — um modelo pronto para ser testado, ampliado e, se necessário, revisto através da investigação de figurações correlatas em maior escala (ELIAS e SCOTSON, 2000, p.20).

## REFERÊNCIAS

AAMC. **The Surgical Workforce in the United States: Profile and Recent Trends**. American college of surgeons – Health Policy Research institute, Chapel Hill: 2010a. Disponível em: <[http://www.acshpri.org/documents/ACSHPRI\\_Surgical\\_Workforce\\_in\\_US\\_apr2010.pdf](http://www.acshpri.org/documents/ACSHPRI_Surgical_Workforce_in_US_apr2010.pdf)>. Acesso em julho de 2014.

\_\_\_\_\_. **Diversity in the physician workforce: facts & figures 2010**. Washington: Association of American Medical Colleges, 2010b. Disponível em: <<https://members.aamc.org/eweb/upload/Diversity%20in%20the%20Physician%20Workforce%20Facts%20and%20Figures%202010.pdf>>. Acesso em julho de 2014.

ADKINS, Lisa; SKEGGS, Beverley. **Feminism after Bourdieu**. Cambridge: Blackwell Publishers, 2005. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/29960805/Feminism-After-Bourdieu>>. Acesso em julho de 2016.

AKERMAN, Marco. “Currículo oculto”: há que se evidenciar ainda mais a sua associação com preconceitos, abusos, humilhações, e violências nas escolas médicas. In: **Trote e currículo oculto: a formação médica para além do que se vê**. Cartilha. Belo Horizonte: DENEM, Coordenação de Cultura, 2015. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/site/dcms/fck/file/Trote%20e%20curri%CC%81culo%20oculto.pdf>>. Acesso em: dez. 2016.

AKERMAN, Marco; CONCHÃO, Silmara; BOARETTO, Roberta Cristina (Orgs.). **“Bulindo” com a universidade: um estudo sobre o trote na medicina**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

AKERMAN, Marco; SCALISA, Felipe; AKERMAN, Jacques. Para enfrentar os trotes e violências nas universidades: o que falta? **Interface: comunicação em saúde e educação**, n. 19, v. 54, p. 421-525, 2015.

ALAWAD, Awad Ali Mohamed Ahmed et al. Factors considered by undergraduate medical students when selecting specialty of their future careers. **Pan African Medical Journal**, v. 20, febr. 2015, p. 1-6. Disponível em: <<http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/20/102/full/>>. Acesso em: set. 2015.

ALERS, Margret et al. Gendered specialities during medical educativo: a literature review. **Perspectives on Medical Education**, v. 3, n.3, jun. 2014a, p. 163-178. Disponível em: <[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4078047/pdf/40037\\_2014\\_Article\\_132.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4078047/pdf/40037_2014_Article_132.pdf)>. Acesso em: abr. 2015.

ALERS, Margret et al. Speciality preferences in Dutch medical students influenced by their anticipation on family responsibilities. **Perspect Medical Education**, v. 3, 2014b, p. 443-454. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263795/>>. Acesso em: abr. 2015.

ALLEN, Isobel. Women doctors and their careers: what now? **British Medical Journal**, v. 331, p. 569-572, sept. 2005. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/331/7516/569.full.pdf>>. Acesso em: jul. 2011.

ALMEIDA, Ana Maria F. **As escolas dos dirigentes paulistas: ensino médio, vestibular, desigualdade social**. Belo Horizonte: Argvmentvm, 2009.

\_\_\_\_\_. Um colégio para a elite paulista. In: ALMEIDA, Ana Maria F.; NOGUEIRA, Maria Alice (Orgs.). **A escolarização das elites: um panorama internacional da pesquisa**. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 135-147.

\_\_\_\_\_. Língua nacional, competência escolar e posição social. In: ALMEIDA, Ana Maria F. et al (Orgs.). **Circulação internacional e formação intelectual das elites brasileiras**. Campinas: Editora da Unicamp, 2004, p. 27-46.

\_\_\_\_\_. “Ultrapassando o pai: herança cultural restrita e competência escolar”. In: NOGUEIRA, Maria Alice; ROMANELLI, Geraldo; ZAGO, Nadir. **Família e escola: trajetórias de escolarização em camadas médias e populares**. Petrópolis: Vozes: 2000, p. 81-97.

ALMEIDA, Ana Maria F.; ERNICA, Maurício. Inclusão e segmentação social no ensino superior público no estado de São Paulo (1990-2012). **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 36, n. 130, p. 63-83, jan./mar, 2015.

ALMEIDA, Jane Soares. As lutas femininas por educação, igualdade e cidadania. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, v. 81, n. 197, p. 5-13, jan./abr. 2000

\_\_\_\_\_. **Ler as letras: Por que educar meninas e mulheres?** São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo: Campinas: Autores Associados, 2007.

ALMEIDA JÚNIOR, Antônio Ribeiro. **Anatomia do trote universitário**. São Paulo: Hucitec, 2011.

\_\_\_\_\_. Trotes, violência e democracia nas universidades. Março/setembro, 2015. \_\_\_\_\_. Trotes, violências e hierarquias nas universidades. IN: SÃO PAULO [Estado]. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Comissão Parlamentar de Inquérito constituída pelo Ato nº 56, de 2014, com a finalidade de "investigar as violações dos direitos humanos e demais ilegalidades ocorridas no âmbito das Universidades do Estado de São Paulo ocorridas nos chamados 'trotes', festas e no seu cotidiano acadêmico". Relatório Final. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, Poder Legislativo, São Paulo, SP, 15 abr. 2015a. 125 (67) – Suplemento, p. 11-17. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/arquivoWeb/com/com3092.pdf>>. Acesso em: agosto de 2015.

ALMEIDA JÚNIOR, Antônio Ribeiro; QUEDA, Oriowaldo. **Universidade, preconceitos e trote**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ALMEIDA, Wilson Mesquita de. Que elite é essa de que tanto se fala? – sobre o uso indiscriminado do termo a partir de perfis dos alunos das universidades públicas. GT: Sociologia da Educação / n.14, **29ª ANPEd**, 2006. Disponível em: < [www.anped.org.br/sites/default/files/gt14-1794-int.pdf](http://www.anped.org.br/sites/default/files/gt14-1794-int.pdf) >. Acesso em: mai. 2015.

AMARAL, Jorge Luiz do. **Duzentos anos de ensino médico no Brasil**. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2007. 207p.

ATLÉTICA MEDICINA UNESP BOTUCATU AAACHSA - Bixo, esse vídeo é para VOCÊ!! Publicado por AVENTURAAAACHSA1. **YouTube** [vídeo], 2:09. Publicado em 26 de jan. 2012. Disponível em: <[https://www.youtube.com/watch?v=ASOj8XrBivw\\_](https://www.youtube.com/watch?v=ASOj8XrBivw_)>. Acesso em: out. 2015.

ÁVILA, Rebeca Contrera. **Trajetórias e estratégias escolares de mulheres de camadas populares que vivenciam uma tríplice jornada diária** : trabalho remunerado, trabalho doméstico e estudos. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal de São João del-Rei - UFSJ. São João del-Rei, 2010.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado** : o mito do amor materno. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1985.

BALLET DE MÃOS: as cirurgiãs cardiovasculares. Idealização e realização: Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular gestão 2011-2013. Produção: Feel Filmes [vídeo]. Tempo: 11:41. Publicado em 25 de novembro de 2013. Disponível em: < [http://www.sbccc.org.br/medica/exibeConteudoMultiplo.asp?cod\\_Conteudo=929](http://www.sbccc.org.br/medica/exibeConteudoMultiplo.asp?cod_Conteudo=929) <https://vimeo.com/73326754> >. Acesso em: fev. 2015.

BARRETO, Paula Cristina da Silva. Gênero, raça, desigualdades e políticas de ação afirmativa no ensino superior. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n.16. Brasília, janeiro - abril de 2015, p. 39-64. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbcpol/n16/0103-3352-rbcpol-16-00039.pdf> >. Acesso em: set. 2016.

BAUDELOT, Christian. ; ESTABLET, Roger. **Allez les filles!**. Paris: Seuil, 1992.

BEAUD, Stéphane; FLORENCE, Weber. **Guia para a pesquisa de campo**: produzir e analisar dados etnográficos. Tradução de Sérgio Joaquim de Almeida; revisão da tradução de Henrique Caetano Nardi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

BECKER, Howard S. et al. **Boys in White**: student culture in medical school. 9. ed. New Brunswick and London: Transaction Publishers, 2005.

BELLINI, Lisa M. et al. Career choice : glass ceiling or glass slipper ? **Academic medicine**, v. 76, n. 10, p. S62-S64, oct. Supplement, 2001. Disponível em : < [http://www.buddeberg-praxis.ch/\\_pdf/bb/SMW\\_2011b.pdf](http://www.buddeberg-praxis.ch/_pdf/bb/SMW_2011b.pdf) >. Acesso em mai. 2015.

BELTRÃO, Kaizô Iwakami; ALVES, José Eustáquio Diniz. A reversão do hiato de gênero na educação brasileira no século XX. **Cadernos de Pesquisa**, v. 39, n.136, p.125-156, jan./abr. 2009.

BELTRÃO, Kaizô Iwakami; TEIXEIRA, Moema De Poli. **O vermelho e o negro: raça e Gênero na universidade Brasileira**: uma análise da seletividade das carreiras a partir dos censos demográficos de 1960 a 2000. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica aplicada, 2004. Disponível em : [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1893/1/TD\\_1052.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1893/1/TD_1052.pdf) >. Acesso em : maio de 2015.

BERNARDES, Maria Thereza C. Crescenti, **Mulheres de ontem?** - Rio de Janeiro, século XIX. São Paulo: T.A. Queiroz, 1989.

BLAY, Eva Alterman. Gênero na Universidade. In: II Semana da Mulher no IPT. São Paulo, 2004. **CDRom Comunidade de Prática Mulher, Ciencia e Tecnologia**. São Paulo : IPT, 2002. p.1-4. Disponível em : [http://www.usp.br/nemge/textos\\_trabalho/generouniversidade\\_blay.pdf](http://www.usp.br/nemge/textos_trabalho/generouniversidade_blay.pdf) >. Acesso em : 14 de maio de 2008.

\_\_\_\_\_. Um caminho ainda em construção: a igualdade de oportunidades para as mulheres. **Revista da USP**, n.49, março-maio, p. 82-97, 2001.

BLAY, Eva Alterman e LANG, Alice Beatriz da Silva Gordo. A Universidade de São Paulo e a profissionalização das mulheres. **In: Seminário Internacional: Mercado de Trabalho e de Gênero**. Comparações Internacionais Brasil- França, 2007. Anais do Seminário Internacional Mercado de Trabalho e Gênero. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 2007. p. 1-18. Disponível em: <http://www.fcc.org.br/seminario/Artigos.pdf> >. acesso em : 14 de maio de 2008.

BLOCH, Marc. A estranha derrota. Tradução de Eliana Aguiar. Rio de Janeiro : Zahar, 2011.  
BLOY, Géraldine. **Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ?** Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010). Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - DREES: document de travail n. 104, février 2011. Disponível em: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud104.pdf> >. Acesso em julho de 2016.

BMA. Equal Opportunities Committee. **Career barriers in medicine: doctors' experiences**. London: British Medical Association, 2004.

BOUET, Patrick. **Atlas de la démographie médicale en France**: Situation au 1 er janvier 2014. Paris: Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2014. Disponível em: [http://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_2014.pdf](http://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf) >. acesso em : maio de 2016.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 2007a.

\_\_\_\_\_. A escola conservadora: desigualdades frente à escola e à cultura. In: NOGUEIRA, Maria; CATANI, Afrânio (orgs.). **Escritos de educação**. 6.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998a, p. 39 - 64.

\_\_\_\_\_. Compreender. In : BOURDIEU, Pierre. **A Miséria do Mundo**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2007b p. 693-713.

\_\_\_\_\_. Futuro de classe e causalidade do provável. In: NOGUEIRA, Maria; CATANI, Afrânio (orgs.). **Escritos de educação**. 6.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998b, p. 81-126.

\_\_\_\_\_. **La distinction**: critique sociale du jugement. Paris: Minuit, 1979.

\_\_\_\_\_. **Language and symbolic power**. Edited and Introduced by. John B. Thompson. Translated by Gino Raymond and. Matthew Adamson. Cambridge : Polity Press, 1991.

\_\_\_\_\_. Les rites comme actes d'institution. **Actes de la recherche en sciences sociales**, v. 43, n.1, p. 58-63, 1982. Disponível em: < [http://www.persee.fr/docAsPDF/arss\\_0335-5322\\_1982\\_num\\_43\\_1\\_2159.pdf](http://www.persee.fr/docAsPDF/arss_0335-5322_1982_num_43_1_2159.pdf) >. Acesso em fevereiro de 2015.

\_\_\_\_\_. O capital social: notas provisórias. In: NOGUEIRA, Maria; CATANI, Afrânio (orgs.). **Escritos de educação**. 6.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998d, p. 65-69.

\_\_\_\_\_. Os três estados do capital cultural. In: NOGUEIRA, Maria; CATANI, Afrânio (orgs.), **Escritos de educação**. 6.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998c, p. 71-79.

\_\_\_\_\_. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. Campinas: Papyrus, 1996a.

\_\_\_\_\_. **The Logic of Practice**. Palo Alto: Stanford University Press, 1990.

\_\_\_\_\_. **The State Nobility**: Elite Schools in the Field of Power. Stanford: Stanford UP, 1996b.

BOURDIEU, Pierre; PASSERON, Jean-Claude. **Los estudiantes y la cultura**. Buenos Aires: Editorial Labor, 1973.

BRANDÃO, Zaia; LELLIS, Isabel. Elites acadêmicas e escolarização dos filhos. **Educação e Sociedade**, v. 24, n. 83, p.509-5-26, ago. 2003.

BRASIL. Congresso. Senado Federal. **Primeiras Mulheres**. Brasília, Senado Federal, Comissão Especial do Ano da Mulher, 2004. Disponível em : <<http://www.senado.gov.br/anodamulher/destaques/primeiras.asp> >. Acesso em: nov. de 2008.

BRASIL. Decreto n. 7247 de 19 de abril de 1879. Reforma o ensino primário e o secundário no Município da Corte e o superior em todo o Império. **Índice dos actos do poder executivo de 1879**, Parte II, p. 196-215. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/publicacoes/doimperio/colecao7.html> >. Acesso em fevereiro de 2015.

BRASIL. Decreto n. 44.045, de 19 de julho de 1958. Aprova o Regulamento do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Medicina, a que se refere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. **Diário Oficial da União**, Seção 1, 25/7/1958, Página 16641. Coleção de Leis do Brasil, 1958, p. 102, v. 6. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-44045-19-julho-1958-383205-publicacaooriginal-1-pe.html> >. Acesso em: set. 2016.

BRASIL. **Lei nº 12.842, de julho de 2013.** Dispõe sobre o exercício da Medicina. Diário Oficial da União de 11 de julho de 2013a, p.1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm) >. Acesso em maio de 2016.

BRASIL. Ministério da educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. PROJETO CNE/UNESCO 914BRZ1136.3 “Desenvolvimento, aprimoramento e consolidação de uma educação nacional de qualidade”. **Relatório técnico contendo estudo sobre a atual relação oferta/demanda de cursos de graduação no Brasil, como subsídio ao Conselho Nacional de Educação para a formulação de políticas públicas que possibilitem a melhor distribuição da oferta de vagas no ensino superior de graduação.** Brasília, 2013b. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=13948-produto-2-oferta-demanda-educ-superior-pdf-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=13948-produto-2-oferta-demanda-educ-superior-pdf-pdf&Itemid=30192) >. Acesso em: fevereiro de 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 8-11, 23 jun. 2014a. Sessão 1. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192) >. Acesso em: setembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Educacionais Anísio Teixeira. **Censo da Educação Superior 2010.** Brasília, DF, 2011. Disponível em: <[http://download.inep.gov.br/educacao\\_superior/censo\\_superior/documentos/2010/censo\\_2010.pdf](http://download.inep.gov.br/educacao_superior/censo_superior/documentos/2010/censo_2010.pdf)>. Acesso em: fev. de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2014:** uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2014\\_analise\\_situacao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf) >. Acesso em: nov. 2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.** Síntese de indicadores 2013. Rio de Janeiro, 2014b. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94414.pdf> >. Acesso em: maio de 2016.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 6932, de 07 de julho de 1981. **Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6932.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6932.htm) >. Acesso em: setembro de 2016.

BRASIL. Resolução CNRM nº 02, de 17 de maio de 2006. **Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências.** Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/cnrm/resolcnrm002\\_2006.pdf](http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/cnrm/resolcnrm002_2006.pdf) >. Acesso em novembro de 2016.

BRASIL. Resolução nº 04, de 12 de julho de 2010. Proíbe plantão de sobreaviso para Médicos Residentes. **Diário Oficial da União**, Seção 1, de 14 de julho de 2010, n. 133, p. 843. Disponível em: < [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=6128-resolucao-4-2010&category\\_slug=julho-2010-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=6128-resolucao-4-2010&category_slug=julho-2010-pdf&Itemid=30192) >. Acesso em fevereiro de 2016.

BRUSCHINI, Maria Cristina Aranha. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo: v.37, n. 132, p. 537-572, set./dez. 2007.

BRUSCHINI, Maria Cristina Aranha; LOMBARDI, Maria Rosa. A bipolaridade do trabalho feminino no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo: n.110, p.67-104, jul. 2000.

BRUSCHINI, Maria Cristina; LOMBARDI, Rosa Maria. Médicas, arquitetas, advogadas e engenheiras: mulheres em carreiras, profissionais de prestígio. **Revista Estudos Feministas**, vol. 7, n. 1 e 2, p. 9 – 24, 1999.

BRUSCHINI, Cristina ; PUPPIN, Andrea Brandão. Trabalho de mulheres executivas no Brasil no final do século XX. **Cadernos de Pesquisa**, v. 34, n. 121, p. 105-138, jan./abr. 2004.

BRUSCHINI, Maria Cristina Aranha; RICOLDI, Arlene Martinez. Revendo estereótipos: o papel dos homens no trabalho doméstico. **Revista Estudos Feministas**, vol. 20, n.1, p. 259-287, janeiro-abril de 2012.

BUENO, Ronaldo da Rocha Loures; PIERUCCINI, Maria Cristina. **Abertura de escolas de medicina: relatório de um cenário sombrio**. 2.ed. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2005. Disponível em: < <http://www.portalmedico.org.br/arquivos/EscolasMedicas3008.pdf> >. Acesso em: junho de 2014.

BUDDEBERG-FISCHER, Barbara; STAMM, Martina. The medical profession and young physicians' lifestyles in flux: challenges for specialty training and health care delivery systems. **Swiss Med Wkly**, Zurich, v. 140, n. 13134, 2010, p. 1-11. Disponível em: < [http://www.buddeberg-praxis.ch/\\_pdf/bb/SMW\\_2010b.pdf](http://www.buddeberg-praxis.ch/_pdf/bb/SMW_2010b.pdf) >. Acesso em: abr. 2011.

BUDDEBERG-FISCHER, B. et al. The impact of gender and parenthood on physicians' careers: professional and personal situation seven years after graduation. **BMC Health Services Research**, vol.10, nº 40, p. 1-10, 2010. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2851709/> >. Acesso em: nov. 2014.

CACOUAULT-BITAUD, Marlaine. La feminisation d'une profession est-elle le signe d'une baisse de prestige ?. **Travail, genre et sociétés**, v.1, n. 5, p. 91-115, 2001. Disponível em: < [www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2001-1-page-91.htm](http://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2001-1-page-91.htm) >. Acesso em: maio de 2016.

CARDOSO FILHO, Florentino de Araújo (Org.); ZILLI, Emílio César (Coord.). **Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos**. São Paulo: Associação Médica Brasileira, 2014. Disponível em: < <http://www.cbo.net.br/novo/CBHPM/CBHPM.pdf> >. Acesso em: nov. 2015.

CARLINI, Elisaldo Araújo *et al.* Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. **Revista IMESC**, n. 3, p. 9-35, 2001. Disponível em: <

CARVALHO, Marília Pinto. O conceito de gênero: uma leitura com base nos trabalhos do GT Sociologia da Educação da ANPED (1999-2009). **Revista Brasileira de Educação**, v. 16, n. 46, 2011.

CHARLES, Maria. “Deciphering Sex Segregation: Vertical and Horizontal Inequalities in Ten Countries”. *Acta Sociologica*, vol. 46, p. 267-287, 2003. Disponível em: < [http://www.soc.ucsb.edu/faculty/mariacharles/documents/charles\\_acta2003.pdf](http://www.soc.ucsb.edu/faculty/mariacharles/documents/charles_acta2003.pdf) >. Acesso em: fevereiro de 2014.

CHEHUEN NETO, José Antônio et al. Percepção dos discentes sobre novas diretrizes no curso médico. **Revista APS**, v. 7, n. 2, p.80-90, jul./dez. 2004. Disponível em: < <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/PercepDiscentes.pdf> >. Acesso em: fevereiro de 2014.

COELHO, Edmundo Campos. **As profissões imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro (1822-1930)**. Rio de Janeiro: Record, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.149/2016**. Homologa a Portaria CME nº 02/2016, que aprova a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. Normatiza o reconhecimento e o registro das especialidades médicas e respectivas áreas de atuação no âmbito dos Conselhos de Medicina. CFM: Brasília, 22 de julho de 2016. Disponível em: < [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2016/2149\\_2016.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2016/2149_2016.pdf) >. Acesso em: abr. 2017.

CONNELL, Robert W.; MESSERSCHMIDT, James W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Estudos Feministas, Florianópolis**, v. 21, n. 1, janeiro – abril, 2013, p. 241- 282.

CORRÊA, Mariza. O sexo da dominação. **Novos Estudos**, n. 54, jul.1999, p. 43-53.

COMVEST. **Vestibular 2016**: classificação dos últimos convocados por chamada. 2016. Disponível em: < [https://www.comvest.unicamp.br/estatisticas/2016/ultimo\\_convocado.html](https://www.comvest.unicamp.br/estatisticas/2016/ultimo_convocado.html) >. Acesso em: jun. 2016.

CREMESP. Levantamento mostra predomínio crescente de mulheres médicas. **Jornal do Cremesp**, São Paulo, fev. 2010. Edição 267, Geral, p. 5. Disponível em: < <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1251> >. Acesso em: jun. 2011.

CRUZ, Emirene M. T. N. **A escolha da especialidade em Medicina** [tese]. Campinas : Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1976. Disponível em: < <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000047579> >. Acesso em: jun. 2011.

\_\_\_\_\_. “Confesso que vivi”: quarto décadas dedicadas ao estudante de Medicina. **Cadernos ABEM**, nº 6, p. 55-61, 2010.

CUNHA, Luiz Antônio. Ensino Superior e universidade no Brasil. In: LOPES, Eliane Marta Teixeira; FARIA FILHO, Luciano Mendes; VEIGA, Cynthia Greive (orgs.). **500 anos de Educação no Brasil**. 2.ed. Autêntica: Belo Horizonte, 2000.

CONTANDRIOPULOS, André-Pierre; FOURNIER, Marc-André. **Féminisation de la profession médicale et transformation de la pratique au Québec**. Montreal: Université de Montréal, 2007. Disponível em: <[http://www.amq.ca/fra/PDF/feminisation\\_final.pdf](http://www.amq.ca/fra/PDF/feminisation_final.pdf) >. Acesso em: nov.2015.

CORADINI, Odaci Luiz. Grandes famílias e elite “profissional” na medicina no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v.III, n.3, p. 425-466, nov.-fev. 1997. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v3n3/v3n3a04.pdf> >. Acesso em: set. 2014.

CPELAND, Annesley (Coord.). **Pocket Mentor: A Manual for Surgeons in Training and Medical Students**. Chicago: Association of Women Surgeons, 2013. Disponível em:< <https://www.womensurgeons.org/wp-content/uploads/2015/03/2013PocketMentor1.pdf> >. Acesso em: set. 2015.

DALL’AVA-SANTUCCI, Josette. **Mulheres e Médicas: as pioneiras da Medicina**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

DEDECCA, Cláudio Salvadori. Regimes de Trabalho, Uso de Tempo e Desigualdade entre Homens e Mulheres. In: Seminário Internacional Mercado de Trabalho e Gênero: Comparações Brasil-França, 2007. **Anais do Seminário Internacional Mercado de Trabalho e Gênero: Comparações Brasil-França**. São Paulo : Fundação Carlos Chagas, 2007. v. 1. Disponível em: <<http://www.fcc.org.br/seminario/DEDECCA.pdf> >. Acesso em: nov.2008.

DE MARIA, Anthony N. Cardiology Workforce Revisited. **Journal of the American College of Cardiology**, vol. 51, n. 20, p. 1986-1988, 2008. Disponível em: < <http://www.onlinejacc.org/content/accj/51/20/1986.full.pdf> >. Acesso em: nov.2012.

DENOYEL-JAUMARD, Alice; BOCHATON, Audrey. Des pratiques et espaces médicaux en transformation : effet generationnel ou consequence de la feminisation de la profession ? **Revue Francophone sur la Santé et les Territoires**, Décembre 2015, p. 1-14. Disponível em: < [https://www.researchgate.net/publication/289374358\\_Des\\_pratiques\\_et\\_espaces\\_medicaux\\_e\\_n\\_transformation\\_effet\\_generationnel\\_ou\\_consequence\\_de\\_la\\_feminisation\\_de\\_la\\_profession](https://www.researchgate.net/publication/289374358_Des_pratiques_et_espaces_medicaux_e_n_transformation_effet_generationnel_ou_consequence_de_la_feminisation_de_la_profession) >. Acesso em: abr. 2016.

DEPOIMENTOS de duas alunas da Faculdade de Medicina da USP sobre violência sexual nos trotes. Publicado por Artur Scavone. **YouTube** [vídeo], 30:33. Publicado em 18 de novembro de 2014. Disponível em: <[https://www.youtube.com/watch?v=zZselKmrR\\_Y](https://www.youtube.com/watch?v=zZselKmrR_Y) >. Acesso em: out. 2015.

DIDERICHSEN, Saima et al. Few gender differences in specialty preferences and motivational factors: a cross-sectional Swedish study on last-year medical students. **BMC Medical Education**, v.13, n.39, 2013, p. 1-8. Disponível em: < <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-13-39> >. Acesso em: abr. 2015.

DIVAY Sophie. Incidences de la féminisation de la profession de médecin en France sur le rapport au travail des étudiant-es et des jeunes généralistes. **Communication présentée au Colloque international Travail-Emploi-Formation, quelle égalité entre les hommes et les femmes ?** du CLERSE, 23-24 novembre 2006, Lille. [http://halshs.archivesouvertes.fr/docs/00/27/05/63/PDF/Colloque\\_Lille\\_nov2006.pdf](http://halshs.archivesouvertes.fr/docs/00/27/05/63/PDF/Colloque_Lille_nov2006.pdf)

DUARTE, Constância Lima. Feminismo e literatura no Brasil. **Revista de Estudos Avançados**, São Paulo, v.17, n. 49, p. 81-90, 2003.

DURU-BELLAT, Marie. École de garçons et école de filles... **Diversité**, vol. 138, p. 65-72, sept. 2004. Disponível em: < [http://www.revues-plurielles.org/\\_uploads/pdf/82/138/ecole\\_garcons\\_ecole\\_filles\\_66979\\_10063\\_12586.pdf](http://www.revues-plurielles.org/_uploads/pdf/82/138/ecole_garcons_ecole_filles_66979_10063_12586.pdf) >. Acesso em: set.2014.

\_\_\_\_\_. “La (re)production des rapports sociaux de sexe: quelle place pour l’institution scolaire ?”. **Travail, genre et sociétés**, vol. , p. 19, p. 131-149, 2008. Disponível em: < [http://formation.fsu.fr//IMG/pdf/DuruBellat\\_La\\_re\\_production\\_des\\_rapports\\_sociaux\\_de\\_sexe\\_quelle\\_place\\_pour\\_l\\_institution\\_scolaire.pdf](http://formation.fsu.fr//IMG/pdf/DuruBellat_La_re_production_des_rapports_sociaux_de_sexe_quelle_place_pour_l_institution_scolaire.pdf) >. Acesso em: set.2014.

\_\_\_\_\_. **L'école des filles**. Quelle formation pour quels rôles sociaux? Paris, L'Harmattan, 1990.

ELIAS, Norbert. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro : Zahar, 1994.

\_\_\_\_\_. **O processo civilizador : uma história dos costumes**. Rio de Janeiro : Jorge Zahar Editor, 1990.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, John L. **Os estabelecidos e os outsiders**: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

EMMERICH, Nathan. **Medical ethics education**: an interdisciplinary and social theoretical perspective. Belfast: Springer, 2013.

ENTREVISTA com Marina Pikman. Publicado por **PONTE: direitos humanos, justiça e segurança pública** [vídeo], 01:48. Publicado em 11 de novembro de 2014. Disponível em: <<http://ponte.org/violencia-sexual-castigos-fisicos-e-preconceito-na-faculdade-de-medicina-da-usp/>>. Acesso em: out. 2015.

FACULDADE DE MEDICINA. **CCS Critérios para a Avaliação Docente referente à Promoção para a Categoria de PROFESSOR TITULAR do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Perfil do Professor Titular do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina**. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina- UFRJ, 2015. Disponível em: < [http://www.medicina.ufrj.br/promocao\\_progressao/Crit%C3%A9rios\\_Titular\\_Medicina\\_12\\_mai\\_2015.corrigido.pdf](http://www.medicina.ufrj.br/promocao_progressao/Crit%C3%A9rios_Titular_Medicina_12_mai_2015.corrigido.pdf) >. Acesso em: jun. 2016.

FEDERATION OF ROYAL COLLEGES OF PHYSICIANS OF THE UNITED KINGDOM. **Women in hospital medicine**: Career, choices and opportunities. Ludbury: Federation of Royal Colleges of phisicians of the United Kingdom, 2001.

FERRIL, Paulo Alberto; GOMES, Rafael da Silveira. Formação Situada ou Situações do Formar: Internato Médico em Questão. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.39, n. 2, p. 252-260, 2015.

FYSH, Thomas H.S; THOMAS, Geraint; ELLIS, Harold. Who wants to be a surgeon? A study of 300 first year medical students. **BMC Medical Education**, v.7, n.2, 2007, p. 1-5. Disponível em: < <https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-7-2> >. Acesso em: março de 2015.

FLEXNER, Abraham. **Medical Education in the United States and Canada**: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. Boston: Merrymount Press, 1910. Disponível em: < [http://www.carnegiefoundation.org/sites/default/files/elibrary/Carnegie\\_Flexner\\_Report.pdf](http://www.carnegiefoundation.org/sites/default/files/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf) > Acesso em: junho de 2014.

FRANCO, Talita; SANTOS, Elizabeth Gomes dos. Mulheres e cirurgiãs. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgões**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 72-77, jan. / fev. 2010.

FUKUDA, Yoshiharu; HARADA, Tadanari. Gender differences in specialty preference and mismatch with real needs in Japanese medical students. **BMC Medical Education**, v. 10, n. 15, p. 1-7, febr. 2010. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6920-10-15.pdf> >. Acesso em: ago. 2011.

GENNEP, A. Von. **Os ritos de passagem**. 2. ed., Trad. Mariano Ferreira. Petrópolis: Vozes, 2011.

GRIGG, Megan; ARORA, Mani; DIWAN, Ashish D. Australian medical students and their choice of surgery as a career: a review. **J Surg**, V. 84, 2014, P. 653-655. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ans.12389/abstract> >. Acesso em: maio de 2015.

GUEDES, Moema de Castro. Mulheres de alta escolaridade: repensando a relação entre maternidade e mundo do trabalho. In: **Anais do XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais (ABEP)**. Caxambu, setembro-outubro de 2008. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008\\_1495.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1495.pdf) >. Acesso em: outubro de 2014.

GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. **Ingresso em universidades de prestígio e desempenho no vestibular de grupos privilegiados negativamente**: negros na Universidade de São Paulo, de 2001 a 2007. São Paulo: [s.n.], 2007. Disponível em: <http://www.fflch.usp.br/sociologia/asag/>. Acesso em: ago. 2014.

HAFFERTY, Frederic W.; CASTELLANI, Brian. The hidden curriculum: a theory of medical education. In: BROSANAN, Caragh; TURNER, Bryan S. **Handbook of the sociology of medical education**. New York: Routledge, 2009, p. 15-35.

HAHNER, June Edith. **A mulher brasileira e suas lutas sociais e políticas: 1850-1937**. São Paulo: brasiliense, 1981.

\_\_\_\_\_. **Emancipação Do Sexo Feminino**: A luta pelos direitos da mulher no Brasil, 1850-1940. Tradução de Eliane Tejera Lisboa. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2003.

HALL, Stuart. Quem precisa da identidade? In: SILVA, Tomaz Tadeu da (org.). **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2014, p.103-133.

HEATH, Iona. Women in medicine Continuing unequal status of women may reduce the influence of the profession. **BMJ**, v. 329, n. 21, p. 412-413, aug. 2004. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC514192/> >. Acesso em: jul. 2014.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danielle. A divisão sexual do trabalho revisitada. In: MARUANI, M.; HIRATA, H. (Orgs.). **As novas fronteiras da desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho**. São Paulo: Senac, 2003. p. 111-123.

HIRATA, Helena. **Mudanças e permanências nas desigualdades de gênero: divisão sexual do trabalho numa perspectiva comparativa**. Análise n. 7. São Paulo: Friedrich Ebert Stiftung, 2015. Disponível em: <<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/12133.pdf> >. Acesso em: julho de 2016.

JESUS, Lisieux Eyer de. Ensinar cirurgia: como e para quem? **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgia**, v. 35, n. 2, p. 136-140, Mar. / Abr. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v35n2/12.pdf> >. Acesso em: Setembro de 2015.

JOHNSON, Allan G. **Dicionário de Sociologia: guia prático da linguagem sociológica**. Tradução: Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1997.

JONATHAN, Aldrin. Angelita Habr-Gama: dedicada e incansável. **Revista Espaço Aberto**, n.164, setembro de 2014. Disponível em: <<http://www.usp.br/espacoaberto/?materia=angelita-habr-gama-dedicada-e-incansavel>>. Acesso em: Setembro de 2014.

KERGOAT, Danièle. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: HIRATA, Helena et al. (coord.). **Dicionário Crítico do Feminismo**. São Paulo: EDUNESP, 2009, p. 67-75.

KIRK, Noreen. **Fostering More Women Surgeons**. UConn Today. University of Connecticut, february, 14, 2014. Disponível em: <<http://today.uconn.edu/blog/2014/02/fostering-more-women-surgeons/> >. Acesso em: setembro de 2016.

KU, Manwai Candy. **Does gender matter?** Gender segregation in the professions of Medicine, Teaching and Law. Dissertation (doctor of Philosophy in Sociology) - Department of Sociology at Stanford University. Stanford: 2011. 247 p.

LACERDA, Wânia Maria Guimarães. **Famílias e Filhos na construção de trajetórias escolares pouco prováveis: o caso dos iteanos**. 2006, 416 p. Tese (Doutorado em educação). Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2006.

LAHIRE, Bernard. Héritages sexués: conditions et modalités de l'incorporation des habitudes et des croyances sexuées. In: BLÖSS, Thierry (dir.), **La dialectique des rapports hommes/femmes**. Paris: PUF, 2001.

\_\_\_\_\_. **Homem plural: os determinantes da ação**. Petrópolis: Vozes, 2002.

\_\_\_\_\_. **Retratos Sociológicos**: disposições e variações individuais. Porto Alegre: Artmed, 2004.

\_\_\_\_\_. **Sucesso escolar nos meios populares** - as razões do improvável. São Paulo: Ática, 1997.

LAREAU, Annette. A desigualdade invisível: o papel da classe social na criação dos filhos em famílias negras e brancas. **Educação em Revista**, n. 46, p. 13-82, dez. 2007.

LEMPP, H.; SEALE, C. Medical students' perceptions in relation to ethnicity and gender: a qualitative study. **BMC Medical Education**, v.6, n° 17, p. 1-7, mar. 2006. Disponível em: < <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-6-17> Acesso em abril de 2014.

LERNER, Lori B.; STOLZMANN, Kelly L.; GULLA, Vanessa D. Birth Trends and Pregnancy Complications among Women Urologists. **Jornal the American College of Surgeons**, vol. 208, n. 2, p. 293- 297. February, 2009. Disponível em: < <http://today.uconn.edu/blog/2014/02/fostering-more-women-surgeons/> Acesso em abril de 2014.

LINS, Catarina Couras; ADRY, Rodrigo Antonio Rocha da Cruz ; BRANDÃO, Márcio Cesar de Mello. A mulher na neurocirurgia. **Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia**, Vol. 32, n.1, p, 7-10, 2013.

LOMBARDI, Rosa Maria. Dossiê Mulheres em carreiras de prestígio: conquistas e desafios à feminização. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo: Fundação Carlos Chagas, v. 47, n.163,10-221, jan./mar. 2017a.

\_\_\_\_\_. Engenheiras na construção civil: a feminização possível e a discriminação de gênero. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, v. 47, n.163,122-146, jan./mar. 2017b.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação**. Petrópolis : Vozes, 2007b.

\_\_\_\_\_. Mulheres nas salas de aula. In: DEL PRIORE, Mary. (Org.). **História das Mulheres no Brasil**. 02 ed. São Paulo: Contexto e UNESP, 1997, p. 443-481.

MACHADO, Maria do Céu S. A feminização da medicina. **Análise Social**, vol. 38, n° 166, p. 127-137, mar. / mai. 2003.

MACHADO, Maria Helena. A profissão médica no contexto de mudanças. In: PEDROSA NETO, A. H. et al. (Coords.). **Os médicos e a saúde no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

\_\_\_\_\_. As médicas no Brasil. In: Machado, Maria Helena (coord.) **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997, p. 147-161.

MACMURRAY, Júlia. E. et al. Women in Medicine: A four-nation comparison. **JAMWA**, v. 57, n. 4, p. 185-190, 2002. Disponível em: <

<http://www.amc.nl/upload/teksten/medische%20psychologie/publications/2002/McMurrayJAmMedWomanAssn.2002.pdf> >. Acesso em: abr. 2011.

MAIA, William. Alunos da USP ficam pelados em trote para hostilizar feministas em São Carlos. **UOL**, São Paulo, 01 de março de 2013. Disponível em: < <https://vestibular.uol.com.br/noticias/redacao/2013/03/01/alunos-da-usp-ficam-pelados-em-trote-para-hostilizar-feministas-em-sao-carlos.htm#fotoNav=7> >. Acesso em: ago 2014.

MARCOLIN, Neldson. Vitória em campo minado: entrevista com Angelita Abr-Gama. **Revista Pesquisa FAPESP**, p. 11-13, agosto de 2006. Disponível em: < <http://revistapesquisa.fapesp.br/2006/08/01/vitoria-em-campo-minado/> >. Acesso em julho de 2014.

MARQUES, António Manuel; AMÂNCIO, Lígia. A masculinidade na cirurgia: resultados preliminares de uma pesquisa. **Actas do Colóquio Internacional “Família, Género e Sexualidade nas Sociedades Contemporâneas” da Lisboa**, Associação Portuguesa de Sociologia, 2002, p. 401-410. Disponível em: < [http://www.aps.pt/cms/docs/prv/docs/DPR49f838a704eb7\\_1.pdf](http://www.aps.pt/cms/docs/prv/docs/DPR49f838a704eb7_1.pdf) >. Acesso em nov. 2016.

MARQUES FILHO, José. **CREMESP: uma trajetória**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2004. Disponível em: < [http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/CREMESP\\_uma\\_trajetoria.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/CREMESP_uma_trajetoria.pdf) >. Acesso em: fev. de 2014.

MARTINS, Carlos Benedito. O ensino superior brasileiro nos anos 90. **São Paulo em Perspectiva**, vol. 14, n. 1, p.41-60, jan./mar., 2000.

MARTINS, Milton Arruda; SILVEIRA, Paulo Sérgio Panse; SILVESTRE, Daniel. **Estudantes de Medicina e Médicos no Brasil: Números Atuais e Projeções**. Projeto Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras - relatório I. São Paulo: 2013. Disponível em: < [http://www2.fm.usp.br/cedem/docs/relatorio1\\_final.pdf](http://www2.fm.usp.br/cedem/docs/relatorio1_final.pdf) >. Acesso em: fev. de 2014.

MARUANI, Margaret. **Travail et emploi des femmes**, 4.ed, Paris: La Découverte, « Repères », 2011. Disponível em: < <https://lectures.revues.org/5652> >. Acesso em: jan. de 2015.

MARUANI, Margaret; HIRATA, Helena (Orgs.). **As novas fronteiras da desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho**. São Paulo: Senac, 2003. p. 111-123.

MASON, M. A.; EKMAN, E. M. **Mothers on the fast track: how a new generation can balance family and careers**. New York: Oxford University Press, 2007.

MATRÍCULA MEDICINA UNICAMP 2011 A.A.A.A.L. – Turma 49. Publicado por Atlético Medicina Unicamp. **YouTube** [vídeo], 8:19. Publicado em 23 fev. 2011. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=54DkfpnNoHU> >. Acesso em: out. 2015.

MATRÍCULA MEDICINA UNICAMP 2013 A.A.A.A.L. Turma 51. Vídeo da Calourada da Med Unicamp. Produzido por Atlético Medicina Unicamp. **YouTube** [vídeo], 11:01. Publicado em 25 de fev. 2013. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=JeNbvSS2avw> >. Acesso em: out. 2015.

MATRÍCULA MEDICINA USP 2013. Dia de festa na Medicina! Publicado por rekrell. **YouTube** [vídeo], 2:15. Publicado em 18 de fev. 2013. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=8Vr0v52Fgng> >. Acesso em: out. 2015.

MEDICAL COUNCIL OF IRELAND. **Medical Workforce Intelligence Report: A report on the Annual Registration Retention Survey 2012**. Dublin: Medical Council of Ireland, 2012. Disponível em: < <https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Annual-Reports-Statistics-/Medical-workforce-intelligence-report-.pdf> >. Acesso em: fev. de 2016.

MEDICINA DEPRESSÃO. **Atlética Medicina UNAERP**. [S.l.], 2013. Mensagem postada na rede social Facebook em 20 jan. 2013. Disponível em: < [https://m.facebook.com/medicinadepressao/photos/a.454415141273197.96185.210286542352726/454415157939862?locale2=pt\\_BR](https://m.facebook.com/medicinadepressao/photos/a.454415141273197.96185.210286542352726/454415157939862?locale2=pt_BR) >. Acesso em: set. 2016.

MEDICINA 77 UFTM: Vídeo de recepção dos bixos 79. Publicado por Med77 FMTM. **YouTube** [vídeo], 15:36. Publicado em 25 ago. 2014. Disponível em: < [https://www.youtube.com/watch?v=jJ\\_cZ8sUBUw](https://www.youtube.com/watch?v=jJ_cZ8sUBUw) >. Acesso em: out. 2015.

MED UNESP: bixos 2013. Publicado por Eduardo Reis. **YouTube** [vídeo], 06:21. Publicado em 04 mar 2013. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=f4CCWNoJwRE> >. Acesso em: out. 2015.

MENDES, A. S. **Os estudantes de Medicina: expectativas na escolha da especialidade**. Dissertação (Mestrado em Recursos Humanos) - Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa: 2010. Disponível em: < <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/3035/1/Tese.pdf> >. Acesso em: ago. de 2015.

MERLINO, Tatiana; OJEDA, Igor. Violência sexual, castigos físicos e preconceito na Faculdade de Medicina da USP. **Ponte: direitos humanos, justiça, segurança pública**. São Paulo: Ponte, 11 de novembro de 2014. Disponível em: < <http://ponte.org/violencia-sexual-castigos-fisicos-e-preconceito-na-faculdade-de-medicina-da-usp/> >. Acesso em setembro de 2015.

MERTON, Robert King; READER, George; KENDALL, Patricia L. **The student-physician: introductory studies in the sociology of medical education**. Cambridge: Harvard University Press, 1957.

MICHEL, Jeanne Liliane M.; OLIVEIRA, Ricardo Alexandre B.; NUNES, Maria do Patrocínio T. Residência Médica no Brasil. In: **Cadernos ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica**, vol. 7, p. 7-12, out. 2011.

MILLAN, Luiz Roberto. **Vocação médica: um estudo de gênero**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

MONTAGNER, Maria Inez; MONTAGNER, Miguel Ângelo. Mulheres e trajetórias na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp: vozes singulares e imagens coletivas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.17, n.2, p.379-397, abr.-jun. 2010.

MONTAGNER, Maria Inez. **Mulheres e trajetórias na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP**: vozes singulares e imagens coletivas. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) – UNICAMP. Campinas, 2007.

MOSCHKIVICH, Marília; ALMEIDA, Ana Maria F. Desigualdades de Gênero na Carreira Acadêmica no Brasil. **Dados**, v. 58, n. 3, p. 749 – 789, 2015.

MOSCHKOVICH, Marília B. F. G. **Teto de vidro ou paredes de fogo?** – Um estudo sobre gênero na carreira acadêmica e o caso da UNICAMP. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas. Campinas: 2012. 159 p.

MOTT, Maria Lúcia. Gênero, medicina e filantropia: Maria Rennotte e as mulheres na construção da nação. **Cadernos Pagu**, vol. 24, p. 41-67, jan-jun 2005.

MOTT, Maria Lúcia et. al. Médicos e médicas em São Paulo e os Livros de Registros do Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional (1892-1932). **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 13, n.3, p. 853 – 868, 2008.

MOURA, Luís César Souto de. **A face reversa da educação médica**: um estudo sobre a formação do habitus profissional no ambiente da escola paralela. Porto Alegre: AGE/SIMERS, 2004.

MÚSICA DE TORCIDA MEDPRUDENTE: É FESTA E CACHAÇA. Publicado por: Atlética Medicina Prudente. **YouTube** [vídeo], 00:40. Publicado em 18 fev. 2013. Disponível em: < [https://www.youtube.com/watch?v=W\\_rwDauHeso](https://www.youtube.com/watch?v=W_rwDauHeso) >. Acesso em: out. 2015.

NOGUEIRA, Cláudio Marques Martins. **Dilemas na análise sociológica de um momento crucial das trajetórias escolares**: o processo de escolha do curso superior. 2004. 185 p. Tese – (doutorado em Educação) Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

\_\_\_\_\_. Escolha racional ou disposições incorporadas: diferentes referenciais teóricos na análise sociológica do processo de escolha dos estudos superiores. **Estudos de Sociologia**, v.2, n.18, mar. 2012.

NOGUEIRA, Cláudio Marques Martins; FORTES, Maria de Fátima Ansaloni. A importância dos estudos sobre trajetórias escolares na Sociologia da Educação contemporânea. **Paidéia**, ano1, vol.1, p. 57-74, 2002.

NOGUEIRA, Maria Alice. A construção da excelência escolar: um estudo de trajetórias feito com estudantes universitários provenientes das camadas médias intelectualizadas. In: NOGUEIRA, M.A.; ROMANELLI, G.; ZAGO, N. (Orgs.). **Família e escola**. Trajetórias de escolarização em camadas médias e populares. Petrópolis: Vozes, 2000, p. 125 - 154.

\_\_\_\_\_. **Elites econômicas e escolarização**: um estudo de trajetórias e estratégias junto a um grupo de famílias de empresários de Minas Gerais. Belo Horizonte: Faculdade de Educação da UFMG, 2002.

\_\_\_\_\_. Trajetórias escolares, estratégias culturais e classes sociais: Notas em vista da construção do objeto de pesquisa. **Revista teoria & Educação**. Porto Alegre, n. 3, p. 89-112, 1991.

NOGUEIRA, Maria Alice ; NOGUEIRA, Cláudio M. Martins. **Bourdieu & a Educação**. 2.ed. Belo Horizonte : Autêntica, 2006.

NOGUEIRA, Maria Alice; ROMANELLI, Geraldo; ZAGO, Nadir. (Org.). **Família e escola**. Trajetórias de escolarização em camadas médias e populares. Petrópolis: Vozes, 2000.

NUNES, Everardo D. Merton e a sociologia médica. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.159-172, jan.-mar. 2007.

PERROT, Michelle. **Minha história das mulheres**. São Paulo: Contexto, 2007.

PEROSA, Graziela Serroni. **Escola e destinos femininos: São Paulo (1950-1960)**. Belo Horizonte: Argvmentvm, 2009.

PICCARDI, Vera Lúcia Amaral Molari. História das mulheres médicas na cirurgia cardiovascular brasileira. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, vol. 19, n. 2, p. 190-192, 2004.

PIERUCCI, Lucirléia Alves Moreira. **Os novos cursos de medicina fazem mal à saúde**. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas. Campinas: 2007. 118 p.

PIOTTO, Débora Cristina; NOGUEIRA, Maria Alice. Incluindo quem? Um exame de indicadores socioeconômicos do Programa de Inclusão Social da USP. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.42, n.3, p. 625-649, jul./set. 2016.

PÖGE, Kathleen et al. Career goals and progressions of physicians during residency in Germany. **28th International Congress of the Medical Women's International Association**, Münster, Germany, jul. 2010. Disponível em: <[https://www.aerztinnenbund.de/downloads/1/poege\\_5.10pm.pdf](https://www.aerztinnenbund.de/downloads/1/poege_5.10pm.pdf)>. Acesso em: out. 2011.

POPPAS, A. et al. Survey Results: A decade of change in professional life in cardiology: a 2008 report of the women in cardiology council. **Journal of the American College of Cardiology**, vol. 52, nº 25, p. 2215-2226, 2008. Disponível em: <<http://www.onlinejacc.org/content/52/25/2215>>. Acesso em: out. 2011.

PORTES, Écio Antonio. **Algumas dimensões culturais da trajetória de estudantes pobres no Ensino Superior público**: o caso da UFMG. Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos, v. 87, p. 220-235, 2006.

\_\_\_\_\_. **Estratégias escolares do universitário das camadas populares**: a insubordinação aos determinantes. In: PAIVA, Aparecida; SOARES, Magda (orgs.). Universidade, cultura e conhecimento: A Educação pesquisa a UFMG. Belo Horizonte: FAE/UFMG, 1998, p. 251-277.

\_\_\_\_\_. **Trajetórias escolares e vida acadêmica do estudante pobre na UFMG**: um estudo a partir de cinco casos. 2001, 267p. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

\_\_\_\_\_. **Trajetórias e estratégias do universitário das camadas populares**. 1993, 267p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1993.

QUEIROZ, Delcele Mascarenhas. Ações afirmativas na universidade brasileira e acesso de mulheres negras. **Revista Ártemis**, v.8, p.132-145, jun.2008.

\_\_\_\_\_. Mulheres no Ensino Superior no Brasil. In: **23ª Reunião Anual da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Educação - ANPED**, 2000, Caxambu. Caderno de resumos. Rio de Janeiro : ANPED, 2000. Disponível em: < [www.anped.org.br/reunioes/23/textos/0301t.PDF](http://www.anped.org.br/reunioes/23/textos/0301t.PDF)> . Acesso em abril de 2008.

\_\_\_\_\_. O negro e a universidade brasileira. **Historia Actual Online**, n.3, p. 73-82, 2004. Disponível em:< <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/829437.pdf> >. Acesso em: set. 2014.

RAGO, Elisabeth Juliska. A ruptura do mundo masculino da medicina: médicas brasileiras no século XIX. **Cadernos Pagu**, Vol. 15, p. 199-225, 2000.

\_\_\_\_\_. Francisca Pragner Fróes: medicina, gênero e poder nas trajetórias de uma médica baiana (1872-1931). **Ciência e Saúde Coletiva** [online]. vol.13, n.3, p. 985-993, 2008.

RAMAKRISHNAN, Aditi; SAMBUCCO, Dana; JAGSI, Reshma. Women's Participation in the Medical Profession: Insights from Experiences in Japan, Scandinavia, Russia, and Eastern Europe. **Journal of women's health**, vol. 23, n. 11, p. 927 – 934, 2014. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4235590/pdf/jwh.2014.4736.pdf> >. Acesso em maio de 2016.

RAMOS-CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu; LIMA, Maria Cristina Pereira. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. **Interface-comunicação, saúde e educação**, v.6, n.11, p.107-16, 2002.

RAULT Jean-François, LE BRETON-LEROUVILLOIS Gwénaëlle, **Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1 er janvier 2014, Paris**: Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2014. Disponível em: < [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_2014.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf) >. Acesso em fevereiro de 2015.

REGO, Sérgio. **A formação médica dos médicos**: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

REICHENBACH, Laura; BROWN, Hilary. Gender and academic medicine: impacts on the health Workforce. **British Medical Journal**, v. 329, n.2, p. 892-895, 2004. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC521007/> >. Acesso em: set. 2015.

REVISTA MÉDICA. Entrevista com a Profª. Drª Angelita Habr-Gama. **Revista Médica**, vol. 88, n.1, p.66-70, janeiro-março de 2009. Disponível em: < [www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/42189/45862](http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/42189/45862) >. Acesso em julho de 2014.

RIBEIRO, Arilda Inês Miranda. Mulheres educadas na colônia. In: LOPES, Eliana Marta Teixeira; FARIA FILHO, Luciano Mendes; VEIGA, Cynthia Greive (orgs.). **500 anos de educação no Brasil**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

RICHMAN, Rosalyn C. et al. Advancing Women and Closing the Leadership Gap: The Executive Leadership in Academic Medicine (ELAM) Program Experience. **Journal of women's health & gender-based medicine**, v.10, n. 3, p. 271-278, 2001. Disponível em: < [http://journals.naspa.org/cgi/viewcontent.cgi?context=njawhe&article=1005&date=&mt=MTMxMjQ4NTA5NQ==&access\\_ok\\_form=Continue](http://journals.naspa.org/cgi/viewcontent.cgi?context=njawhe&article=1005&date=&mt=MTMxMjQ4NTA5NQ==&access_ok_form=Continue) >. Acesso em: jul. 2011.

RISKA, Elianne. Gender and medical careers. *Maturitas*, **Matutitas**, v.68, n. 2, p. 264-267, mar. 2011. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21030166> >. Acesso em: mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Gender and medical education. In: BROSANAN, Caragh; TURNER, Bryan S. **Handbook of the sociology of medical education**. New York: Routledge, 2009, p. 89- 105.

\_\_\_\_\_. **Medical careers and feminist agendas: American, Scandinavian and Russian women physicians**. Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter, 2001.

\_\_\_\_\_. Women in the Medical Profession: International Trends. In: KUHLMANN, Ellen; ANNANDALE, Ellen (Orgs.). **The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare**. Basingstoke:Palgrave Macmillan, 2010, p. 389-404.

RISKA, Elianne; WEGAR, Katarina. Women physicians: a new force in Medicine? In: RISKA, Elianne; WEGAR, Katarina (Orgs.). **Gender, work and Medicine: women and the medical division of labour**. London: Sage, 1993, p. 77-93.

RISKA, Elianne; AALTONEN, Leena-Maija; KENTALA, Erna. Young specialists' career choices and work expectations. In: TSOUROUFLI, Maria (Org.). **Gender, careers and inequalities in Medicine and medical education: internacional perspectives**. London: Emerald, 2015, p. 127-150.

RISTOFF, Dilvo. *et al.* (orgs.). **A mulher na educação superior brasileira: 1991-2005**. Brasília : Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2007.

ROMANELLI, Geraldo. **Famílias de camadas médias e escolarização superior dos filhos – O estudante-trabalhador**. In: NOGUEIRA, M.A.; ROMANELLI, G.; ZAGO, N. (Org.). *Família e escola. Trajetórias de escolarização em camadas médias e populares*. Petrópolis: Vozes, 2000, p. 99-123.

ROMESTAING, Patrick (Coord.). **Etude de la féminisation de la profession médicale et de son impact: Approche quantitative et qualitative. Enquête auprès des médecins en exercice**. Grenoble: CAREPS / L'union Regionale des Medecins Liberaux Rhone-Alpes, 2003. Disponível em: <<http://www.urps-med-ra.fr/medias/content/files/publications/feminisation-1440753421.pdf> >. Acesso em fevereiro de 2016.

ROSEMBERG, Fúlvia; AMADO, Tina. Mulheres na escola. **Revista Cadernos de Pesquisa**, n.80, p.62-74, fev. 1992.

ROSEMBERG, Fúlvia; ANDRADE, Leandro Feitosa. Ação afirmativa no ensino superior brasileiro: a tensão entre raça/etnia e gênero. **Cadernos Pagu**, v. 31, p. 419-38, 2008.

RUSCONI, A.; SOLGA, H. Determinants of and obstacles to dual careers in Germany. **Zeitschrift für Familienforschung**, vol.19, nº 3, p. 311-336, 2007. Disponível em: <<http://www.zeitschrift-fuer-familienforschung.de/pdf/2007-3-rusconi.pdf>> Acesso em: Agosto de 2012.

SÃO PAULO [Estado]. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Comissão Parlamentar de Inquérito constituída pelo Ato nº 56, de 2014, com a finalidade de "investigar as violações dos direitos humanos e demais ilegalidades ocorridas no âmbito das Universidades do Estado de São Paulo ocorridas nos chamados 'trotos', festas e no seu cotidiano acadêmico". Relatório Final. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, Poder Legislativo, São Paulo, SP, 15 abr. 2015. Vol. 125, n. 67, Suplemento. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/arquivoWeb/com/com3092.pdf>>. Acesso em: agosto de 2015.

SBU. Mulher na urologia. **RECET**, vol. 2, n.1, p. 4-5, janeiro-abril de 2013. Disponível em: <[http://sbuserver.org/download/teste\\_recet/pdf/2013/3\\_mulher\\_urologia.pdf](http://sbuserver.org/download/teste_recet/pdf/2013/3_mulher_urologia.pdf)>. Acesso em: Agosto de 2014.

SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. **História geral da Medicina brasileira**. São Paulo: HUCITEC, Editora da Universidade de São Paulo, 1977.

SANTOS, Tânia Steren dos. **Carreira profissional e gênero: trajetórias de homens e mulheres na medicina**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2010a.

\_\_\_\_\_. Considerações sobre mudanças na profissão médica e diferenciações ocupacionais no interior de um Hospital Universitário (HCPA). In: **XII Congresso Brasileiro de Sociologia**, 2005, Belo Horizonte. Sociologia e Realidade: Pesquisa Social no Século XXI, 2005. Disponível em: <[http://www.sbsociologia.com.br/portal/index.php?option=com\\_docman&task=search\\_result&Itemid=171](http://www.sbsociologia.com.br/portal/index.php?option=com_docman&task=search_result&Itemid=171)>. Acesso em: set. 2013.

\_\_\_\_\_. Discriminações, estímulos e obstáculos no campo profissional da medicina: um olhar de gênero e gerações. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 7, p. 499-527, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v7n3/07.pdf>>. Acesso em: set. 2013.

\_\_\_\_\_. Divisão sexual do trabalho na profissão médica e atividades acadêmicas. In: **VIII Congresso Iberoamericano de Ciencia, Tecnologia y Género**. Curitiba, 2010b. p. 1-8. Disponível em: <[http://files.dirppg.ct.utfpr.edu.br/ppgte/eventos/cictg/conteudo\\_cd/E7\\_Divis%C3%A3o\\_Sexual\\_do\\_Trabalho\\_na\\_Profiss%C3%A3o\\_M%C3%A9dica.pdf](http://files.dirppg.ct.utfpr.edu.br/ppgte/eventos/cictg/conteudo_cd/E7_Divis%C3%A3o_Sexual_do_Trabalho_na_Profiss%C3%A3o_M%C3%A9dica.pdf)>. Acesso em: out. 2011.

\_\_\_\_\_. Relações de gênero na medicina: características do trabalho profissional e as interfaces com a vida doméstica. In: **Seminário Internacional Fazendo Gênero 8**, 2008, Florianópolis. Seminário Internacional Fazendo Gênero 8, Corpo, Violência e Poder. Florianópolis: UFSC, 2008. v. 1. p. 80. Disponível em: <[http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST25/Tania\\_Steren\\_dos\\_Santos\\_25.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST25/Tania_Steren_dos_Santos_25.pdf)>. Acesso em: set. 2013.

SANTOS, Valéria de Oliveira. **A longa espera**: a entrada tardia de estudantes das classes médias no curso de medicina da UFSJ. Dissertação (mestrado em Educação) - Universidade Federal de São João del-Rei. São João del-Rei, 2012.

SCHEFFER, Mário (coord.). **Demografia Médica no Brasil**, v. 2: cenários e indicadores de distribuição. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013. Disponível em < <http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf> >. Acesso em: jun. 2014.

SCHEFFER, Mário (coord.). **Demografia Médica no Brasil 2015**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2015. Disponível em < <http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf> >. Acesso em: abr. 2016.

SCHUMAHER, Schuma e Brazil, Érico V. **Dicionário Mulheres do Brasil**: de 1500 até a atualidade. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

SCOTT, Joan. Igualdad versus diferencia: los usos de la teoría postestructuralista. **Debate Feminista**, Mexico D.F., v. 5, p. 85-104, mar. 1992. Disponível em:< [http://mujeresdelsur.org/sitio/images/descargas/gtps\\_scott\\_unidad\\_1.pdf](http://mujeresdelsur.org/sitio/images/descargas/gtps_scott_unidad_1.pdf) >. Acesso em: jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Revista Educação e Realidade**, v. 20, n.2, jul./dez., 1995.

\_\_\_\_\_. “Unanswered Questions”. **The American Historical Review**, v. 113, n.5, p. 1422-1430, 2008. Disponível em:< <http://www.culturahistorica.es/scott/unanswered.pdf> >. Acesso em: jan. 2015.

SEMESP- Sindicato das Mantenedoras de Ensino Superior. **Mapa do Ensino Superior no Brasil 2015**. SEMESP, 2015. Disponível em:< <http://convergenciacom.net/pdf/mapa-ensino-superior-brasil-2015.pdf> >. Acesso em: outubro de 2016.

SPINDOLA, Thelma; SANTOS, Rosângela da Silva. Trabalho versus vida em família: conflito e culpa no cotidiano das trabalhadoras de enfermagem. **Ciência y enfermería**, v.X, n.2, p. 43-52, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v10n2/art06.pdf> >. Acesso em: out. 2014.

SERRURIER, Catherine. **Elogio às Mães Más**. São Paulo: Summus, 1993.

SETTON, Maria da Graça Jacintho. A divisão interna do campo universitário: uma tentativa de classificação. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**. Brasília, v. 80, n. 196, p. 451-471, 2002.

\_\_\_\_\_. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Revista Brasileira de Educação**, n. 20, p. 60-70, mai./ago., 2002.

SETTON, Maria da Graça Jacintho; VIANNA, Cláudia Pereira. Socialização de gênero e violência simbólica: um diálogo com Joan Scott, Pierre Bourdieu e Bernard Lahire. In:

GOMES, Lisandra; REIS, Magaly dos (Orgs.). **Infância: sociologia e sociedade**. São Paulo: Attar Editorial, 2014, p. 34-65.

SHOLLEN, Lynn. S. et al. Organizational Climate and Family Life: How These Factors Affect the Status of Women Faculty at One Medical School. **Academic Medicine**, v. 84, n. 1, January 2009, p. 87-94. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19116483> >. Acesso em: agosto de 2016.

SILVA, Tomaz Tadeu. **Documentos de Identidade**: uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

SIMÕES, Romeo Lages et al. Ligas do trauma: um caminho alternativo para ensinar cirurgia do trauma aos estudantes de medicina. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgia**, v. 41, n. 4, p. 297-302, 2014.

SIQUEIRA, Vera Helena Ferraz; ROCHA, Glória Walkyria de Fátima. A construção de diferenças de gênero entre estudantes de medicina. **Cadernos Pagu**, n.30, p. 231-268, jan. / jun. 2008.

SOARES, Cristiane. A distribuição do tempo dedicado aos afazeres domésticos entre homens e mulheres no âmbito da família. **Gênero**, v.0, n. 1, p. 9-29, 2.semestre de 2008.

SOETHOUT, M. B. M.; TEN CATE, Th. J. ; VAN DER WAL, G. Factors Associated with the Nature, Timing and Stability of the Specialty Career Choices of Recently Graduated Doctors in European Countries, a Literature Review . **Medical Education**, vol. 9, nº 24, p. 1-9, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28253127> >. Acesso em: mai. 2013.

SOIHET, Raquel. Violência Simbólica: saberes masculinos e representações femininas. **Revista Estudos Feministas**, vol.5, n. 1, p. 7-29, 1997.

SOUZA, Alberto de Mello e. Desempenho dos candidatos no vestibular e o sistema de cotas na UERJ. **Ensaio**, Rio de Janeiro, v.20, n. 77, p. 701-724, dez. 2012.

SOUZA-LOBO, E. **A classe operária tem dois sexos**: trabalho, dominação e resistência. São Paulo: Brasiliense, 1991.

STAMM, Martina ; BUDDEBERG-FISCHER, Barbara. How do physicians and their partners coordinate their careers and private lives? **Swiss Medical Weekly**, v. 141, n. 13179, 2011, p. 1-7. Disponível em: < [http://www.buddeberg-praxis.ch/\\_pdf/bb/SMW\\_2011b.pdf](http://www.buddeberg-praxis.ch/_pdf/bb/SMW_2011b.pdf) >. Acesso em: fev. 2015.

SZUMACHER, Ewa. Women in academic medicine: new manifestations of gender in balances. **Hep.oise**, Toronto, v. 1, n. 2, 2005, p. 37-55. Disponível em: < <http://hep.oise.utoronto.ca/index.php/hep/article/viewFile/604/668> >. Acesso em: abr. 2011.

TAVARES, Ari de Pinho et al. O “Currículo Paralelo” dos Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n.3, p. 254-265, 2007.

TAYLOR, Kathryn S.; LAMBERT, Trevor W.; GOLDACRE, Michael J. Career progression and destinations, comparing men and women in the NHS: postal questionnaire surveys. **British Medical Journal**, v. 338, 2009. Disponível em: < <http://www.bmj.com/content/338/bmj.b1735.full.pdf> >. Acesso em: ago. 2011.

TOURAINÉ, Alain. **O mundo das mulheres**. Petrópolis: Vozes, 2007.

TROPPMANN, Kathrin Mayer et al. Women surgeons in the new millennium. **Archives of Surgery**, v. 144 n.7, p. 635-642, Jul. 2009. Disponível em: < <http://surgery.ucsd.edu/som/surgery/about/women-in-surgery/Documents/Archives-of-Surgery-Women-Surgeons-New-Millennium.pdf> >. Acesso em: agosto de 2014.

TSOUROUFLI, Maria (Org.). **Gender, careers and inequalities in Medicine and medical education: internacional perspectives**. London: Emerald, 2015.

TURMA 61 MEDICINA UFG: Vídeo para os calouros. Publicado por Matheus Coelho. **YouTube** [vídeo], 09:27. Publicado em 05 de mar. 2014. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=hAfNgRTSNGw> >. Acesso em: out. 2015.

TURNER, Victor W. **O Processo Ritual: estrutura e anti-estrutura**. Petrópolis, Vozes, 1974.

UIC. The University of Illinois at Chicago. **Beyond parity workbook for action: transforming academic medicine through women's leadership**. Center for Research on Women and Gender National Center of Excellence in Women's Health. Chicago, 2011, p.1-70. Disponível em: < [http://www.uic.edu/orgs/womenshealth/bp\\_workbook156.pdf](http://www.uic.edu/orgs/womenshealth/bp_workbook156.pdf) >. Acesso em: abr. 2011.

USGSO. Committee on the Unrecognized Single-Gender Social Organizations. **Report of the Committee on the Unrecognized Single-Gender Social Organizations**. Cambridge: Harvard University, 05 de julho de 2017. Disponível em: < [https://www.harvardmagazine.com/sites/default/files/inline\\_images/USGSO%20committee%20report%202017\\_Final%20Draft.pdf](https://www.harvardmagazine.com/sites/default/files/inline_images/USGSO%20committee%20report%202017_Final%20Draft.pdf) >. Acesso em 16 de julho de 2017.

VARGAS, Hustana Maria. Aqui é assim: tem curso de rico pra ficar rico e curso de pobre para continuar pobre. In: **Anais da 33ª Reunião Anual da ANPED**. Caxambu/MG, 2010a. Disponível em: < <http://33reuniao.anped.org.br/internas/ver/trabalhos> >. Acesso em: dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Cor e curso na interiorização de uma universidade federal. Rio de Janeiro, Grupo estratégico de análise da educação superior no Brasil, **Flacso Brasil**, nov.2015, p. 1-9. Disponível em:< <http://flacso.org.br/?publication=opinioao-n22-cor-e-curso-na-interiorizacao-de-uma-universidade-federal> >. Acesso em: mar.2016.

\_\_\_\_\_. **Represando e distribuindo distinção: a barragem do ensino superior**. 2008, 230p. Tese (Doutorado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

\_\_\_\_\_. Sem perder a majestade: “profissões imperiais” no Brasil. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, v.15, n.28, p.107-124, 2010b.

\_\_\_\_\_. Uma sociologia das ausências: negros e carreiras de prestígio no Brasil. **Anais da XXXV Reunião Anual da ANPEd**. Porto de Galinhas (PE), 2012.

VÍDEO DE RECEPÇÃO DOS CALOUROS 2012 MEDICINA UEL. Produzido pela comissão de recepção dos calouros Turma 64. Publicado por Anna Paula Olivieri. **YouTube** [vídeo], 11:37. Publicado em 03 de mar. 2012. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=wLm-cVHPkio> >. Acesso em: out. 2015.

VIEIRA, Marcia Aparecida de Lima. **Mulheres na medicina**: construindo espaços na São Paulo do século XX. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós- Graduação Scrictu-Sensu em Educação da Universidade São Francisco. Itatiba: 2006. 102 p.

VIOLAÇÕES de direitos humanos na FMUSP. Publicado por Adriano Diogo. **YouTube** [vídeo], 06:30:12. Publicado em 11 de novembro de 2014. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=8zH7pk6IBhc> >. Acesso em: ago. 2015.

WACQUANT, Loïc. Lendo o “capital” de Bourdieu. **Educação e Linguagem**, ano10, n.16, p.37-62, jul.- dez. 2007.

WILLIAMS, S. J.; PECENCO, L.; BLAIR-LOY, M. **The persistence of male power and prestige in the professions**: Report on the professions of Law, Medicine, and Science & Engineering. Center for Research on Gender in the Professions, UC San Diego: 2013. Disponível em: < <http://crgp.ucsd.edu/documents/PersistenceofMalePowerandPrestigeintheProfessionsReportwithCaseStudies.pdf> >. Acesso em julho de 2014.

WIRTZFELD, Debrah A., The history of women in surgery. **Canadian Journal of Surgery**, vol. 52, n. 4, p. 317–320, Aug 2009. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2724816/> >. Acesso em maio de 2013.

WOODWARD, Kathryn. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (org.). **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2014, p. 7-72.

ZOLESIO, E. **Chirurgiens au féminin ?** Socialisation chirurgicale et dispositions sexuées de femmes chirurgiens digestifs. 2010. Thèse – (Sociologie sous la direction de B. Lahire), Université Lyon 2. Lyon, 2010.

## APÊNDICES

### Apêndice A- Quadro. Ingresso na faculdade

Pseudônimo / Ano e idade de ingresso na faculdade de Medicina / Tentativas de ingresso	Frequência a curso pré-vestibular / anos de cursinho	Tipo de curso pré-vestibular frequentado	Instituição na quais prestou vestibular para Medicina <sup>1</sup>	Instituição em que cursou a faculdade de Medicina	Participou da Atlética ou do Centro Acadêmico <sup>1</sup>	Participou da Intermed <sup>1</sup>	Participou de Ligas Acadêmicas ou estágios extracurriculares <sup>1</sup>
Alice 2001 19 anos 3 tentativas de ingresso	Sim 2 anos	Rede privada COC	USP – UNICAMP UNESP - UNIFESP FAMEMA	Universidade Pública do estado de SP	Sim  Foi diretora de modalidade: basquete	Sim  Foi em muitas Intermed	Sim
Aline 2006 19 anos 2 tentativas de ingresso	Sim 1 ano	Rede privada Etapa	USP – UNICAMP UNESP - UNIFESP	Universidade Pública do estado de SP	Sim Treinava modalidades esportivas	Sim  Foi em muitas Intermed	Sim - No 4º ano fez estágio nos Estados Unidos no maior instituto de transplante do mundo
Bianca 2007 19 anos 2 tentativas de ingresso	Sim 1 ano	Rede privada	USP – UNICAMP UNESP - UNIFESP PUC	Universidade Pública do estado de SP	Sim  Centro Acadêmico	Sim  Foi em duas, apenas como expectante	Sim - Desde o 1o ano da faculdade Liga do Trauma por 2 anos.
Denise 2002 20 anos 3 tentativas de ingresso	Sim 2 anos	Rede privada Anglo COC	USP – UNICAMP UNESP - UNIFESP UNITAU- FMJ- PUC	Faculdade privada do estado de São Paulo	?	Não	Sim Estágio em hospital a partir do 4º ano da faculdade
Elenice 1991 18 anos 2 tentativas de ingresso	Sim 1 ano	Rede privada	USP – UNICAMP UNESP - UFU FMJ	Universidade Pública do estado de SP	Não	Não	Sim A partir do 3ºano da faculdade Liga do Trauma
Ilary 2003 20 anos 3 tentativas de ingresso	Sim 2 anos	Rede privada Anglo (com bolsa)	USP – UNICAMP UNESP - UNIFESP	Universidade Pública do estado de SP	?	Sim	Sim Liga do Trauma e de Cirurgia
Isabel 1971 18 anos 3 tentativas de ingresso	Sim 2 anos	Rede privada (50% de bolsa)	USP – UNICAMP UNESP - PUC	Universidade Pública do estado de SP	?	?	Sim Instrumentava cirurgias desde o 1º ano da faculdade
Jéssica 2001 15 anos 1 tentativa de ingresso	Não	-----	Universid e Pública na Venezuela	Universidade Pública na Venezuela	Não fez faculdade no Brasil	Não fez faculdade no Brasil	Sim Experiência em hospital público na Venezuela
Joyce 2004 19 anos 3 tentativas de ingresso	Sim 2 anos	Rede privada Anglo (com bolsa)	USP – UNICAMP UNESP - UNIFESP SANTA CASA	Universidade Pública do estado de SP	Sim Treinava modalidades esportivas	Sim Foi em muitas Intermed Competia	Sim
Kátia 2001 18 anos 2 tentativas de ingresso	Sim 1 ano	Rede privada Objetivo	USP – UNICAMP UNESP - FAMERP SANTA CASA	Universidade Pública do estado de SP	Não	Sim Foi em 3 Participou da torcida	Sim Liga do Trauma por 4 anos

Pseudônimo / Ano e idade de ingresso na faculdade de Medicina / Tentativas de ingresso	Frequência a curso pré-vestibular / anos de cursinho	Tipo de curso pré-vestibular frequentado	Instituição na quais prestou vestibular para Medicina <sup>1</sup>	Instituição em que cursou a faculdade de Medicina	Participou da Atlética ou do Centro Acadêmico <sup>1</sup>	Participou da Intermed <sup>1</sup>	Participou de Ligas Acadêmicas ou estágios extracurriculares <sup>1</sup>
Kelly 2001 17 anos 1 tentativa de ingresso	Sim 1 ano	Rede privada COC	USP- UNESP UNISA	Faculdade privada do estado de São Paulo	Sim	Sim Foi em muitas Intermed Competiu nas modalidades de Futsal, tênis, tênis de mesa	Sim Liga do trauma por 4 anos
Lúcia 1984 19 anos 3 tentativas de ingresso	Sim 2 anos	Rede privada	UNICAMP- UNESP	Universidade Pública do estado de SP	Não	Não tinha na época dela	Sim Instrumentava cirurgias desde o 1º ano da faculdade
Ludmila 1987 18 anos 2 tentativas de ingresso	Sim 1 ano	Rede privada	UFJF	Universidade Pública Federal do estado de Minas Gerais	Não	Não	Sim Estágio na cirurgia cardíaca no 4º ano da faculdade
Marcela 1984 19 anos 2 tentativas de ingresso	Não	Fez aulas com professor particular	UFPA UEPA	Universidade Pública do estado do Pará	Não	Não havia essa competição na sua época	Sim Estágio desde o 1º ano da faculdade
Mirela 2006 21 anos 3 tentativas de ingresso	Sim 2 anos	Rede privada Poliedro	USP – UNICAMP UNESP - UNIFESP PUC - FAMERP	Universidade Pública do estado de SP	Não	Sim Foi em todas as Intermed Participou da torcida	Sim Liga do Trauma por 3 anos Homeopatia / Psiquiatria Especialista em Cirurgia Geral
Mônica 2007 20 anos 3 tentativas de ingresso	Sim 2 anos	Rede privada Anglo	USP – UNICAMP UNESP - UNIFESP	Universidade Pública do estado de SP	SIM Foi presidente da Atlética no terceiro ano	Sim Foi em todas as Intermed Competiu nas modalidades de vôlei, handball e futsal	Sim
Nayara 2006 20 anos 2 tentativas de ingresso	Sim 2 anos	Particular, com bolsa integral	USP – UNICAMP UNESP - FAMEMA	Universidade Pública do estado de SP	Não	Não	Sim Desde o 1º ano da faculdade
Núbia 2002 17 anos 1 tentativa de ingresso	Não	-----	UNIMES FCMS	Universidade privada do estado do ES	?	Sim	Sim O pai era cirurgião e frequentou estágios desde o início da faculdade
Patrícia 2004 19 anos 2 tentativas de ingresso	Sim 2 anos	Rede privada Anglo	USP – UNICAMP UNESP - UNIFESP  AMEMA	Pública do estado de SP	Sim	Sim Foi em todas as Intermed Participou do Centro Acadêmico	Sim Iniciação científica (os 6 anos da graduação) Liga de cardiologia
Paula 2000 21 anos 3 tentativas de ingresso	Sim	Rede privada	USP – UNICAMP UNESP - PUC	Universidade Pública do estado de SP	Sim Treinava modalidades esportivas Foi tesoureira da Atlética	Sim Foi em todas as Intermed Jogava basquete	Sim Estágio na Santa Casa a partir do 3º ano da faculdade
Pietra 1997 18 anos 2 tentativas de ingresso	Sim 1 ano	Rede privada Anglo	USP – UNICAMP UNESP - FAMERP FCMS - FMJ UNIMAR	Faculdade privada do estado de São Paulo	Sim Treinava modalidades esportivas	Sim Foi em todas as Intermed Competiu: basquete- handboll- atletismo	Sim Monitora de anatomia Liga de oncologia

Pseudônimo / Ano e idade de ingresso na faculdade de Medicina / Tentativas de ingresso	Frequência a curso pré-vestibular / anos de cursinho	Tipo de curso pré-vestibular frequentado	Instituição na quais prestou vestibular para Medicina <sup>1</sup>	Instituição em que cursou a faculdade de Medicina	Participou da Atlética ou do Centro Acadêmico <sup>1</sup>	Participou da Intermed <sup>1</sup>	Participou de Ligas Acadêmicas ou estágios extracurriculares <sup>1</sup>
Pietra 1997 18 anos 2 tentativas de ingresso	Sim 1 ano	Rede privada Anglo	USP – UNICAMP UNESP - FAMERP FCMS - FMJ UNIMAR	Faculdade privada do estado de São Paulo	Sim Treinava modalidades esportivas	Sim Foi em todas as Intermed Competiu: basquete-handboll-atletismo	Sim Monitora de anatomia Liga de oncologia
Raíssa 1997 19 anos 2 tentativas de ingresso	Sim 2 anos	Rede privada Anglo	PUC - FAMEMA UNICAMP-UNIVAS	Universidade Pública do estado de SP	Sim Treinava modalidades esportivas Foi diretora de modalidade	Sim Foi em todas as Intermed Jogava basquete	Sim Liga de câncer de boca Liga do Trauma Paramédica em ambulância
Sara 2002 19 anos 2 tentativas de ingresso	Sim 2 anos	Rede privada	Universidade e da rede privada na Colômbia	Universidade da rede privada na Colômbia	Não fez faculdade no Brasil	Não fez faculdade no Brasil	Sim Experiência na emergência de hospital público na Colômbia
Suelen 2011 21 anos 1 tentativa de ingresso	Sim 1 ano	Cursinho popular	UFBA	Universidade Pública Federal do estado da Bahia	Não	Não	Sim Desde o segundo ano: Ligas e estágios
Stela 2009 19 anos 3 tentativas de ingresso	Sim 2 anos	Rede privada	USP – UNICAMP UNESP - UFJF UFMG	Universidade Pública do estado de SP	Sim Centro Acadêmico diretoria	Sim Foi em algumas Intermed Expectadora Militante contra o trote violento	?
Tamara 2009 20 anos 3 tentativas de ingresso	Sim 2 anos	Rede privada	USP – UNICAMP UNESP - UNIFESP	Universidade Pública do estado de SP	Sim Centro Acadêmico diretoria	Sim Foi em algumas Intermed Expectadora Militante contra o trote violento	Sim Liga de diabetes mellitus, hipertensão e obesidade Liga de psiquiatria e saúde mental Estágio em Ginecologia e Obstetrícia
Teresa 2005 19 anos 3 tentativas de ingresso	Sim 2 anos	Rede privada	UFES EMSCV	Faculdade privada do estado Do Espírito Santo	?	?	Sim Liga do Trauma
Vânia 1965 17 anos 1 tentativa de ingresso	Sim 1 ano	Rede privada Objetivo	USP- UNICAMP UNIFESP- UNISA	Faculdade privada do estado de São Paulo	Não	Não tinha na época dela	Sim Instrumentava cirurgias desde o 1º ano da faculdade
Vívian 1999 16 anos 1 tentativa de ingresso	Não	-----	Universidade e Pública na Venezuela	Universidade Pública na Venezuela	Não fez faculdade no Brasil	Não fez faculdade no Brasil	Sim Experiência em UTI de área violenta de Caracas

Fonte: entrevistas realizadas pela pesquisadora

<sup>1</sup> Em alguns casos faltaram informações sobre a participação na Atlética, no Centro Acadêmico, na Intermed, nas Ligas Acadêmicas e nos estágios porque na ocasião em que fiz as entrevistas eu ainda não havia percebido que essas informações seriam relevantes para minha tese. Posteriormente, tentei estabelecer contato novamente com as entrevistadas para obter essas informações, mas não obtive sucesso nessa empreitada.

Legenda:  Entrevistadas das gerações mais velhas  Entrevistadas que fizeram faculdade fora do Brasil

**Apêndice B- Quadro. Formação na residência**

Pseudônimo / Ano e idade de conclusão da graduação / Especialidade	Tentativas de entrada na residência para Cirurgia Geral	Ano de entrada na residência em Cirurgia Geral / instituição	Ano de entrada na residência em Cirurgia especializada / instituição	Idade de conclusão da residência em Cirurgia especializada
Aline 2006 / 22 anos Coloproctologia	1	2007 Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública Estadual –SP	2009 Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública Estadual –SP	26 anos - R4 27 anos - R5
Alice 2010 / 23 anos Gastrocirurgia	2	2007 Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública Estadual -SP	2012 Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública Estadual -SP	28 anos
Bianca 2012 / 24 anos Ex residente de Cirurgia Geral Atual: Ultrassonografia	1	2013 Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública Estadual -SP	----	Em curso
Denise 2007 / 25 anos Coloproctologia	1	Hospital da rede pública	2010 Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública Estadual –SP	29 ANOS
Elenice 1996 / 23 anos Gastrocirurgia	1	1997 Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública Estadual –SP	1999 Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública Estadual –SP	27 anos
Ilary 2008 / 25 anos Gastrocirurgia	1	2010 Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública Estadual -SP	2012 Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública Estadual –SP	30 anos Faz R5 em endoscopia
Isabel 1979 / 23 anos Gastrocirurgia	Não fez residência em Cirurgia Geral*1	Não fez residência em Cirurgia Geral	1980 Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública Estadual -SP	33 anos
Jéssica 2006 / 21 anos Cirurgia Cardiovascular	1	2008 Hospital Público / Venezuela	2012 Hospital da rede pública	Em curso Projeção de término: 28 anos
Joyce 2009 / 24 anos Coloproctologia	1	2011 Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública Estadual -SP	2014 Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública Estadual -SP	29 anos
Kátia 2006 / 23 anos Cirurgia torácica	1	2007 Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública Estadual –SP	2009 Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública Estadual -SP	29 anos 2012
Kelly 2006 / 22 anos Gastrocirurgia	1	2007 Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública Estadual -SP	2010 Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública Estadual -SP	26 anos- R4 27 anos - R5
Lúcia 1990 / 27 anos Gastrocirurgia	1	1991 Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública Estadual -SP	1993 Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública Estadual -SP	31 anos
Ludmila 1992 / 24 anos Cirurgia Cardiovascular	Não fez residência em Cirurgia Geral*2	Não fez residência em Cirurgia Geral	1993 Hospital da Rede privada	1995 28 anos
Marcela 1989 / 24 anos Cirurgia Cardiovascular	Não fez residência em Cirurgia Geral*1	Não fez residência em Cirurgia Geral	1990 Equipe de renomado cirurgião cardíaco em Hospital da Rede Privada	27 anos 1993

Pseudônimo / Ano e idade de conclusão da graduação / Especialidade	Tentativas de entrada na residência para Cirurgia Geral	Ano de entrada na residência em Cirurgia Geral / instituição	Ano de entrada na residência em Cirurgia especializada / instituição	Idade de conclusão da residência em Cirurgia especializada
Mirela 2011 / 26 anos Cirurgia Geral	2 Fez cursinho	2013 Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública Estadual -SP	----	Projeção de término: 32 anos
Mônica 2011 / 25 anos Cirurgia Geral	1	Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública Estadual -SP	----	Projeção de término: 30 anos
Nayara 2011 / 25 anos Psiquiatra	----	2012 Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública Estadual -SP	2015	29 anos
Núbia 2011 / 22 anos Coloproctologia	1	2008 Hospital de Clínicas de uma Universidade da rede privada -SP	Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública Estadual -SP	26 anos
Patrícia 2009 / 24 anos Cirurgia Cardiovascular	Não fez residência em Cirurgia Geral*2	Não fez residência em Cirurgia Geral	Equipe de renomado cirurgião cardíaco em Hospital da Rede Privada	Em curso Projeção de término: 30 anos
Paula 2005 / 26 anos Coloproctologia	1	2006 Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública Estadual -SP	2008 Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública Estadual -SP	30 anos
Pietra 2002 / 23 anos Cirurgia pediátrica	1	2003 Hospital de Clínicas de uma Universidade da rede privada	2005 Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública Estadual -SP	28 anos
Raíssa 2002 / 24 anos Cirurgia Cardiovascular	1	Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública Estadual -SP	2005 Hospital da Rede Privada	30 anos
Sara 2007 / 26 anos Cirurgia Cardiovascular	1	2008 Hospital da Rede Pública	2010 Hospital da Rede Pública	32 anos
Suelen 2015 / 26 anos Generalista Recém-formada	----	----	----	----
Stela 2014 / 23 anos -----	----	----	----	----
Tamara 2015 / 26 anos -----	----	----	----	----
Teresa 2010 / 25 anos Cirurgia Geral	1	2012 Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública Estadual -SP	----	Projeção de término: 30 anos
Vânia 1970 / 22 anos Cirurgia Cardiovascular	Não fez residência em Cirurgia Geral*1	Não fez residência em Cirurgia Geral	1976 Hospital da Rede Pública	25 anos
Vívian 2004 / 23 anos Cirurgia Cardiovascular	1	2006 Hospital público na Venezuela	2011 Hospital da Rede Pública	Em curso Projeção de término: 31 anos

\*1 Na época em que fez residência em Cirurgia Cardiovascular a residência em Cirurgia Geral não era um pré-requisito para se fazer residência em cirurgia especializada.

\*2 Não precisou fazer residência em Cirurgia Geral porque fez a residência em Cirurgia Cardiovascular na equipe de um cirurgião da rede privada.

Legenda:  Estudantes de Medicina

Médicas que não fizeram residência em Cirurgia

## Apêndice C- Grade temática do roteiro de entrevista

Dados de base			
Idade; cor/raça (autodeclarada); local de nascimento; estado civil; cônjuge (idade, escolarização, profissão); filhos (idade/sexo)			
Família de origem: aspectos socioeconômicos e culturais		Escolarização básica	
Linagem familiar (pais, avós, tios) Escolarização/profissão	Primos –irmãos (Escolarização/profissão) – posição na fratria	Educação infantil Ensino fundamental Ensino médio	Rede privada/pública Tipo de rede privada/pública
Sensação de estabilidade Percepção de como se via / trajetória econômica ascendente ou descendente	Capital cultural familiar Teatro, cinema, museu, jornal, contação de histórias, leitura, etc.	Dificuldade/facilidade na escola /Recuperação/ reprovação / Tarefas/ Rotina diária	Mudança de escola Razões Como foi / adaptação
Refeições / rotina diária/ Pai-mãe / avós / empregados	Biblioteca na escola / pública / em casa	Idade de início e conclusão de cada etapa	Ajuda /cobrança/ tarefas escolares
Imóveis (descrição) Residência principal / outros imóveis (Sítio-praia)	Empregados (tipo/quant.) Mobilidade social/econômica	Tempo livre: Brincadeiras (tipos) / esportes / passeios/ cursos (inglês, música, etc.)	Cursinho (tipo / tempo de cursinho) Escolha
Férias: exterior/hotéis	Animais de estimação	Intercâmbio de estudo	Capital social
Curso superior			
Escolha –momento- motivo Reação dos familiares	Razões – influência Contatos médico família	Cursinho – tipo – tempo	Estratégias de ingresso / ano /idade entrada-término
Vestibulares – Quantas vezes tentou?	Quais universidades? Outros cursos?	Idade de ingresso	Moradia durante a graduação / carro?
Onde fez a graduação- por que escolheu esse lugar?	Parente ou amigo estudou na mesma faculdade?	Sustento financeiro durante os anos de faculdade	Início do curso Calourada/ recepção
Horas de estudo Rotina diária Estratégias de estudo	Lazer – vida social Atividades físicas Namoro – Atlética?	Descrever momentos Dificuldades / angústias	Conselhos – piadas – indiretas – recomendações constrangimentos
Estereótipos gênero Discriminação de gênero	Ambulatório Estágios/internato	Liga do trauma? Outras ligas?	Docentes (homens/ Mulheres) mentores (as)
Relações com os colegas da turma/ outras turmas Redes de interdependência	Escolha da especialidade/ outras ideias / escolha colegas / Influências	Reação quanto à escolha (colegas, docentes, família)	Cursinho para a residência
Residência em cirurgia			
Tentativas de entrada Ano /idade entrada-término Processo de seleção (etapas)	Serviços onde tentou a residência / conhecidos / Critérios para a escolha	Características percebidas entre homens e mulheres cirurgiões(ãs)/ o que se espera	O início / lembranças Relações interpessoais Colegas-docentes-paciente
Estágios / o ambiente do centro-cirúrgico como são os plantões / rotina	Docentes homens e mulheres	Política interna / estrutura institucional / atrai mulheres? Repele?	Homens/ mulheres na residência Desistência?
Estratégias: estudo e trabalho/ conciliação vida familiar e residência	Lazer / vida social / namoro / casamento / filhos/ Maternidade	Constrangimentos Piadas / desconfiança/ estereótipos/ discriminação	Angústias /dificuldades inquietações/cobranças/ vitórias/ conquistas
Trajetória profissional			
Inserção/ mercado de trabalho Capital social? Relações de interdependência	Como é ser cirurgiã no local onde trabalha	Rotina de trabalho Clima de trabalho Diferença homens mulheres	Locais onde trabalha/trabalhou Cargos ocupados
Comando e chefia / Como chegou nesse espaço? Relações sociais / capital social Reconhecimento	Dificuldades / situações vividas/ Preconceito? Obstáculos /discriminação de gênero? Exemplos	Remuneração / convênios / consultório particular / cargo público	Família / filhos / maternidade/ conciliação (ou não) Redes de apoio
A formação continua A prova na sociedade de especialidade	Doutorado / docência Orientadores (as) / mentores (as)	A que atribui o sucesso? Atua como mentora/orientadora?	Cônjuge: participação no cuidado da casa e dos filhos

Fonte : quadro elaborado pela pesquisadora

## **Apêndice D- Termo de consentimento livre e esclarecido**

**Título do Projeto: “Garotas de branco: a construção da carreira feminina na medicina”**

**Pesquisadora responsável: Rebeca Contrera Ávila**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Maria Fonseca Almeida**

**Instituição a que pertence a pesquisadora responsável: UNICAMP**

**Grupo de pesquisa: FOCUS – Faculdade de Educação**

**Número do parecer no comitê de ética: 344.183   CAAE: 16567613.7.3001.5462**

A feminização da medicina tem se mostrado um fenômeno global e desencadeado grandes mudanças na medicina, enquanto categoria profissional. Uma das mudanças de maior impacto tem sido a escassez de mão de obra em algumas especialidades. A “preferência” das mulheres por especialidades como pediatria, ginecologia e obstetrícia tem ocasionado um déficit de profissionais em algumas especialidades, como por exemplo, nas especialidades cirúrgicas.

A pesquisa para a qual sua participação é solicitada é de grande relevância social, pois trata de questões que, indiretamente, têm impacto sobre a saúde pública. Pretende trazer uma contribuição significativa para a interpretação, não somente dos problemas contemporâneos ligados ao processo de formação das mulheres na medicina, mas, especialmente e, principalmente, sobre como se dá o processo de construção das perspectivas femininas quanto à escolha do curso superior, da especialidade médica a ser seguida e da futura carreira profissional.

O principal objetivo da pesquisa é compreender como se dá a construção das disposições, aspirações e perspectivas quanto ao futuro profissional por parte das mulheres médicas. Os principais sujeitos desta pesquisa são mulheres que fizeram opção por carreiras cirúrgicas em especialidades nas quais a presença feminina tem se mostrado historicamente como estatisticamente improvável. Presença essa, considerada como exceção estatística.

A metodologia da parte qualitativa da pesquisa prevê duas técnicas de coleta de dados: (i) a realização de pesquisa de campo de caráter etnográfico na qual se pretende observar a rotina diária de um grupo de residentes em diferentes especialidades cirúrgicas; (ii) a realização de entrevistas aprofundadas com mulheres cirurgiãs, mulheres que estejam fazendo residência médica em cirurgia e outros indivíduos que estejam diretamente relacionados aos sujeitos e ao objetivo da pesquisa. A entrevista será registrada com o uso de gravador e, posteriormente, será transcrita.

Com respeito à entrevista, por se tratar de uma entrevista sociológica de caráter biográfico que vai versar sobre a trajetória escolar das cirurgiãs é preciso que as voluntárias

estejam cientes de algumas situações possivelmente desconfortáveis: o tempo necessário para a realização da entrevista deverá ser de, aproximadamente, duas horas e o local onde a entrevista será realizada precisará ser silencioso e livre de interrupções constantes. A fim de minimizar o possível desconforto a entrevista irá ocorrer em local, data e horário escolhido pela entrevistada.

Apesar do possível desconforto, espera-se que as cirurgiãs se sintam beneficiadas com sua participação na pesquisa. Dentre os benefícios esperados podem ser destacados: a possibilidade de refletir aprofundadamente sobre sua própria trajetória de vida; a satisfação pessoal de estar contribuindo para uma pesquisa que discute questões de grande importância para a educação médica no Brasil e para a formação das mulheres médicas; a satisfação pessoal de estar contribuindo para que mais mulheres façam opção pela carreira cirúrgica.

Nesta pesquisa não haverá participação de grupos vulneráveis e não há riscos previsíveis para os (as) participantes. A pesquisadora se compromete a ter uma postura discreta e ética. Todos os dados coletados nas observações e nas entrevistas serão tratados de forma a manter no anonimato tanto a instituição onde a pesquisa irá acontecer como os sujeitos envolvidos. Dados confidenciais ou que, de algum modo, possam provocar constrangimentos ou prejuízos ao(a) voluntário(a), serão tratados com sigilo e de forma a proteger da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros. As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para a análise científica. Os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos e publicações científicas, como artigos, anais de congressos, livros, dentre outros.

A pesquisadora se compromete a prestar esclarecimentos antes, durante ou após a realização da pesquisa. A qualquer momento o(a) voluntário(a) poderá se recusar a participar da pesquisa ou solicitar a remoção dos dados por ele apresentados (a gravação da entrevista), mesmo após o término da pesquisa, sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade.

Por tratar-se de participação voluntária os sujeitos cujas práticas serão observadas ou cujas entrevistas serão solicitadas não receberão qualquer tipo de ressarcimento monetário ou indenização pela participação na pesquisa.

Este termo de consentimento será impresso em duas cópias, sendo uma da pesquisadora responsável e uma do sujeito voluntário. A última página deste documento deve conter a assinatura da pesquisadora responsável e a assinatura do sujeito de pesquisa

concordando em participar da pesquisa como voluntário. As demais páginas deste documento devem conter a rubrica das mesmas pessoas que assinaram o termo.

A seguir encontram-se os contatos da pesquisadora e do Comitê de Ética em Pesquisa/FCM/UNICAMP para que o(a) voluntário(a), caso necessário, possa fazer eventuais denúncias e/ou reclamações referentes aos aspectos éticos da pesquisa.

Dados para contato com a pesquisadora:

Rebeca Contrera Ávila

Endereço: Caixa Postal 144 / CEP: 37200-000 Lavras- MG

e-mail: [profrebecacontrera@gmail.com](mailto:profrebecacontrera@gmail.com)

Dados para contato com o Comitê de Ética em Pesquisa/FCM/UNICAMP:

Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEP 13083-887 Campinas – SP

Fone (019) 3521-8936 ou 3521-7187 e-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

---

Eu, \_\_\_\_\_,  
 RG nº \_\_\_\_\_ concordo em participar  
 como voluntário(a) do projeto de pesquisa acima descrito.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do(a) entrevistado(a)

---

Assinatura da pesquisadora

**ANEXOS**

## Anexo A

**Tabela. Distribuição de médicos especialistas, segundo especialidade – Brasil, 2014**

Posição	Especialidade	Número de títulos	%	% acumulada
1	Clínica Médica	35.060	10,6	10,6
2	Pediatria	34.637	10,5	21,1
3	Cirurgia Geral	29.200	8,8	30,0
4	Ginecologia e Obstetrícia	28.280	8,6	38,6
5	Anestesiologia	20.898	6,3	45,0
6	Cardiologia	13.420	4,0	49,0
7	Medicina do Trabalho	13.343	4,0	53,1
8	Ortopedia e Traumatologia	13.147	4,0	57,1
9	Oftalmologia	11.763	3,5	60,7
10	Radiologia e diagnóstico por imagem	9.672	2,9	63,6
11	Psiquiatria	9.010	2,7	66,3
12	Dermatologia	6.883	2,0	68,4
13	Otorrinolaringologia	5.703	1,7	70,2
14	Cirurgia Plástica	5.631	1,7	71,9
15	Medicina Intensiva	5.112	1,5	73,4
16	Urologia	4.791	1,4	74,9
17	Endocrinologia e metabologia	4.396	1,3	76,2
18	Gastroenterologia	4.375	1,3	77,6
19	Neurologia	4.362	1,3	78,9
20	Medicina da Família e Comunidade	4.022	1,2	80,1
21	Nefrologia	3.813	1,1	81,3
22	Medicina de Tráfego	3.612	1,1	82,4
23	Cirurgia vascular	3.541	1,0	83,4
24	Cancerologia	3.419	1,0	84,5
25	Pneumologia	3.253	0,9	85,5
26	Infectologia	3.229	0,9	86,4
27	Acupuntura	3.193	0,9	87,4
28	Patologia	3.162	0,9	88,4
29	Neurocirurgia	2.875	0,9	89,3
30	Endoscopia	2.631	0,8	90,1
32	Homeopatia	2.595	0,7	90,8
32	Cirurgia do Aparelho Digestivo	2.352	0,7	91,6
33	Hematologia e Hemoterapia	2.348	0,7	92,3
34	Cirurgia Cardiovascular	2.220	0,6	92,9
35	Reumatologia	2.053	0,6	93,6
36	Mastologia	1.813	0,5	94,1

37	Medicina Preventiva e Social	1.790	0,5	94,7
38	Coloproctologia	1.719	0,5	95,2
39	Patologia Clínica / Medicina Laboratorial	1.699	0,5	95,7
40	Angiologia	1.637	0,5	96,2
41	Nutrologia	1.536	0,4	96,7
42	Alergia e Imunologia	1.465	0,4	97,1
43	Geriatria	1.405	0,4	97,5
44	Cirurgia Pediátrica	1.288	0,3	97,9
45	Cirurgia de Cabeça e Pescoço	929	0,2	98,2
46	Cirurgia Torácica	913	0,2	98,5
47	Medicina Legal e Perícia Médica	900	0,2	98,8
48	Medicina Física e Reabilitação	895	0,2	99,0
49	Medicina Nuclear	792	0,2	99,3
50	Medicina Esportiva	783	0,2	99,5
51	Radioterapia	619	0,1	99,7
52	Cirurgia de Mão	585	0,1	99,9
53	Genética Médica	241	0,0	100,0

Fonte: Scheffer, Demografia Médica no Brasil, 2015.

**Anexo B****Tabela. Distribuição de médicos especialistas, segundo especialidades com predominância feminina - Brasil, 2014**

Especialidade	Feminino (%)	Masculino (%)	Razão (F/M)
Dermatologia	74,4	25,6	2,91
Pediatria	71,7	28,3	2,53
Endocrinologia e Metabologia	67,6	32,4	2,08
Genética Médica	67,0	33,0	2,02
Alergia e Imunologia	64,0	36,0	1,78
Hematologia e Hemoterapia	60,8	39,2	1,55
Infectologia	57,0	43,0	1,32
Medicina de Família e Comunidade	56,5	43,5	1,30
Reumatologia	56,2	43,8	1,28
Patologia	54,8	45,2	1,21
Homeopatia	54,2	45,8	1,18
Geriatria	52,9	47,1	1,12
Ginecologia e Obstetrícia	52,9	47,1	1,12
Clínica Médica	50,4	49,6	1,01
Acupuntura	50,1	49,9	1,00

**Fonte:** Scheffer. Demografia Médica no Brasil 2015, p. 70.

## Anexo C

**Tabela. Distribuição de médicos especialistas, segundo especialidades com predominância masculina - Brasil, 2014**

Especialidade	Feminino (%)	Masculino (%)	Razão (F/M)
Urologia	1,9	98,1	0,01
Ortopedia e Traumatologia	6,0	94,0	0,06
Cirurgia Torácica	8,1	91,9	0,08
Neurocirurgia	8,1	91,9	0,08
Cirurgia do Aparelho Digestivo	9,0	91,0	0,09
Cirurgia Cardiovascular	9,8	90,2	0,10
Cirurgia da Mão	13,5	86,5	0,15
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	15,3	84,7	0,18
Angiologia	15,4	84,6	0,18
Medicina Esportiva	15,7	84,3	0,18
Cirurgia Geral	18,4	81,6	0,22
Medicina Legal e Perícia Médica	19,1	80,9	0,23
Cirurgia Vascular	20,2	79,8	0,25
Cirurgia Plástica	21,7	78,3	0,27
Medicina do Tráfego	25,5	74,5	0,34
Endoscopia	25,9	74,1	0,34
Coloproctologia	26,3	73,7	0,35
Cardiologia	28,2	71,8	0,39
Medicina Intensiva	30,2	69,8	0,43
Medicina de Trabalho	38,1	68,9	0,45
Radioterapia	32,2	67,8	0,47
Medicina Nuclear	33,8	66,2	0,51
Otorrinolaringologia	34,8	65,2	0,53
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	35,1	64,9	0,54
Cancerologia	36,1	66,9	0,56
Anestesiologia	36,4	63,6	0,57
Cirurgia Pediátrica	36,5	63,5	0,57
Oftalmologia	38,5	61,5	0,62
Neurologia	40,2	59,8	0,67
Medicina Física e Reabilitação	41,7	58,3	0,71
Psiquiatria	42,6	57,4	0,74
Nutrologia	43,0	57,0	0,75
Gastroenterologia	43,3	56,7	0,76
Mastologia	43,7	56,3	0,77
Medicina Preventiva e Social	44,6	55,4	0,80
Patologia Clínica / Medicina Laboratorial	48,4	51,6	0,93
Pneumologia	48,7	51,3	0,94
Nefrologia	49,3	50,7	0,97

Fonte: Scheffer. Demografia Médica no Brasil 2015, p.

## Anexo D

**Tabela. Tempo de frequência a cursinho pré-vestibular dos alunos matriculados no curso de Medicina da USP e da UNICAMP (em %).**

	2013		2014		2015		2016	
	USP	UNICAMP	USP	UNICAMP	USP	UNICAMP	USP	UNICAMP
Não frequentou	10,9	9,3	13,8	10,0	11,3	10,9	9,7	9,1
Intensivo de 6 meses	3,9	3,1	1,1	2,5	2,0	2,7	3,0	3,6
Um ano	34,6	26,6	24,3	23,8	37,0	28,2	33,9	24,5
Dois anos	22,2	25,0	33,2	28,7	26,0	27,3	37,9	28,2
Mais de dois anos	28,4	35,9	27,6	35,0	23,7	30,9	25,5	34,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Comvest e Fuvest

## Anexo E - Cópia da página da Associação dos Ex-Alunos de Medicina da PUC-Campinas

Abaixo vê-se um print do extinto site da Associação dos Ex-Alunos de Medicina da PUC-Campinas.

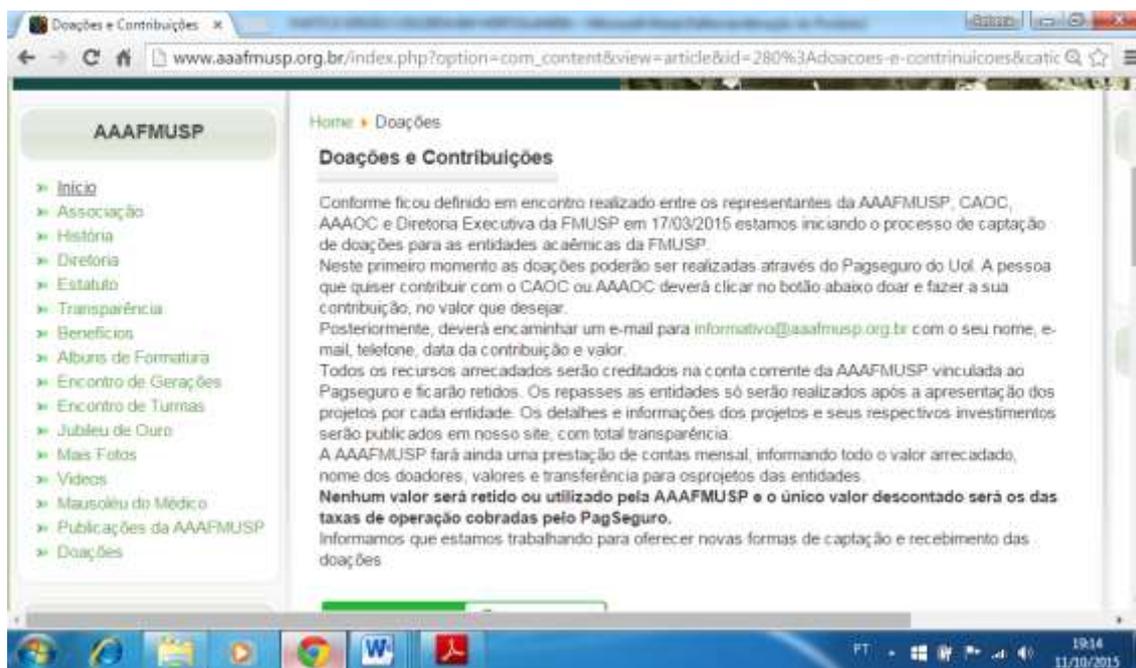


Fonte: <http://exalunosmedpuccamp.com.br/familia.php>

A página <http://exalunosmedpuccamp.com.br/familia.php> foi acessada pela autora desta tese em 2015, no entanto, por ocasião da defesa a página não se encontrava mais disponível na Internet.

## Anexo F- Cópia da página da Associação dos ex-Alunos de Medicina da USP Pinheiros solicitando doações para a Associação Atlética e Acadêmica Oswaldo Cruz

Abaixo vê-se um *print* feito a partir do extinto *site* da Associação dos Ex-Alunos de Medicina da USP- Pinheiros (AAAFMUSP). Nesse *print* pode-se ver como o site promovia a doação de dinheiro para a AAAOC e o Show Medicina.



Fonte: [http://www.aaafmusp.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=280%3Adoacoes-e-contribuicoes&catid=1%3Asem-data-de-expiracao&Itemid=77](http://www.aaafmusp.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=280%3Adoacoes-e-contribuicoes&catid=1%3Asem-data-de-expiracao&Itemid=77). Acesso em: outubro de 2015.

**Anexo G- Cópia da página [www.medpuccamp.com](http://www.medpuccamp.com) solicitando doações de ex-alunos para a Associação Atlética e Acadêmica Samuel Pessoa**



Fonte: Site da Associação Atlética Acadêmica Samuel Pessoa. Disponível em: [www.medpuccamp.com/#!doaes/c23md](http://www.medpuccamp.com/#!doaes/c23md) >. Acesso em: agosto de 2015.

## Anexo H- Associação de ex-alunos do curso de Medicina da Unicamp

Cópia da página da Associação Atlética Acadêmica Adolfo Lutz da Faculdade de Medicina da Unicamp

Abaixo vê-se um print do extinto *site* da Associação Atlética Acadêmica Adolfo Lutz da Faculdade de Medicina da Unicamp. Na barra superior aparece indicada com uma seta a Associação de ex-alunos do Curso de Medicina da Unicamp (ALUMINI).



Fonte: <http://www.aaaal.com.br/interna.php?area=24> . Acesso em 12/10/2015.

A página <http://www.aaaal.com.br/interna.php?area=24> foi acessada pela autora desta tese em 2015, no entanto, por ocasião da defesa a página não se encontrava mais disponível na Internet.

## Anexo I

### Quadro. Notas de campo do serviço de cirurgia do fígado do dia 14/01/2014

Explicação dada pela enfermeira Beatriz sobre sua atuação junto aos pacientes que passarão por uma cirurgia.

O paciente que vai ser transplantado normalmente é muito simples, não sabe nem onde fica o fígado [Beatriz coloca a mão em seu corpo indicando o lugar onde fica o fígado]. Eu pergunto: O senhor sabe o que o senhor tem? O senhor sabe que precisa tirar o fígado? Trocar? Eu começo a explicar... A pessoa que conhece tiririca sabe que a batatinha dela vai espalhar. Cirrose é uma doença má porque ela não fica só num cantinho, ela se esparrama pelo chão [Beatriz fala como se estivesse declamando e fazendo os gestos do poema batatinha quando nasce se esparrama pelo chão]. É como uma laranja podre que a gente precisa tirar da fruteira e jogar fora. Vai tirar e colocar outro no lugar. Agora... O que vai acontecer depois? [Beatriz fala, gesticula e faz caretas]. Ela explica: Tem o fator sorte. É um acordo que vai acontecer entre o fígado novo e o seu corpo. Como o paciente não entende eu falo assim: “Imagine uma horta. Você sabe fazer uma horta? Antes de plantar você precisa preparar o terreno, cavocar, adubar... O processo de preparo do canteiro é esse tempo que você vai ter que gastar aqui conosco... É o preparo: cardíaco, psicológico, nutricionista, dentista... Pergunto para o paciente: Você tem dentista na tua cidade? E aí? Está tudo em ordem? Só de conversar você já sabe que não está. O paciente pergunta: mas por que é que eu preciso passar pelo dentista se o meu problema é no fígado? Eu digo: Vou te encaminhar para o dentista. Imagine se tiver um abscesso. A boca é uma entrada de infecção.

Você nem imagina as pessoas que a gente atende aqui. Muitas nunca vão ao dentista. Que seja uma vez por ano que você passa pelo dentista do posto... Eu digo: “O senhor só vai passar pela cirurgia quando o dentista falar que está liberado”.

Ela continua explicando o preparo prévio para a cirurgia. Quando vai passar pela cirurgia você precisa ter uma margem de segurança: plaqueta, sangue... Vai passar pelo hemoterapeuta. Imagine se o sangue for raro. Vai passar no anestesista.

Cirurgia de transplante não é do tipo eletista, que a gente agenda e marca o dia e a hora. O preparo do terreno é mais demorado que a plantação. Depois de tudo preparado o paciente vai aguardar, vai passear... Quando tem entre cinco ou dez

pacientes aí ele já tem que ficar esperto. Quando acontecer tem que estar com tudo pronto. Beatriz explica para o paciente que o dia da cirurgia é o dia que vai pôr a sementinha lá. Vamos pôr a sementinha de alface lá e vamos aguardar. Faz a cirurgia e vai para a UTI e muita gente fica de olho no paciente porque a gente não sabe o que é que vai acontecer. O que o seu sistema imunológico vai fazer [cantarolando]? Tem um fígado novo ali. Mas como assim Beatriz [ela perguntando para ela mesma]? Você está lá no seu jardim e entra um espinho no dedo. O exército de defesa do seu corpo vai fazer de tudo para tirar aquele espinho de lá. O fígado a gente não pode tirar porque a gente acabou de colocar [fala gesticulando e de uma forma muito engraçada]. A gente vai dar um sossega leão para enganar o sistema imunológico. Quando se semeia um Pé de alface e ele germina ele nasce e cresce grudado a outros muitos pés de alface. Tem que tirar daquele canteiro e replantar em outro canteiro para ele crescer. Aí eu pergunto: Todos os pés de alface que a gente replantou vão vingar? Não. Tem pezinho que logo vai crescer e ficar grande; tem pezinho... [e ela faz um gesto com as mãos e os ombros para cima e uma expressão facial indicando interrogação e lamento]. O processo de transplante é assim. Continua falando comigo como se estivesse falando com o paciente: Pode ser que você seja a 1ª alface, pode ser que você seja a 2ª alface [começa entubado, melhora um pouquinho, vai para a enfermaria...]. Você não vai embora com apenas 15 dias como aconteceu com a primeira alface. Vai ficar um mês, dois... A única diferença de você para a alface é que a alface nós vamos tirar e comer.

Acho melhor mudar o exemplo de alface para flor [Beatriz fala comigo rindo e analisando melhor sua ilustração]. Depois que a muda pegou ainda tem as pragas oportunistas. O seu sistema imunológico jamais irá voltar a ser 100%, mas você vai levar uma vida normal.

Ao longo do tempo o seu sistema imunológico olha para o fígado e fala: “Tudo bem, parceiro, você quer ficar aí pode ficar. A gente vai convivendo”.

Tardiamente... O jardim está lindo e florido, mas de repente, chegam as saúvas para desfolhar o pé. Assim também acontece com a vida do imuno suprimido transplantado. Apesar dos cuidados... A gente que não toma esses remédios para o resto da vida, a gente pega um resfriado.

O paciente fala: “Na sala de espera eu escutei que alguém morreu”.

A gente tem que pensar positivo. Existe a chance? Existe. O caderninho

do São Pedro não mostra. Se mostrasse eu falava: “não faz”. Toda cirurgia tem risco. Você imagina um transplante de fígado! Enorme... Quando você acorda da UTI parece que um caminhão te atropelou. Eu falo para todos para não colocar a mão no ombro do paciente [em uma cirurgia eu vi um residente enorme apoiando a mão na perna de uma paciente e na mesma hora eu pensei que ela iria ficar dolorida depois].

Ela continua a falar como se estivesse explicando para o paciente: Quando você acorda na UTI uma coisa eu te garanto. Tirando os olhos e os ouvidos, nos outros buracos do teu corpo vai ter um cateter ou uma sonda. A partir daí depende muito do que você esperava, qual era a sua expectativa. Tem gente que não sente nada, nem parece que fez cirurgia. Tem outros que vão capengando. Tem paciente que chega para você e fala assim: “se eu soubesse que iria ficar desse jeito eu não teria feito”.

Primeiro, nós não temos bola de cristal. Para ir bem na cirurgia depende muito do seu pensamento. Quando a cabeça não pensa o corpo padece. Quem é que faz a cirurgia sem o consentimento: as crianças, um paciente que já chega inconsciente ou um doente mental. Eu sempre digo: a cirurgia é muito séria uma vez que você se propõe a fazer. É um procedimento que não tem volta. Você tem que pensar bem antes de fazer. Nem sempre vai ser vapt-vupt e você em dez dias está em casa.

Beatriz continua usando metáforas: você está na estrada e tem um carro na tua frente a 60km/h aí você fala: vou ultrapassar essa lesma. Mas você tem que ter certeza. Na dúvida, não ultrapasse. Transplante é a mesma coisa. Enquanto você tiver dúvida, não faça. Até antes de descer para o centro cirúrgico o paciente pode dizer: não quero.

Hoje os mais graves já vão para o centro da lista. O critério mudou. Hoje o paciente vai despreparado para a cirurgia. E isso é problema porque os pacientes são pobres e a coisa vai devagar. Eles são de fora, de outras cidades. A gente pede para o dentista apressar, mas tem paciente que enrola. Até chegar a vez da pessoa a gente é obrigada a fazer a notificação. Se não estiver em condições clínicas vai para o gancho. Tem paciente que não está preparado. Eu já cheguei a perguntar: quantos dentes você tem na boca? Ou você agenda o dentista para vir todas as semanas ou... Aí eu descubro a verdade: o transporte vem de manhã e só volta à tarde. O paciente quer ir embora para casa cedo. Não pode ir para a cirurgia nessas condições. Como

que o peixe morre? Pela boca. Você vai pegar uma infecção. Infecção geral. É cruel falar isso, não é? Mas é melhor eu te avisar. Mas isso é probabilidade. Aqui ninguém fala 100%. A única coisa 100% é a morte. A cirrose é assim: onde a cirrose pegou morreu. Pegou, morreu, não volta.

Dá até para repartir um fígado em dois pedaços. Ele cresce e regenera. Dá para arrumar um doador para doar um pedaço. Tem que ter decisão. Ninguém vai te obrigar a fazer nada. Morre muita gente, mas não tem órgão suficiente. Chegam pacientes muito graves e não dá tempo de preparar o paciente como deveria. O paciente chega grave e o prognóstico é o pior.

Este último semestre eu acompanhei. Moços novos. Você olhava, parecia que não tinha nada. Câncer de fígado. Morreu... Ninguém esperava. Você faz um ecocardiograma normal, pra de repente, na cirurgia ele ter uma parada. O que aconteceu, muitas vezes a gente acaba ficando sem saber. As pessoas se conformam com o falecimento, mas quando o paciente já está pele e osso. A família diz: não vejo a hora de ele fazer a cirurgia. Depois o paciente opera e sai da cirurgia para o óbito. A família não autoriza a necrópsia e nós ficamos sem saber o que aconteceu.

Alguns pacientes vão para a cirurgia e você já pensa que pode morrer. Alguns são idiotas. Eles me falam assim: “Beatriz, eu não cuidei nem do fígado que era meu eu vou cuidar desse”? Nós investimos em você para você fazer uma coisa dessas? Você pode ter tirado a oportunidade de uma outra pessoa.

A equipe tem que fazer uma escolha. Se tem o 1º, o 2º e o 3º eu posso escolher o 3º, mas tenho que apresentar uma justificativa. Existe uma diferença entre ser selecionado e ser chamado. Cada equipe cuida do seu paciente. Cada regional. São Paulo tem uma regional na capital e duas no interior. Existe uma central maior que cuida de todo o estado. O sistema seleciona os 10 primeiros do sangue tipo A, os 10 primeiros do sangue tipo B e assim por diante. O paciente ser selecionado é uma coisa e ele ser convocado é outra. A lista puxa os 10. Se ao chamar o 1º o paciente não é encontrado vai passando para o 2º, o terceiro... Não pode perder o doador. A equipe precisa ter 10 pacientes prontos de cada tipo sanguíneo.

Teve o caso de um paciente que foi para a missa e desligou o celular. Eu tenho uma hora para encontrar o paciente. Posso ligar para ele qualquer dia, qualquer hora. Não acontecem transplantes de segunda a sexta das 8 às 18h. Por quê? Precisa analisar a sorologia para ver se bate o sangue e para ver se o doador tem hepatite B ou

C, sífilis, chagas e HIV. Você não pode dar uma doença de graça para o paciente. Os centros que rodam as sorologias têm horário para rodar o material. O resultado vai sair só à noite. Sempre é à noite (Notas de campo da pesquisa etnográfica realizada pela autora, 14/01/2014).

**Anexo J****Quadro. Transcrição da entrevista realizada com a cirurgiã cardiovascular Raissa em 02/06/14**

## MEMORIAL DESCRITIVO

A Dra. Raissa é cirurgiã cardiovascular

Consegui o e-mail da Dra. Raissa através da Dra. Vívian. Mandei um e-mail e em dois dias ela respondeu. No mesmo dia trocamos mensagens por celular e falamos ao telefone.

Ela fez a residência no XXX (um hospital de referência internacional localizado em São Paulo) e atualmente trabalha no setor de transplantes do XXX (outro hospital de referência internacional). É médica assistente.

Disse que vai me ligar num dia em que sair mais cedo de uma cirurgia.

A voz dela é de um tom grave. Me fez lembrar a voz da Dra. Marcela (elas trabalham na mesma equipe).

-----

Mais de um ano após o primeiro contato, finalmente, consegui fazer a entrevista com a Raissa no dia 02/06/14.

No Centro Cirúrgico do hospital a Dra. Marcela me apresentou para a Raissa. Foi ótima a recepção dela. Ela veio ao meu encontro com um sorriso, me abraçou e falou: “finalmente nós nos encontramos”!

Após o término de uma cirurgia que foi, relativamente curta, Raissa foi ao meu encontro. Eu estava esperando por ela em uma salinha próxima ao local de descanso dos médicos. Ela chegou por volta das 16h30. Fomos interrompidas duas vezes pelos residentes que a chamaram no celular. Uma vez foi para dizer que “já estavam na pele”, já estavam terminando de fechar o paciente e da outra vez foi para dizer que haviam terminado. Ela saiu da sala e foi levar o paciente para a UTI.

Depois ela me contou que na sala de cirurgia todos estavam curiosos para saber quem eu era e o que fazia ali. Até o chefe do centro cirúrgico perguntou para ela. Eu havia pedido para a Dra. Sara (que também estava nessa cirurgia) que desse o recado para a Raissa e a avisasse que eu estava na salinha de descanso esperando por ela para a entrevista quando ela acabasse a cirurgia. Raissa me disse que os médicos e residentes que estavam na sala ficaram fazendo um monte de perguntas, curiosos, para saberem que entrevista era essa. Ela disse a eles que eu estava fazendo uma pesquisa sobre mulheres cirurgiãs.

Depois, enquanto fazíamos a entrevista [e foi uma entrevista bem longa, Raissa falou muito], por duas vezes alguém abriu a porta e pediu desculpas pela intromissão e, por duas vezes, alguém bateu na porta bem forte para chamar a atenção, como a dizer: “Hei, isso aí está demorando muito”! Da primeira vez que bateram na porta Raissa se levantou e foi ver quem era, mas não havia ninguém. Parecia até piada! Parecia aquela brincadeira que as crianças fazem quando tocam a campainha da casa dos vizinhos e depois saem correndo para se esconder. Fiquei surpresa com a falta de maturidade. Isso aconteceu por duas vezes.

Iniciamos a entrevista umas 16h30, aproximadamente. Depois que terminou a entrevista (20h30) Raissa me ofereceu carona até o metrô. Estava muito frio e já estava tarde quando terminamos. Ela tem um Corsa Sedan. É um carro novo, mas de um modelo simples.

#### TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

Raissa está lendo e assinando o termo de consentimento.

Estamos em uma salinha onde há um computador e uma mesa. Entra um residente e diz: “Ei Raissa!”

RA- Só vou ter que ficar um pouquinho de olho porque eles estão fechando o paciente na sala. Os dois residentes.

RE- Ah, tá. Tudo bem. Eles sabem que você está aqui?

RA- Sabem.

RE- E você vai embora que horas hoje?

RA- Na hora que Deus quiser [rimos]. Se você achar melhor tem uma sala aqui do lado também. Porque aqui eles têm que entrar para pegar os prontuários.

Entra um residente e diz: "Quem pegou o meu mapa lá da frente?" Em tom de bronca. O residente colombiano que estava na sala diz: "Acabei de trazer aqui. Por quê"? E o outro responde: "Eu fiquei sem o mapa né". E o outro volta a falar: "Já estou levando".

Raissa entra na sala novamente e diz: "Acho que ali vai ser melhor". Se referindo à sala ao lado. Ela vem e me ajuda a levar as coisas, a "mudança" (a maleta com minhas roupas, computador, caderno de anotações, minha bolsa).

RA- Vou só avisar para o pessoal aqui da sala ao lado para dar uma olhadinha no paciente e eu já venho.

RE- A gente começa falando sobre seus avós paternos e maternos. De onde eles eram? Em que eles trabalharam? Fizeram faculdade?

RA- Ahhh, Meus avós da parte do meu pai... minha bisavó era de Franca e... ela foi uma das primeiras mulheres da cidade a trabalhar nos correios.

RE- Isso foi começo do Século XX, será?

RA- É. Ela nasceu em 1901, então deve ter sido por volta de 1919, 1920 por aí. E eu tive bastante contato com ela. Ela viveu até 104, 105 anos.

RE- E ela teve filhos? E continuou trabalhando?

RA- Ela teve doze filhos e continuou trabalhando. Os irmãos dela também ajudaram a criar os filhos. Ela é nascida na Espanha e veio pra cá. Meu bisavô é nascido em Portugal e veio pra cá. Ele trabalhava no comércio também. Aí virou meio que uma sequência de trabalhadoras do correio, né, porque aí a minha avó trabalhou lá também. E... meu avô era barbeiro. Os dois estudaram até o Colegial, que já era bem diferenciado na época. Os dois tiveram três filhos: meu pai e duas meninas. Do lado da minha mãe... Já que eu falei do bisavô de um lado, deixa eu falar do outro, senão ele vai ficar bravo comigo. Meu bisavô era dono de sítio e minha bisavó era dona de casa. Ele também viveu até 90 e tantos anos. Ele que disse que quando a minha mãe estava grávida todos achavam que eu seria um menino. Porque eu era muito grande. Não tinha ultrassom, né, eu sou de XXX [cidade de origem], interior de São Paulo. E ele é de Duartina, uma cidadesinha bem pequenininha perto de XXX [cidade de origem], interior de São Paulo. Eles são pais da minha avó Aparecida. Ela foi aquela filha criada... apesar de eles não serem ricos, ela foi bem paparicada, bem mimada. Teve gente dando banho nela até sei lá quantos anos.

RE- Era uma família de posses?

RA- Não era de posses não, mas ela foi filha única e ela era muito paparicada. Ela era filha única. Naquela época... O meu avô teve vários irmãos. Acho que eles eram em cinco ou seis filhos. Meu avô era do segundo casamento do meu bisavô. No primeiro casamento do meu bisavô ele teve três filhos: um era médico, outro era músico, tal... quando ele estava na Europa. Nem tive contato com eles. Meu bisavô era italiano. Já o meu avô foi ser jogador de futebol. Ele era todo bonitão, de olhos verdes. Claro que essa carreira era para poucos e ali começou uma vida bem simples porque ele começou a ser servente de escola. Ele teve seis filhos e minha mãe era a raspinha do tacho. Minhas tias todas já eram casadas quando minha avó engravidou com mais de 40 anos. Então a vida da minha mãe foi mais difícil. Ela trabalhou desde os 7, 8 anos de idade. Ela vendia chuchu, ela plantava no fundo de casa e vendia... Ela fala que o primeiro sapato que ela teve foi com nove, dez anos. Nenhum dos dois estudou. Minha avó estudava em casa com o pessoal...

RE- Sabiam ler e escrever?

RA- Sabiam. Os dois liam e escreviam. Minha avó fez o primário e depois estudava em casa. A minha avó lia muito. Lia jornal...

RE- Quem que era parente desse bisavô italiano que tinha até filho médico lá na Europa?

RA- Meu avô.

RE- Seu avô...

RA- Materno.

RE- E o pai dele não passou essa herança cultural pra ele?

RA- Ele ficou viúvo lá na Itália, veio pra cá e a minha bisavó era muito "xucrona" assim, sabe? Não era de valorizar essas coisas. Tanto que... meu bisavô, naquela época, tocava violino e era um Stradivarius. Assim... era tão menosprezado. Meu avô tocava 4 instrumentos. Tocava violino, acordeão, tocava piano e mais alguma coisa.

RE- Por que é que ele veio da Itália para o Brasil?

RA- Não sei. Eu acho que depois que ele ficou viúvo... Não sei se foi isso ou se foi por causa da guerra. Apesar do meu bisavô ainda ter um estilo... minha mãe fala que ele era muito culto. Minha bisavó era muito xucrona. Tanto que a minha mãe ia lá para falar com o meu bisavô e minha bisavó meio que: "isso é bobagem". Não tive contato com nenhum dos dois. Eles faleceram com idade normal da época.

RE- E seus tios fizeram faculdade?

RA- Todos fizeram. Do lado do meu pai, que são duas meninas e um menino, meu pai fez medicina e minhas duas tias fizeram coisas a ver com pedagogia. Uma fez História e a outra fez... Mas nenhuma das duas atuou na profissão. Minha tia Regina casou com médico e virou dona de casa, virou dondoca. E minha outra tia continuava dando aula, mas não aprofundou muito mais.

RE- Casou com que profissional?

RA- Ele era do comércio também, mas era bem de vida. Mas ele não era muito ambicioso ou muito dedicado também. E ele era meio sonhador, quis montar uma loja de calçados e perdeu tudo. Faliu porque numa época de globalização como é que você vai fazer uma fabriqueta.

RE- E seu pai fez medicina aonde?

RA- Meu pai fez medicina em XXX [nome da faculdade omitido], que é onde e me formei também. Mas quando e me formei já era estadual. Meu pai, assim... apesar dos meus avós terem uma vida simples, porque era uma funcionária do Correio e um barbeiro os dois deram muita infraestrutura para os filhos. Então, o meu pai estudou em colégio interno, que na época era: "nossa"!

RE- Colégio de padre?

RA- É. Colégio de padre.

RE- E a faculdade foi paga né? Eles que bancaram a faculdade dele?

RA- Como era metade fundação, então era uma faculdade bem mais em conta, mas foram eles que bancaram. Já minha mãe não. A história dela já é mais pesada. Ela que pagou os estudos dela... As irmãs dela fizeram tudo pedagogia. Teve irmã que fez faculdade depois que a minha mãe fez faculdade. Elas faziam o Normal, né... E começavam a dar aula. E minha mãe, depois que ela formou... Minha mãe tem acho que 4 faculdades. Ela é muito dedicada e é apaixonada por aprender. Você fala com ela de qualquer coisa, ela já está atendida.

RE- Que cursos que ela fez? Você sabe?

RA- Ela fez Pedagogia, Geografia, Sociologia.... aí, na época da ditadura não podia ter Geografia, não sei o que e ela foi obrigada a fazer Estudos Sociais. Aí quando nós já éramos maiorzinhas ela prestou prova para ser diretora de escola.

RE- Ela trabalhava então?

RA- Sempre trabalhou.

Toca o telefone dela

RA- Deixe eu ver se são eles me avisando. É. São eles: "Está na pele".

RA- Então minha mãe fez muito por seus próprios pés. Nunca teve muito apoio. Sempre foi sozinha.

RE- E quantos filhos eles tiveram?

RA- Só duas. Eu e minha irmã.

RE- Você é a mais velha?

RA- Sou a mais velha. Eu fiz... Bom... eu fiz cirurgia cardíaca e ela fez neurocirurgia, né.

RE- Seu pai é o que?

RA- Meu pai é pediatra.

RE- Deixa eu voltar um pouquinho na Educação Infantil... Você fez pré-escola? E a tua irmã?

RA- Fiz. Nós duas.

RE- E era escola particular ou pública?

RA- As duas coisas. Porque eu e a minha irmã a gente era louca pra ir pra escolinha. Com dois anos eu já queria ir para a escolinha. Só que nenhuma escolinha, na época, aceitava criança com um ano e meio. Então ela pagou o Saci [nome da escola de Educação Infantil]. Então a gente foi no Saci e dali uns dois, três anos eu não aguentava mais as musiquinhas. Você ia evoluindo assim: você saía do pandeiro, depois ia para o triângulo, na bandinha. Eram sempre as mesmas músicas. Eu não estava aguentando mais. Então aí eu comecei: um período eu fazia Saci e no outro período eu fazia um colégio estadual e minha irmã foi seguindo a mesma história. Minha irmã nasceu 4 anos e meio depois. Ela também... minha irmã é... eu sou ligada no 110, minha irmã é no 360. Não é nem 220. Ela é... Então.

RE- Você pode descrever para mim como era a sua casa na infância?

RA- Minha casa... Não tinha quintal, nem jardim. Era pequenininha. Tinha uma sala que dividia entre sala de jantar e sala de visita. A cozinha, aí um corredorzinho, um banheiro aqui, um quarto aqui e o quarto dos meus pais aqui.

RE- Eram dois quartos...

RA- Dois quartos.

RE- E tinha suíte?

RA- Não me lembro.

RE- Era casa própria?

RA- Era. Mas aí, a gente pequena... como era muito pequena e era um quintal pequeno de cimento...

RE- Você tinha cachorrinho?

RA- Tinha. Sempre tive cachorro. Sempre amei cachorro. Quando não tinha... Meu pai e minha mãe ganharam um casal de cachorros de casamento. Quando não tinha eu resgatava os da rua, levava pra casa, cuidava e depois a minha mãe distribuía. Eu tinha gato, passarinho que caía e que eu cuidava, cachorro, essas coisas. E como a casa foi ficando pequena, meu pai comprou um terreno, bem afastado da cidade e começou a construir, mas passou mais de 10 anos construindo.

RE- Vocês continuaram morando naquela casa pequena enquanto foi construindo a outra...

RA- A maior parte do tempo, mas depois faltou grana, né, então a gente precisou vender a casa, carro, tudo, pra acabar de construir a casa. Então a gente foi pra essa casa antes de estar pronta. Esse período de construção da casa foi bem difícil. Financeiramente foi bem difícil.

RE- Mesmo seu pai sendo médico?

RA- Mesmo meu pai sendo médico. Meu pai era pediatra e minha mãe era professora minha infância inteira. Pediatra, assim, primeiro que meu pai nunca foi de guardar dinheiro, meu pai não sabia falar não. Ele é o cara bonzinho, assim, com todo mundo. Ele estava com dificuldade, construindo a casa, comprava a rifa. "Ajuda não sei quem", ele ajudava. Com essa história minha mãe levava a gente de mobilete pra escola... chuva... uma na frente, a outra atrás.

RE- Naquela época não tinha esse negócio de capacete, né?

RA- Não. Minha mãe era bem econômica.

RE- Como que é a personalidade dos dois? Do pai e da mãe. Quem que era mais durão, controlador? Ou os dois têm o temperamento parecido?

RA- Meu pai era aquele estilo meio calado. Ele era extremamente respeitado, a gente queria agradar ele pra caramba, assim. Eu brinco que a gente parecia cachorrinho. Meu pai chegava em casa, como ele era caladão a gente fazia de tudo para alegrar ele. Mas ele era bastante ausente, não só por causa da medicina em si. Mas meu pai tinha uma vida social muito intensa. Não social de sair. Como é uma cidade pequena, tem 40 mil habitantes o médico tem que estar em tudo. E ele gostava disso. Sempre gostou. Então o meu pai um dia

ia no Rotary, um dia no Lyons, um dia na Maçonaria. Eu lembro que na quinta-feira ele jogava futebol com os amigos.

Alguém bate na porta.

RA- Acho que eles estão me chamando para levar o doente lá na UTI.

Ela foi levar o doente e voltou.

RE- Muito bem, doutora, nós estávamos falando dos teus pais, vendo qual dos dois tem a personalidade mais forte...

RA- Depende a referência. Os dois são de personalidade forte. Só que é igual eu te falei. Meu pai é mais caladão, assim. Minha mãe era mais presente e como ela era mais presente ela é quem cobrava as tarefas, ela é quem sabia se você não comeu. Minha mãe é quem colocava as regras e cobrava.

RE- Mas ela trabalhava fora. Ela trabalhava só meio período?

RA- Não. Ela trabalhava o dia inteiro.

RE- Quem ficava com vocês?

RA- Então... [ela ri]... eu ficava com a minha irmã e a minha irmã ficava comigo. Não, a gente tinha uma moça que trabalhava em casa. Nas épocas melhores, quando eu era pequenininha a gente tinha uma babá e uma empregada. Depois, só a empregada mesmo. Quando a gente mudou para a outra casa eu devia ter uns 8 anos.

RE- Já ia para a escola meio período, não é?

RA- É.

RE- E você tinha o hábito de leitura quando era criança? Você pegava livros na biblioteca para ler?

RA- Tinha. Muito, muito.

RE- Você gostava de ler?

RA- Principalmente minha mãe, mas tanto meu pai quanto minha mãe na hora de dormir, pegavam um livrinho, contavam história e às vezes a minha mãe cansada, no finalzinho: "Mãe, conta de novo" [Rebeca rindo].

RE- E vocês não dormiam e a mãe dormia [nós duas rindo].

RA- É. Mas mãe... aí ela resumia a história e nós: "mãe, não é assim a história".

RE- Tinha biblioteca na tua casa?

RA- Tinha.

RE- Vários livros? E vocês também pegavam livros na biblioteca da cidade?

RA- Sim.

RE- Vocês viajavam nas férias?

RA- Viajávamos. Na época... assim... casa de vó e vô dos dois lados e numa época que a situação financeira estava um pouco mais tranquila a gente viajava com uma família amiga do meu pai. Eles tinham uma casa na praia e as duas famílias iam para a casa da praia passar uma semana. Nas épocas mais difíceis, financeiramente falando, minha mãe se desdobrava. Como ela era professora de Geografia, tal, ou época de diretora de escola: "olha, alguém tem que levar os alunos para a viagem de formatura". Aí ela pagava a minha parte e da minha irmã e a gente ia. Quando eu estava pré-adolescente minha mãe virou diretora de uma escola em um vilarejo que é um patrimônio, tinha acho que mil habitantes, chamava Santa Terezinha, pertence a Lupércio, que também é uma cidadezinha minúscula. Era uma sociedade de boias frias. O que foi muito bacana porque eu era muito sozinha, não tinha muitos amigos. Minha irmã já era mais enturmada, era mais líder. Eu participava de tudo, mas eu era mais sozinha porque eu era CDF, eu era Raimunda, eu era Cinira. Eu

queria... eu adorava estudar, adorava ler poesia, etc. e isso foi se agravando porque quando o pessoal começou a ir em bailinho, eu não ia. Se falassem assim: "fulano está a fim de você". Eu falava: "Filha, eu sou uma criança, você acha? Fulano a fim de mim? Você está louca?" Então eu curti muito a turma da minha irmã que é 4 anos mais nova. "Eles vão fazer a dancinha não sei o que". Aí eu coordenava a dancinha e ajudava a costurar as roupas do teatrinho. E eu participava de muita coisa na cidade também. Eu jogava basquete pela cidade, eu participei de Lobinho, escoteiro. Mas nada no meu grupo de sala de aula. Essa época que minha mãe foi ser diretora de Santa Terezinha foi excelente porque eu e a minha irmã éramos as filhas da diretora, íamos junto com ela. E minha mãe organizava muita coisa: "Vamos fazer uma excursão para a reserva de Caetetos". Aí lá estávamos eu e minha irmã. Mas assim, aquela coisa bem simples. O ônibus era da prefeitura, lanchinho básico. Mesmo quando era grupo de formatura de 8ª série a gente, entre aspas, se hospedava ou em ginásio de esportes ou escola. Aqueles projetos: interior na praia. Era colchonete... o que foi excelente. Foram vários anos e várias viagens por que senão a gente não teria feito nada. A gente não tinha condições econômicas pra isso.

RE- Você chegou a fazer alguma viagem para o exterior com a família?

RA- Não. Na minha primeira viagem para o exterior eu já estava na faculdade.

RE- E você estudou música?

RA- Estudei música. Fiz de 5 para 6 anos de piano.

RE- Conservatório ou professora particular?

RA- Professora particular.

RE- Você gostava?

RA- Muito. Só que... eu tinha... ai... eu acho que faltava. Olhando pra trás, assim, minha mãe cobrava bastante da gente, mas...

RE- Treinar é chato, né?

RA- Czerny [livro de técnica de piano].

RE- Bach [livro de técnica de piano].

RA- Não: Czerny e Bach [livros de técnica de piano]. Beethoven eu decorava tudo.

RE- Hanon [livro de técnica de piano].

RA- Hanon eu gostava. Agora Bach e Czerny...

RE- E curso de Inglês, você fez?

RA- Fiz. Tinha a escolinha Pink blue. Era muito pequenininha. E eu fiz escolinha, mas não tinha escola de nome na cidade.

RE- E nas horas vagas da escola o que é que você fazia? Como é que você brincava? Qual que era o tipo de brincadeira?

RA- A gente era muito moleca. Eu e minha irmã. Era de correr, de brincar de taco, a gente fez uma tabelinha em casa pra ficar jogando basquete.

RE- Vocês brincavam na rua?

RA- Na rua, mas na rua nem tanto porque a minha casa era afastada da cidade, né? Então não tinha vizinho. A criança tinha que vir na minha casa ou eu tinha que ir na casa deles. A gente tinha amiguinhos. Tem uma mulher que se chama Rosa que é como minha segunda mãe. Quando ela estava grávida do filho dela mais velho, minha mãe estava grávida da minha irmã. A gente ia muito na fazenda, brincava no riozinho, espalhava os montes de café.

RE- Então você teve uma infância que brincou muito.

RA- Brinquei muito. Eu era aquela comportadinha... ao contrário do que são as crianças em geral, né porque elas ficam santinhos em casa e um capeta na escola. Eu era santinha na escola e um capeta em casa. Eu vivia ralada... bicicleta. Eu vivia quebrada. Eu e a minha irmã.

RE- E na escola, no Ensino Fundamental? Você estudou em escola pública ou particular?

RA- Aí foi tudo pública.

RE- Ensino Médio também?

RA- Também.

RE- Era escola municipal ou estadual?

Ra- Estadual.

RE- E era a escola que a sua mãe trabalhava?

RA- Não. Minha mãe dava aula em uma escola mais de periferia e esse colégio era mais central. Eu só tinha feito a primeira série num colégio particular, mas depois fiz até o colegial em colégio do estado mesmo.

RE- Interessante... seu pai era médico, sua mãe diretora. Eles tinham condições de pagar uma escola particular pra você?

RA- Ela foi diretora depois, né. É porque assim... não ia dar pra pagar para as duas, então... E meu pai não sabia cobrar. Assim: quem tinha condições de pagar levava o filho no médico na cidade vizinha. Chegava no meio da noite dava algum problema, ligava para o me pai: "Ah, Dr. Luiz, você pode ir lá"? "Posso". Aí ele ia lá. Ia e ficava com dó de cobrar. Então, meu pai era... se ele, vamos dizer, se ele imaginasse que o normal seria ele ganhar X como médico, ele ganhava 1/3 de X com essas histórias assim. "Ah eu jogo bola com o amigo do irmão de não sei quem..." Aí já não cobrava, entendeu? Meu pai nunca soube cobrar. Minha avó criou o meu pai de uma maneira muito ... que ele tinha que ser o bonzinho. Tinha que ser o bom moço. Vou te dar um exemplo... e eles valorizam muito o estranho, né. Fazer pelo outro. Eu e minha avó somos um pouco mais afastadas porque eu sou fisicamente parecida com a minha mãe e a gente sempre defende muito a minha mãe. E ela brigou com a minha mãe. Passou anos e anos o meu pai levando a gente pra passar o natal com ela e a minha mãe passando o natal sozinha. Então a gente tem uma certa... apesar de ela cobrar a presença, ligar, mandar presente de aniversário. Outro dia eu estava falando com ela, eu trouxe ela para fazer uns exames aqui no hospital e ela disse: "Sabe filha, sabe que me marcou muito o seu nascimento". Eu falei assim: "Nossa!" Eu fui a primeira neta. Teve um neto, aí era eu. Só que ela foi lá me ver e depois ela já pegou o avião e foi para os Estados Unidos ver a minha tia que estava com uma gravidez de risco. Eu nasci em 23 de setembro e a minha prima nasceu em 1º de dezembro. Então, a minha avó foi lá, me viu e foi embora. Então ele foi criado para ser um bom moço e como ele nunca controlou muito o dinheiro... E minha mãe sempre foi professora. Então, uma professora e um médico ganhando 1/3 do que ele ganharia era difícil. Os dois davam exatamente igual para as duas, então, não fazia sentido colocar uma na escola particular e a outra no estadual. Então as duas foram para o estadual em escolas diferentes.

RE- Ah, em escolas diferentes?

RA- Tinha uma escola que estava fazendo uma alfabetização com uma metodologia diferente e aí a minha irmã foi para aquela escola que tinha essa professora fazendo essa alfabetização e minha irmã se adaptou muito bem. E ela estudou nessa escola até a quarta série e na quinta ela foi para o Wilmar que também era uma escola... As duas eram meio rivais, né. Então a gente disputava basquete, vôlei, nas interclasses da vida. Eu acho que também pra preservar as duas: A Lizany é a Lizany. Ela não é a irmã da Raissa. Ali cada uma foi seguindo sua história, se construindo sozinha, né?

RE- Porque você era super boa aluna, né?

RA- E a gente era completamente diferente de jeito, de personalidade. Eu acho que ela fez bem em fazer assim. Deixou cada uma construir seu caminho. Ao invés de uma ser a sombra da outra.

RE- Você ficou de recuperação alguma vez?

RA- Não.

RE- Reprovar nem pensar...

RA- Não.

RE- Precisava de alguém mandar fazer as tarefas de casa? Você era responsável com as tarefas de casa?

RA- Eu era responsável. Eu gostava. O que minha mãe precisava cobrar é que eu era viciada em TV. Adorava televisão. Sessão da tarde e tal. Então eu começava a assistir e não queria parar mais. Durante a semana eu não podia assistir televisão. Só podia assistir a partir de sexta-feira. Então a gente assistia escondido. Então minha mãe chegava na hora do almoço e a gente estava vendo... a gente corria... uma para o piano a outra para a tarefa de casa. Mas era mais para estudar piano mesmo que eu fazia isso. Na escola eu era super responsável. Minha irmã teve fases e fases. Teve a fase de ser responsável e teve a fase de ser mais popular que ela fugia de casa para jogar basquete. Não tinha a ver com meninos não. Tinha a ver com ir lá jogar basquete, ir lá andar de patins. Então ela escapava. Minha mãe achava que ela estava estudando e ela estava lá... Às vezes acontecia de vir um recadinho que a Lisany não estava estudando, não estava fazendo as tarefas. A minha mãe cobrava bastante. Olhava a lição, olhava se estudou, via se estava bem feito e se não estava ela arrancava a folha do caderno para fazer de novo. Não caprichou na letra... fez correndo para fazer outra coisa... Então, ela era bem exigente. Mas eu gostava. Eu gostava de estudar. Até a 8ª série eu tive uns dois B na escola. Um foi de Educação Artística e outro foi de Educação Física. Como é cidade pequena você tinha que fazer o que... Eu amava basquete e eles falavam: "Não. Basquete é a turma mais velha que vai fazer e os meninos. As meninas vão fazer ginástica". Aí ela foi lá e me deu B. E eu falei pra ela: "É o seguinte. O que eu preciso fazer para ganhar A no próximo bimestre?" Aí ela falou assim: "Os dez que fizerem mais vão ganhar o A". Aí era: correr no quarteirão até o esgotamento. Quando sobrava 10 ela mandava parar.

RE- E como é o teu temperamento? Ou melhor, quando você era adolescente, 13, 14 anos, você era do tipo rebelde, obediente, submissa? Ficava de castigo? Apanhava de vez em quando?

RA- Apanhava.

RE- Você era do tipo birrenta?

RA- Não. Isso não. Eu acho que eu era obediente, sim. Aquela coisa... o normal, né. Estavam as duas brigando, a minha mãe fechava a porta e pá, pá, pá [dando a entender que a mãe batia nelas]. Nas duas. E nem queria saber quem começou, quem falou. Ou a empregada dedava que a gente tinha ido assistir televisão e não tinha ido estudar piano. Minha irmã fala que quando eu estava adolescente eu era de bater boca com a minha mãe. Eu não me lembro. Eu lembro de ser assim... comum, comum. Eu sofria muito *bullying* sabe, eu tinha muitos apelidos. Eu era muito excluída. No meio dos meus colegas eu me fechei muito. Eu era retraída na sala de aula. Eu participava da aula, mas assim... você vai ficando meio porco espinho.

RE- Isso foi até o Ensino Médio assim?

RA- Ah... até sempre. Até o colegial. E assim, eu acho que eu ficava meio na retaguarda. Por exemplo: eu chegava no grupinho do basquete eu brincava, falava com todo mundo. Eu tinha facilidade em fazer amizade assim. Chegava lá em Santa Terezinha, que é esse patrimônio onde minha mãe foi diretora. Minha mãe foi diretora de lá quando eu já estava na 7ª série, 8ª série e lá eu me soltava mesmo. Lá eu fazia amizade super rápido. Era um pessoal que eu sabia que não me conhecia, que não tinha pré-conceito a meu respeito, não sabiam se eu era a baiana, a Raimunda. Aí eu me soltava e brincava, falava, era engraçada, contava piada. Mas em grupo eu fui cada vez mais me retraindo. E o povo era meio cruel assim.

RE- As crianças também podem ser cruéis.

RA- Criança consegue ser cruel. E aí a minha maneira de responder pra eles era se dedicar

mais ainda à escola. Eu me lembro que teve um concurso de poesia. Era uma redação e as pessoas foram falar de sala em sala e o prêmio era uma camiseta super transada. E não tinha camisetas muito transadas na época. Era de drogas: Drogas, to fora. Aí eu vi aquele reboliço, todo mundo querendo participar. Ei falei: "Essa porcaria dessa camiseta é minha". Cheguei em casa, fiz a redação e falei: "Vou ganhar! Não tem essa!" Eu tinha uma confiança. Se falasse: vai ter concurso. Eu ia lá e ganhava todos. Aí que o povo ficava mais P da vida ainda. Aí que eu tinha mais apelidos, era uma bola de neve. Muito engraçado... assim... olhando hoje, de longe.

RE- Na época não era nada engraçado.

RA- Não era nada engraçado.

RE- E quando foi que você decidiu que queria fazer medicina?

RA- Quando foi que eu decidi que queria fazer cirurgia, né? Porque eu pequena, eu lembro, eu ia com o meu pai passar visita no hospital à noite. Meu pai falava assim: senta aqui batendo na máquina de escrever que o papai vai lá na pediatria ver os bebês. E eu falava: Não. Eu queria ir junto. O meu pai me estimulava. Então... por exemplo: achei um sapo morto no quintal. Eu já queria ver o sapo. Abria... Teve uma atividade para demonstrar os órgãos de um coelho. Eu lembro que na hora que todo mundo foi embora eu peguei o coração do coelho, guardei em um vidrinho e guardei por muito tempo aquele vidrinho. Então... eu a partir dos 7, 8 anos era eu quem vacinava meus cachorros em casa. Meu pai morria de dó. Eu me lembro que quando eu era pequena, eu e minha irmã andando de bicicletinha, minha irmã caiu naquelas coroas de cristo. Ela era pequena. Devia ter uns cinco anos e eu dez. Eu pus ela no colo ... eu estava sozinha em casa. Coloquei minha irmã no colo, esterelizei uma agulha, ela deitadinha lá e eu tirando espinho por espinho. Meu pai chegou e quase desmaiou, né? Porque aquilo escorrendo sangue...

RE- E ela quieta?

RA- É que eu fui indo bem devagar: coisinha por coisinha. Espinho por espinho. Ela esperneou pra caramba. Já tirei olho de peixe dela.

RE- No final do Ensino Médio então, você já sabia que iria fazer medicina. E você prestou em quais universidades?

RA- Na época, eu fui fazer um ano em Campinas. Fiz o terceiro colegial integrado.

RE- Em qual colégio?

RA- No Anglo. Porque eu tinha feito só colégio do estado. Tinha muita coisa que eu não sabia, nunca tinha visto na vida. Aí eu fui morar na casa de uma senhorinha que alugava quartos para moças.

RE- Bem pertinho...

RA- Mais ou menos. Era um quilômetro e pouco.

RE- Dava pra ir a pé?

RA- Dava. Na época eu queria prestar só nas estaduais.

RE- Que ano foi isso?

RA- O do 3º colegial foi de 1995 para 96 e do cursinho foi 96 para 97. Em 97 eu entrei na faculdade. Fiz um ano de cursinho. Eu falei: "Pai, eu quero prestar só estadual". Então no terceiro colegial só prestei estadual. Eu sabia que não tinha dado. Eu tinha uma defasagem muito grande [dá ênfase ao falar "muito"]. E olha que eu estudei pra caramba. Mas eu acabei de prestar as provas e já entrei no cursinho de novo. Assim... meio que sem ver muito resultado. Porque eu comecei fazendo em XXX e depois que eu fui pra Campinas. Peguei o finalzinho do intensivão. Fiz uma boa parte do terceiro em XXX. Eu comecei a fazer em XXX porque o Anglo de Campinas começava em março e aí eu fiz um mês em XXX porque eu não queria perder tempo. Aí eu queria prestar só estadual de novo e o meu pai não deixou. Na época a gente já estava mais estável. Aí, sim, entra aquele raciocínio que você falou antes. A situação financeira estava um pouco mais estável. Meu pai médico,

minha mãe, diretora de escola. Aí ele me levou pra Pouso Alegre, pra Bragança, pra PUCCAMP. Em alguns lugares eu fui chorando: "Aí pai, não quero ir pra lá". Meu pai não era muito de acreditar. Minha mãe acreditava. Meu pai, acho que com medo de sofrer, ele apostava meio contra porque se vier a surpresa positiva é melhor. Ele não falava isso pra mim. Mas, então ele me levou. Ele me levava pra fazer as provas. O que foi bem bacana da parte dele. Ele ia comigo. E como ele era mais frio, assim, era de certo modo melhor porque...

RE- Não te deixava tão nervosa.

RA- É. Minha mãe era muito ansiosa e isso também me deixava ansiosa. Ela ficava rezando: "vai filha".

RE- Sua mãe era muito religiosa?

RA- Não.

RE- Vocês iam na igreja quando eram pequenos?

RA- Íamos

RE- Toda semana?

RA- Não. Quase toda semana.

RE- O pai ia junto ou ia só a mãe?

RA- A gente ia na missa das crianças. Só a gente.

RE- Só as crianças.

RA- Meu pai ia na de adulto e a minha mãe ias às vezes.

RE- Bom... então aí... um ano de cursinho e aí você prestou nas particulares também. E aí o que que aconteceu?

RA- A primeira que saiu o resultado foi a PUCCAMP e eu passei super bem. Eu passei em 5º lugar, uma coisa assim. Eu saí da PUCCAMP tendo certeza de que eu tinha passado. Eu tinha um sonho enorme de fazer XXX porque XXX era estadual e eu podia morar em casa.

[...]

Então, como dá menos de 30 km da minha cidade eu falei: "Puxa vida, poder morar em casa, fazer a faculdade onde meu pai fez". Meu pai falava muito que iria falecer cedo porque meu avô faleceu com 61 anos de morte súbita. Então eu queria ficar perto do meu pai e queria fazer a mesma faculdade que ele. Aquela coisa de veneração com o pai. Aí juntava tudo de bom. Eu fiz a prova e saí contente. Falei: "pai, deu pra passar". E minha mãe foi olhar e olhou errado. Ela foi olhar e olhou a classificação geral. Deu 111 da classificação geral. Ela falou: "É... Não deu". Tinha 60 vagas, não ia rodar tanto assim. Não deu.

RE- E você tinha passado?

RA- E eu tinha passado.

RE- Quase perde a matrícula?

RA- Aí quando eu saí da prova da PUCCAMP eu falei para o meu pai: "Cara, e fui muito bem nessa prova. Eu não só passei, mas eu passei muito bem". Ele: "Ah, não filha. Vamos lá, presta Bragança". Eu não queria prestar em Bragança. Ainda mais que eu fiz cursinho em Campinas, o povo falava muito mal de Bragança. O povo falava muito mal da PUCCAMP, apesar de ser ótima. Cursinho foca na UNICAMP. Por muito pouco eu não passei na UNICAMP. E o meu pai falou: "Vamos fazer Pouso Alegre". E eu falei: "Não quero fazer Pouso Alegre, pai". E assim: "Pai. Acredita em mim que pelo menos na PUCCAMP eu sei que eu passei". Aí ele me levou pra fazer prova lá. Daí eu fiz e a primeira resposta veio de Pouso Alegre mesmo. Mas e fui mal humorada fazer a matrícula. "Pai, não precisa fazer a matrícula porque eu passei na PUCCAMP". "Não. Vamos fazer a matrícula". Tanto que no caminho, quando a gente estava voltando de Pouso Alegre e recebi um telefonema do meu cursinho dando a notícia que eu tinha passado na PUCCAMP. E aí eu falei: "Ta vendo, pai". Aí eu passei na PUCCAMP e fui frequentar PUCCAMP.

Paguei a matrícula. Eu ia morar num quarto na casa de uma senhora. Frequentei a primeira semana, tomei uns trotes. De repente a minha mãe me liga e diz: " Raissa, faz cara de triste porque e tô indo aí te buscar porque você passou aqui em XXX. E tem que fazer a matrícula até amanhã.

RE- Você nem tinha mais olhado XXX, né?

RA- Não. 111 eu nem olhei mais. Mas era 111 da classificação geral de todos os cursos.

RE- Aí era pública e você ficou morando em casa...

RA- Fiquei morando em casa.

RE- Você tinha carro?

RA- Não. Eu ia de ônibus. Dois anos e meio. Aí no meio do terceiro ano não dava mais porque aí começa a ter aula até mais tarde. Eu treinava basquete, treinava tudo.

RE- Você participava da Intermed?

RA- Sempre.

RE- Atlético?

RA- Eu não era da Atlético não. Nem do Centro Acadêmico, mas eu jogava. Eu cheguei a ser diretora de esporte quando estava no 4º ano, mas só. Eu também participava de tudo na faculdade. Tinha Liga de Câncer de boca eu fui presidente, Liga do Trauma.

RE- Você fez Liga do Trauma, então? Desde que ano da faculdade?

RA- Desde o 4º. Até porque no terceiro ano eu não prestei Liga do Trauma porque eu fazia pronto socorrismo nas ambulâncias. Então era um projeto Alfa. Eu rodava com as ambulâncias como se fosse paramédica.

RE- Tinha um médico junto? Ou não tinha?

RA- Não.

RE- Era um enfermeiro e você. Então você pegou muitos casos.

RA- Ahh, parto, tudo.

RE- Terceiro ano isso?

RA- Terceiro ano. Aí no quarto, como eu já tinha um ano de paramédica, eu tinha feito cursos, tudo. E aí então dois anos eu rodei na ambulância, segundo e terceiro ano e dois anos eu rodei no resgate.

RE- E que horas você fazia isso?

RA- Era à noite.

RE- Mas não era a noite inteira...

RA- Era a noite inteira. Era tipo plantão.

RE- Ficava lá num quatinho de repouso, se precisasse era chamado.

RA- Quando era chamado saía para atender.

RE- Então você ia para a faculdade durante o dia... mas não era todas as noites isso, né?

RA- Não. Umas duas vezes por semana, às vezes um final de semana por mês. Às vezes dois.

RE- Isso no terceiro ano. Terceiro e quarto. Foram dois anos.

RA- É. Foi segundo, terceiro e quarto. Quando eu precisava ficar lá à noite eu dormia lá mesmo. E aí no outro dia e ia pra aula normal. Nossa, e tinha congresso pra caramba. Minha pasta era desse tamanho de currículo já super cedo. No entanto que, aí, no terceiro ano, um desses trabalhos que eu fazia da Liga de Câncer de boca, a gente fazia o seguinte, desde o segundo ano também, a gente, por exemplo, ia numa cidade... porque tinha Liga de tudo né. XXX era muito voltada para a prática, para essas Ligas e tal. Então tinha muitos projetos sociais. Aí, no segundo ano eu fundei essa Liga de Câncer de boca. Porque já tinha liga de tudo: Liga de Câncer de mama, de ovário de amamentação, Liga de hipertensão, e aí vai. E eu não me interessava pela parte clínica, né. E já tinha a Liga do Trauma, mas pra fazer a Liga do Trauma você tinha que estar no 4º ano. E agora? Ninguém gostava de cabeça e pescoço. E aí eu falei com o meu professor: "Vamos fazer uma Liga?" E ele estava

com a Liga no jeito. Aí a gente fez a Liga. E o que é que a gente fazia. Chegava no final de semana que tinha campanha de vacinação em XXX, por exemplo, a gente pegava, uma semana antes, um mês antes, pegava os profissionais da área básica, mas principalmente os profissionais da boca: dentista, fono. A gente dava um curso sobre câncer de boca pra eles: diagnóstico, que tipo de lesão você tem que encaminhar. Pegava professores para dar aula ou a gente mesmo dava a aula. Quando tinha uma campanha de vacinação a gente montava duas ou três salinhas do lado e o pai, o vô que levava a criança ia lá examinar a boca. A gente usava a cadeira do dentista ou cadeira normal para examinar. Usava lanterna. Fazia teste com azul de metileno, com vinagre, né, com ácido acético. Você passava o ácido acético e o azul de metileno, corava aonde tem lesão. Qualquer lugar que tenha muita mitose. Quando tem muita produção de células o local cora com o ácido do vinagre e você consegue identificar. A gente identificou muita lesão precoce. T0 de assoalho de boca, T0 de palato mole, T1. T0 é incito, que é super raro de achar. A gente achou alguns bem avançados. Eles fazem aquelas coisas mais malucas: eles fazem um furo na dentadura para ela grudar, a dentadura fica frouxa a vida inteira lesionando ali. Nunca trocou, ficou 20 anos com a mesma dentadura e fica pegando ali. Aquele senhorzinho que apoia o cigarro de palha no canto da boca. Aí o que é que a gente fazia. A gente fazia a identificação e quando dava positivo a gente encaminhava. O local que era possível a gente fazia biópsia. Se não, a gente encaminhava para o ambulatório em XXX e fazia o tratamento lá. O que fez o ambulatório ficar abarrotado de gente. A gente falava: "Olha, é um câncer mesmo e nós vamos tratar o senhor aqui". Então foi um projeto muito grande e a gente fez em um monte de cidades da região: XXX, Duartina, Lupércio, XXX, Assis, Pompéia, Tupã. No interiorzão.

RE- Isso junto com o dia-a-dia, da rotina normal de um estudante de medicina. E suas notas não caíram?

RA- Ah, sim, é. Isso era final de semana. E aí, com esse projeto, além da identificação precoce era um projeto social bacana. E eu mandei esse projeto para o INCA, o Instituto Nacional do Câncer. Era um concurso e eu ganhei o concurso. Era nacional.

RE- Era uma premiação.

RA- Era. E quem ganhasse ia escolher dois trabalhos do Brasil para fazer uma Summer School na Holanda. Aí e fui fazer.

RE- Quanto tempo você ficou?

RA- Três semanas. O bacana foi assim: eu tinha inglês de escolinha de inglês, mas eu fui super bem. Tanto que lá eu ganhei um prêmio como 3ª melhor apresentação. Tinha umas 50 pessoas de todo o mundo lá. Nas três semanas a gente ficou aprendendo. A gente tinha aula de manhã e à tarde. E à noite ia conhecer um projeto legal. Só que eu era tão CDF que eu não tive a iniciativa de pensar assim: "Poxa, e estou aqui na Europa, né. Primeira vez que eu saí do Brasil, vou esticar mais duas semanas". Não tive essa iniciativa.

RE- Só estudou mesmo.

RA- Estudei e voltei. Mas foi bem bacana. Depois disso... Isso me gerou várias perdas também. Como deu um monte de dor de cotovelo... A maior parte das pessoas na minha faculdade não sabiam que eu tinha ganho o prêmio. Minha mãe tinha muito receio de despertar ciúme, inveja.

RE- Com todo o histórico passado.

RA- Todo o histórico... Mesmo assim, eu cheguei... Fui expulsa da liga...

RE- O que?

RA- Porque enquanto eu estava fora o vice-presidente fez um bafafá lá. Porque disse que eu não tinha colocado o nome dele. E é assim: fui de um por um: "Gente me ajuda a organizar os dados pra gente mandar pra lá". "Ah isso não dá em nada!" "Gente me ajuda a organizar os dados. Vamos fazer". Ninguém quis. Aí chegou a época de apresentar no INCA eu tinha

que ir para o Rio de Janeiro. "Gente, me ajuda então, a pagar o Folder". Que era caríssimo.

RE- Tinha o nome dos outros?

RA- Tinha o nome do chefe, que era o dono da disciplina, tinha o nome do outro médico que me orientou a escrever e o meu. Aí, eu falei assim: "Gente, então faz o seguinte, vamos fazer uma vaquinha pra vocês me ajudarem a pagar o Folder pra eu apresentar lá". O folder ia ficar tipo, uns 200 reais, entendeu? "Não. Não porque isso aí não vai dar nada. Quem que vai se interessar por câncer de boca"? Beleza. Quando eu voltei... Como eu precisava de auxílio para ir para lá, então, eu precisei... as pessoas que me ajudaram foram para o nome do trabalho. Foi uma Summer School, não foi publicado, entende? Foi uma coisa de aluno mesmo. Foi publicado no relatório da Summer School. E aí eles fizeram, fizeram, fizeram, que me tiraram da Liga.

RE- E aí você chegou e não pôde continuar mais na Liga.

RA- Não. Fui mandada embora da Liga. Do Projeto ALPHA eu troquei um plantão e o menino não foi. Eu não sei se de propósito, ou não. Eu adorava aquilo ali.

RE- O Projeto Alpha era o do resgate.

RA- É. Eu adorava aquilo ali. Caí fora também do resgate. Mas estava no final já. Então foi isso. Sempre que eu ganhava alguma coisa eu perdia muito também. Meio histórico.

RE- Você tinha namorado na tua faculdade?

RA- Não. No 5º ano foi que eu tive o meu primeiro namorado. Mas era um menino da minha cidade. Era um aluno da minha mãe. Tinha um menino da minha cidade que era todo... Ele invocou comigo. Ele vinha, xavecava, mas ele era muito neném e tal. Ele era muito mulherengo. Ele era um ano mais velho. Não esse. A gente não chegou a namorar. Ele vinha, sempre xavecava e eu falava: "Meu, vai curtir tuas loiras que você gosta. E me deixa em paz". Ele falou: "Você vai, se formar. Na tua formatura eu vou com você, acabou e não tem conversa. Porque você fica me enrolando desde a época do Colegial. Não porque você queria passar na Medicina. Não porque...". Eu tinha muito receio de alguém me atrapalhar, sabe? Então... e ele ia ser uma paixão de perder as estribeiras. E ele vinha e enquanto eu não ia embora da festa ele não ficava com ninguém. Depois que eu ia embora ele ficava até com o pé da cerca. Só que teve uma festa que ele foi para XXX e na volta da festa ele sofreu um acidente e morreu. Isso eu estava acho que no terceiro ano da faculdade. Então, do terceiro ao quinto eu não olhei pra ninguém.

RE- Estava de luto.

RA- Apesar de não ter rolado nada era uma paixonite. E aí eu não cedia também. Então não namorei. Aí no 5º ano, em uma festa lá na minha cidade a minha mãe falou: "Raissa, e vou te apresentar todos os meus alunos, todos. Não é possível que você não se interesse por nenhum. Chega [nós duas rindo]. Não aguento mais você triste e sem ninguém. Aí... ela apresentou todos. Um que ela não apresentou eu me interessei. Aí rolou. A gente namorou quase dois anos.

RE- Você quase formando. E ele estudava?

RA- Ele estudava. Ele era de uma família muito simples lá da minha cidade. O pai dele era dono de um bar e ele ia acabar o terceiro colegial e ia cuidar do bar do pai.

RE- E você, no 5º ano de faculdade de Medicina.

RA- É. Mas aí eu estudei com ele. Eu falei: "O que é que você gosta?" Ele disse: "Eu gosto de Matemática". "Por que é que você não faz faculdade de Matemática, ou de Engenharia? Pô, vai fazer uma faculdade." "Não, mas eu vou ficar no bar do meu pai". Eu não fiquei batendo muito, mas eu queria que ele estudasse.

RE- E ele estudou depois?

RA- Estudou. Aí no 5º ano eu estudei com ele e ele passou em Matemática na USP, na UNESP e na UEL. E ele veio pra São Paulo. Mas também, Matemática era bem fácil. Mas pra um relacionamento à distância, assim... E ele era 4 anos mais novo do que eu, né? Para

um relacionamento à distância você tem que ter muita coisa em comum, muita confiança, né. E... ele precisava curtir também a faculdade, nunca tinha saído de casa. Então... eu fui desmamando ele e a gente terminou. O meu 6º ano foi de estudar muito, de curtir muito as últimas festas. Até então eu nem bebia nem nada. Não fui ficando não, mas fui curtindo as festas e fui estudando pra caramba.

RE- Estudando para as provas da residência? Aí nessa época você já sabia que ia querer cirurgia?

RA- Já.

RE- Quando foi que deu o estalo para fazer cirurgia?

RA- Ah, não. Eu já sabia antes de entrar na faculdade. Desde sempre. Eu não vou gostar de ficar: "Ai, toma um remedinho".

RE- E aí quando você passou pelos estágios você só concretizou essa ideia.

RA- Então, era engraçado porque quando eu ficava no ambulatório e o povo entrava em êxtase discutindo os casos do que pode ser ou não... eu: "Vamos gente, ou é ou não é. Não deu, entendeu? O fator J não deu. Não é". Teve uma vez uma discussão que me matava. Sobre anemia aplásica. Era uma coisa tão ridícula. Eu não tinha saco. De jeito nenhum. Psiquiatria então, nem pensar. Quando eu ia ficando irritada o povo falava: "Raissa, você está em abstinência. Vai, vai para a cirurgia [Rebeca rindo]. Entra lá no Centro Cirúrgico.

RE- Abstinência da cirurgia [rindo].

RA- Vai lá. Fica lá na cirurgia hoje. Nos estágios você passava os estágios de nefro e uro junto. Eu ia no ambulatório de nefro, passava uma semana, duas [fala com desânimo na voz]: "Raissa, pode ir para a Uro, vai. Hoje tem cirurgia, tem um transplante renal. Vai lá porque nós não te aguentamos mais. Você está insuportável". Aí e ia lá e voltava calminha.

RE- Bom... e aí, no sexto ano, então, terminou e você fez a prova para a residência. Onde você fez?

RA- Eu queria ficar em XXX mesmo por conta do meu pai. Eu fiz prova para Cirurgia Geral em XXX, em São José do Rio Preto, na UNESP de Botucatu e só.

RE- E alguém falou para você assim: "Não, não faz cirurgia. Isso aí não é coisa pra mulher!"

RA- Muito, muito.

RE- De quem que você ouviu esse tipo de comentário?

RA- Do meu pai. Do próprio grupo. Tinha alguns da cirurgia, tinha alguns que também queriam cirurgia e eram os favoritos para entrar. Meus colegas falavam: "Raissa, você não tem chance. Fulano está na Liga do trauma desde o segundo ano, Fulano já está há um ano lá como voluntário esperando. A chance dele entrar é enorme. Filha, vamos acordar, né?" E aí o meu pai ainda ficava: "Filha, faz Gineco". E ainda... eu tenho um tio que é... aquele casado com a minha tia dondoca que ele é um grande otorrino. Muito respeitado. Os irmãos dele todos otorrinos. Ele fez especialização nos Estados Unidos. Muito dedicado. Ele me falou: "Por que você não faz otorrino?" Eu peguei uma birra de otorrino desde o início da faculdade. Então, não tinha conversa. O meu tio era muito competitivo. Punha eu e minha prima para competir.

RE- Sua prima fez medicina?

RA- Os três filhos dele fizeram medicina, mas a filha mais nova dele era da minha idade e ele punha muito nós duas para competir. Meu, eu não quero otorrino. Que coisa chata. Ninguém morre por causa de uma amígdala, entendeu? Eu não quero. Eu quero alguma coisa que o cara vai morrer se eu não fizer nada. Para ser realmente útil o negócio. Eu amava trauma. Não tinha cardíaca na minha faculdade. Era em um hospital convênio, que é na Santa Casa. Tinha cardiologia que era muito forte lá, mas não tinha cirurgia cardíaca. Eu amava Uro, amava Gastro. Exceto a parte de cocô. Mas fígado eu adorava, tórax eu gostava. Neurocirurgia eu adorava. Então, ia ser qualquer coisa cirúrgica. Não tinha

conversa.

RE- E aí você prestou: Unesp, XXX e Rio Preto...

RA- Só. Rio Preto eu fiquei muito longe. Só que em Rio Preto era onde meu tio era forte. Eu não sei se foi sabotagem minha. Porque eu não queria ir para lá de jeito nenhum. Não sei.

RE- E as provas foram diferentes? O processo seletivo em cada um desses serviços foi diferente?

RA- Então, a prova de Rio Preto era muito fácil, muito fácil. Nivelava mais por baixo. Todo mundo vai tirar 80 na prova, quem tirava 82 passava. Agora, eu passei em XXX e passei em Botucatu. E quis ficar em XXX. Engraçado que em XXX era uma chance pequena. Eram só 5 vagas e já tinha os 5 favoritos para passar.

RE- Um dos favoritos não passou, então?

RA- Não que fosse carta marcada, entendeu?

RE- Teve prova mesmo.

RA- Teve prova. Prova teórica, prova prática e entrevista.

RE- E o que é que tinha o peso maior?

RA- A prova teórica tinha o peso maior, depois a prova prática e por último a entrevista.

RE- A entrevista teve um peso pequeno, então. Por que senão, o favorito poderia entrar.

RA- A entrevista tinha um peso pequeno, mas o meu currículo estava muito bom também. Não tinha como. Você imagina, que eu tinha dois prêmios: um prêmio nacional e um prêmio internacional. Eu tinha publicação, tinha não sei o que. Não dava para você dar zero no meu currículo.

RE- Aí você foi a única mulher que entrou?

RA- Fui a única mulher que entrou em Cirurgia Geral e em XXX não entrava mulher mesmo.

RE- Você foi a primeira?

RA- Não fui a primeira. Mas, assim, a pessoa tinha que ser muito fera para entrar. Eu lembro que quando eu entrei na faculdade ela estava no 6º ano e ela era brava, briguenta [Rebeca rindo]. E eu admirava ela pra caramba. E ela passou em Cirurgia Geral e todo ficou assim: "Nossa, ela passou!" Então, tinha muito isso ainda.

RE- E você sofreu preconceito dos colegas, dos professores?

RA- Eu guardo com muito carinho os meus professores de XXX. Muito carinho. Mas foi uma conquista árdua, entendeu? É engraçado que, por exemplo, os homens estabelecem umas amizades facilmente. A mulher, se fica amiga do cara: "Ah, ta com interesse. Vai sair com o cara pra conseguir..." Então você não consegue estabelecer uma amizade com o cara, com o chefe, com os professores. Você tem uma amizade com o professor, mas é diferente. É completamente diferente. Os meninos vão lá, vão tomar um chope na casa dele. Você não vai, né? Entendeu? Os caras: "Vamos jogar bola". Vão jogar bola com o professor. Você é igual o cara. Você é melhor que o cara em dedicação, por exemplo. Só que o professor vai tomar um chope com os caras, juntos. Aí... Eles sempre tiveram, eles têm muito mais oportunidade. Eles, por mais que levem uma bronca mais escrachada, assim, a menina eu acho que leva uma bronca que vai humilhando... que vai... Sabe aquele... Então, tem várias formas. Alguns são abertos: "Mulher não dá para cirurgia. O que é que você está fazendo aqui?"

RE- Falavam assim mesmo?

RA- Falavam. Principalmente R+, residentes mais velhos. "Meu vai..., sabe?" Dos cinco mais velhos, dos cinco R2, três eram da casa e dois eram de fora, de Londrina. Os únicos que me deram oportunidade foram esses dois de Londrina. Do tipo: "Raissa, a apendicite é sua hoje." O Vagner fazia que fazia, que fazia. Você está lá e ele fala: "Vai avaliar um caso no PS". Aí você ia e enquanto isso ele põe um caso no Centro Cirúrgico e começa. Não

interessa que é uma apendicite. Ele não quer que você faça. E é engraçado porque os homens ficam com ódio de você tanto porque você está tomando o lugar que não é seu [o lugar de um colega deles que não passou] quanto porque, por exemplo, ele acha que você é protegida.

RE- É bem o contrário, né? Porque você tem que provar que você é capaz e essa prova é muito maior do que a prova que eles têm que fazer.

RA- Muito maior. E além disso, por exemplo, o cara pode me chamar: "Sua idiota!" Às vezes chamam. Com eles é um negócio mais escrachado às vezes, só que dali a pouco os caras estão tomando cerveja juntos e no dia seguinte o cara está deixando ele operar. Entendeu? Agora... com a menina pode ser até assim: " Não querida, não é assim [imitando uma voz bem mansa e suave com tom de deboche], não meu bem, não". É pior, entendeu? "Querida, você não tem a menor condição [novamente falando num tom bem suave e debochado]. Olha..." A humilhação é mais velada entendeu? Imagina alguém que tem preconceito racial. E ele tem que receber um negro tratando de igual para igual. É aquele preconceito velado que às vezes escapa alguma coisinha. O cara está se segurando, mas está humilhando aos pouquinhos porque ele não pode falar abertamente. Porque se fosse mais aberto a gente toma uma atitude.

RE- Porque hoje é politicamente errado falar que é contra as mulheres na cirurgia.

RA- É. Mas ainda tem aberto.

RE- Você percebe isso nos mais velhos? Nos professores? Ou não?

RA- Sim, sim. Mas eu acho que o velado é pior. Porque o que é mais aberto você combate. Quando alguém te dá um: "Ah, acho que mulher não tem que..."; "Ah, lugar de mulher é na cozinha". Aí eu falo: "Ah, então graças a Deus que eu vim para o Centro-Cirúrgico porque eu sou uma negação na cozinha. Eu ia passar fome [rindo]!" Aí assim: "Ah, olha, você dá esse pontinho aqui. Você nunca fez tricô? Você não sabe dar ponto?" "Olha, o tricô que eu fazia era em rato, em sapo. Eu não sei fazer tricô, não sei fazer crochê..."

RE- Bordar ponto cruz...

RA- "Não sei fazer ponto cruz. Meu ponto cruz é na pele. Meu chuleio era na veia. Não sei fazer, não sei". Engraçado que tinha uma enfermeira chefe que quando eu era pequena ela era freira. Irmã Valentina. Eu tenho um carinho gigantesco... Mas ela tentava me ensinar a fazer correntina. "Faz correntinha. Quando você ficar boa na correntinha eu vou te ensinar a fazer toalhinha". Cara, eu não tinha o menor saco pra isso. Coisa de menininha eu não tinha muito saco.

RA- Aí na Cirurgia Geral eu ia muito bem em Uro. Muito bem. Mas, ah... falavam: "Mulher pode fazer Uro Gineco". Odeio Gineco. Ela é feia. Acho bonitinha a minha, no máximo. Eu acho ela feia, não gosto do cheiro. Geralmente ela doente o cheiro é medonho. Obstetrícia... Ver uma mãe perder um bebê é medonho, ver um bebe nascer com má formação é medonho. Não era pra mim. E eu me enveredei bastante tanto para o lado do trauma quanto para o lado de cirurgia limpa. Assim, Uro eu adorava. Então, assim, eu fiz mais de 200 postectomias, vasectomias. Essas cirurgias ambulatoriais... tinha um senhorzinho que chamava Dr. Tavares. Ele tinha uns 70, 80 anos e continuava operando. Então ele colocava as pequenas cirurgias para ele. Então eu ia lá com ele. E ele não tinha preconceito nenhum. Eu comecei a ajudá-lo no quarto ano, quinto ano: "Dr. Tavares, eu estou sem fazer nada lá no ambulatório. Posso ir?" "Pode. Vem fazer uma vasectomia comigo".

RE- E os pacientes? Eles aceitavam isso? Ou eles não sabiam?

RA- É engraçado porque quando eu atendia na Urologia teve só dois pacientes que se recusaram a ser atendidos. O resto, eu falava com uma tranquilidade até de sexualidade. E olha que eu não tinha tido nada ainda. Fui ter minha primeira relação sexual quando eu já era residente em cirurgia cardíaca. Foi o meu primeiro namorado mais sério.

Alguém bate na porta com muita força. Durante toda a entrevista ouvimos muitas risadas e conversas do lado de fora. Bem em frente à sala onde estamos ficam as copas de descanso da enfermagem e dos médicos. São duas salas, uma ao lado da outra. Ambas com geladeiras, pias, balcão, microondas, etc. Na porta de uma está escrito: “Copa da enfermagem” e na porta da outra está escrito: “copa dos médicos”.

Como que a responder a quem bateu na porta Raissa fala: “Oi. Entra”!

Como ninguém entrou ela falou: “Um engraçadinho”.

RE- Alguém deve estar falando assim: "Está demorando muito isso!"

Raissa se levanta, abre a porta, sai para o corredor e fala: “Fala, engraçadinho”!

Eu não consigo entender a conversa que acontece lá fora, mas dá para ouvir algumas risadas.

RA- Peça rara.

RE- Eles estão em momento de folga? Tem cirurgia à noite aqui?

RA- Agora não.

RE- Tem horário para sair? Assim: "Não pode sair antes das sete. Tem que ficar”.

RA- Não. Não tem não. É que, geralmente, a gente sai daqui 8 da noite.

RE- Mas por que? Se não tem nada pra fazer?

RA- Tem sim. É que hoje foi uma exceção. Geralmente tem três, quatro cirurgias à tarde.

RE- Ah, termina mais tarde mesmo.

Ra- É. Se é uma cirurgia de coronária, por exemplo, a duração é de umas 5, 6 horas, geralmente. Se é uma reoperação... E assim, a cirurgia da manhã vai acabar uma da tarde. Até limpar a sala e por outra vai entrar a da tarde duas e meia, três horas. Quando entra às três horas. Imagina, se soma cinco horas, já dá oito da noite. Se é uma reoperação já está tudo grudado, é tudo mais lento, sangra mais. Aí demora mais. Demora seis horas, até mais. Então entra às três da tarde, vai acabar as nove. É que hoje é uma exceção.

RE- Então eles estão curtindo hoje.

RA- Não tem tanto residente aí não. Tem mais funcionário. Esse que bateu aqui é funcionário. Porque eu não sei quem bateu né? Se é o figurinha [a pessoa que bateu saiu correndo para não ser identificada].

RE- Teve alguma ocasião em que você chorou na residência?

RA- Eu chorei pra caramba.

RE- Na residência de Cirurgia Geral?

RA- Na geral eu não sei. Vou te dar... Se você for ver em número de cirurgias os meninos tinham mais cirurgias que eu. Chorar eu não sei. Eu sempre quis Cirurgia Geral. Daí quando eu era R2 e falei que eu ia fazer Uro: Ohhh. Minha família fez uma mesa redonda. "Não. Você não vai fazer uro. Meu, imagina um cara se casar com uma mulher uro. É um absurdo. Você vai ficar olhando o pênis dos outros homens o dia inteiro. Pegando, olhando. Não, de jeito nenhum, de jeito nenhum." Então, na visão deles, eu precisava achar outra coisa.

RE- Então você acabou acatando?

RA- Eu não acatei muito não. É que eu gostava de tudo em cirurgia, então qualquer coisa que eu fizesse eu ia ficar feliz. Cirurgia limpa. Eu não gostava de cocô. Uro era uma opção, cirurgia oncológica era uma opção, vascular... sempre fiz sutura de vaso muito bem. Então, assim, o professor de vascular falava: " Raissa, vem fazer vascular. Não faz uro não". Então, eu tive muita coisa na vascular também. Só que, ao mesmo tempo, o pessoal da uro... Nunca tinha tido uma mulher lá. E, apesar de o Dr. Tavares me apoiar muito, o outro lado falou: "Olha, só se você fizer uro pediátrica ou uro gineco porque uro não vai fazer.

RE- Já avisaram que você não seria aprovada.

RA- É... não abertamente porque senão você teria como reagir. É isso que eu estou falando. Quando se faz a coisa abertamente você tem como agir. Você processa o cara, você grava o que o cara está falando. Depois o cara fala assim: "Prova que eu falei isso". Isso não tem como provar. E foi um drama na minha família. Onde já se viu? Eu falei: "Bom, vamos ver". E eu gostava de um monte de outras coisas.

RE- Você não sabia, então, no final do teu R2, o que iria fazer?

RA- Não, não. Aí eu fui fazendo estágios no meio do R2. Eu ficava muito em um hospital de Assis. Fiquei três meses na vascular lá tocando tudo, tudo. Só que vascular me doía muito. Eu gostava demais de vascular, mas me doía muito quando tinha que amputar. Assim, uma pessoa com uma dor arterial crônica, ou aguda, ela te pede: "por favor, arranca o meu pé". Era uma cirurgia relativamente fácil, sem muita complicação, mas a hora que eu tirava um pé, uma perna e jogava... Puts, acabava com o meu dia. Eu fala: "Gente, eu não nasci para isso". No dia seguinte você vai ver e vai falar: "está lindo o seu coto"? Puta, não ta lindo o coto sabe? Então, eu gostava da anastomose, mas me doía muito a amputação. E assim, essas coisas são progressivas. Você vai lá, tira um dedinho; vai lá, tira a metade do pé; vai lá, tira o pé. O meu professor de vascular me falou: "Raissa, já que eu vou te perder, você faz anastomose muito bem. Vai para a cardíaca". Eu falei: "Olha, eu nunca pensei". Eu fiz um estágio de um mês nas minhas férias e me apaixonei. Achei lindo, maravilhoso. Você abrir e ver um coração batendo não tem como não e apaixonar. O negócio é lindo. Nesse meu estágio eu fui justamente para Rio Preto. Eu ficava até onze da noite porque só tinha duas salas e eles operavam 4 casos, cinco casos. Só tem aquelas salas, então acabava tarde. E eu ficava até 10, 11 da noite maravilhada. Eu falei: "É isso mesmo". E aí eu decidi. E fui ver... Talvez uma outra opção seria fazer R3 de Cirurgia Geral para dar tempo de eu ver outras coisas. Ou fazer fígado porque eu gostava muito de fígado. Mas também são cirurgias bem longas. E aí...

Ela faz uma pausa e pergunta para mim: "Será que o povo ouviu minhas reclamações [rindo]?"

Eu falei: Não, o barulho deles está muito maior [o barulho da sala ao lado está grande].

Ela fala: Não, antes, de eu abrir o meu coração aqui [rindo].

Eu: Não deu para ouvir não. Fica tranquila, você está falando baixo.

RA- E aí eu prestei só Rio Preto, prestei o Servidor, mas porque eu queria pegar tempo de prova mesmo, porque eu queria o XXX [se referindo a um centro de excelência em Cirurgia Cardiovascular]. Não prestei aqui, não prestei ABP. Eu não queria nenhum outro lugar, eu queria o XXX. Eu cheguei a ir conhecer o XXX. O XXX é lindo, é grandioso. Mas lá foi mais pesado. Aí não era tão velado. Era mais aberto, mas assim: da mesma maneira. Lá eu voltei chorando muitas vezes. Muitas e muitas vezes.

RE- Mas você fez lá? Você passou lá?

RA- Eu fiz lá. Passei lá. Fiz no XXX.

RE- Quantos anos foram?

RA- Quatro anos.

RE- É mesmo?

Ra- Foram quatro anos bem difíceis [muita ênfase ao falar a palavra "bem"]. E ainda para piorar, de uma certa maneira, no final do R2, na época de prestar a prova eu fazia, durante os dois anos de residência, eu fazia um curso, uma vez por mês. Tem um curso anual de cirurgia de urgência com o Benito Santiago e o Silmar Correa. Um era da Santa Casa e o outro era da USP. Então uma vez por mês eu vinha pra cá. E eu conheci um menino que fazia Cirurgia Geral no Guarujá junto com uma amiga minha. Eu achava o cara chato pra caramba. Eu falava: "Ai, meu, eu queria tanto almoçar com a Sabrina, mas o cara chato vai

junto". Cara chato, resmungão, criticava tudo, tudo estava ruim. E eu encontrava com eles uma vez por mês. Chegou no final da residência, na época das provas, tinha um curso da Medcurso e a galera fazia. Eu fiz alguns finais de semana só. Não estava ainda naquela época de curso o ano inteiro, nada disso. Eu fiz uma semana de Medcurso intensivo antes das provas e ele também estava fazendo. E ele me falou: "Você sabe que vai ter um curso para a prova prática?" E a USP tem uma prova prática muito pesada. E aí eu pensei assim: "O cara prestando cirurgia cardíaca junto comigo e me dando uma dica de curso"? Puxa vida! Aí eu olhei pra ele diferente. Levando uma concorrente pra fazer curso com ele? E mais... A tia dele morava na Armênia e eu, vinha fazer prova e ficava na casa de uma prima da minha mãe que morava em Santana. Aí assim. Ou a gente ia de metrô e combinava de ir junto. Quando ele ia de carro ele ia até Santana pra me levar. E era noite, ele ia me levar à noite embora. Eu falei: "gente, que cara interessante. O cara leva uma concorrente para..." Aí era o aniversário dele em janeiro, a gente já tinha acabado as provas e ele me chamou para ir no aniversário dele no Guarujá.

Mais uma vez alguém interrompe a entrevista. A mesma batidinha irritante na porta.

RE- Mas que cara chato, né? Infantil.

RA- Cara chato. Nem vou lá. Se ele quiser ele abre. Dor de cotovelo. Porque falaram... surgiu um boato [ela fala bem baixinho], acho que a Saea entrou na sala e falou assim: "depois vai lá que ela está te esperando para a entrevista [Rebeca rindo muito].

RE- É que eu pedi para a Sandra te avisar que estava aqui na salinha [Rebeca rindo muito]. Aí já surgiu aquele rebuliço, aí o chefe já começou: "que entrevista que é essa? O que é que é isso?" Aí a Sueli já tinha falado com a Marcela eu acho, não sei. E ela falou pra ele: "Não, é uma entrevista com as mulheres cirurgiãs".

RE- [rindo]

RA- Porque isso também faz parte do tema da tua pesquisa.

RE- Claro. Interessante né? Eles estão sabendo que está havendo uma entrevista e que a gente está demorando.

RA- E gera um desconforto. Alguém está valorizando uma médica cirurgiã. Que trabalho é esse sobre médicas cirurgiãs? Então você vê como... De certa maneira você está prestigiando uma coisa que incomoda.

RE- Com certeza. Ela vem pra divulgar alguma coisa.

RA- Então nós acabamos de verificar ao vivo e a cores

RE- Mas será que é um residente que está fazendo isso? De vir bater na porta? Porque é atitude bem de 8ª série.

RA- Isso a gente vê direto. Atitude até de 4ª série. Do que é que a gente estava falando mesmo?

RE- Do hospital onde você fez a residência. Que você sofreu lá. Me dá exemplos do que que aconteceu lá.

RA- Olha... Por exemplo, eles fazem muito pra fazer você sair. Por exemplo, eu entrei lá namorando. E eu não estava junto. Por meses a gente escondeu de todo mundo. Até que um dia viram a gente chegando junto até o metrô.

RE- Mas o cara era conhecido lá também. Ele fazia lá também?

RA- Ele entrou comigo na residência. Então, por exemplo, a nota do meu currículo foi muito pior do que a nota do currículo dele. Eu sou formada em uma universidade estadual... Só que assim, se você fala isso, vão falar: "A nota não é divulgada".

RE- Mas você sabe que nota você tirou...

RA- E como ele era meu namorado eu sabia a dele. Então, assim, eu era... veja bem, formada em Universidade estadual, formada em um HC grande de uma faculdade estadual

de medicina, eu tinha prêmios, eu tinha trabalhos publicados no exterior. Ele era formado em Vassouras que é uma faculdade, com todo o respeito, tem um conceito muito ruim no Brasil. Ele fez residência em um serviço no Guarujá, que não era vinculado a uma universidade ou a um HC, nada. O que é que você vai fazer em Cirurgia Geral no Guarujá? Vai operar o que? Peixe? Sardinha? Entendeu? Ele nunca tinha entrado em uma cirurgia de alta complexidade. Mas ele tinha uma carta de apresentação de alguém de dentro...

RE- Do XXX?

RA- Do XXX.

RE- Ele tinha pai médico? Tio médico?

RA- Não. Ele ajudava, de vez em nunca um cara que ia operar lá no Guarujá. E esse cara que operava no Guarujá tinha feito residência no XXX e era amigo de uma pessoa lá dentro. Que nem era tão poderosa, não. Mas, tipo, uma carta de apresentação dele valeu mais do que o meu currículo.

RE- Agora, esse negócio de a nota não ser pública, de você não ficar sabendo quanto os outros concorrentes tiraram... Isso já é uma forma de...

RA- De seleção

RE- De seleção. Porque você não tem como contestar que o seu currículo vale mais do que o do outro.

RA- E assim, aí eles te colocam muito em lugares que ninguém quer entrar. Eles te colocam na terceira cirurgia, tudo grudado, com aquele cirurgião que ninguém gosta, que é briguento, que é chato, que ninguém gosta. É um cara que é insuportável, que humilha as pessoas, que manda pra fora, expulsa de sala. Eu fui a que mais entrou com esse cara.

RE- Pra ver se você desistia mesmo.

RA- Eles falavam: "Ai, não. Ele não maltrata mulher". Assim, obvio que ele me maltratava.

RE- Tinha outras mulheres fazendo cirurgia lá?

RA- Tinha uma estagiária um ano mais velha. Meus quatro anos fomos só nós duas.

RE- E quantos homens?

RA- Tinha 5 por ano. E ela não era tanto ameaça porque ela era só estagiária. Ela não era residente.

RE- Ela já tinha feito residência?

RA- Não. Quem assim, os titulares que passavam na prova eram 5 vagas pelo MEC e uma vaga por ano abria para estágio.

RE- Não remunerado.

RA- Então assim, vinha remuneração pela fundação. Não era reconhecida pelo MEC. Então era assim: ela nem passou na prova. Se ela quiser trabalhar como cirurgiã vai ter que prestar a prova de título, necessariamente. Cirurgião cardíaco tem um monte que não tem título. Porque tem residência em cirurgia cardíaca. Era diferente a ameaça.

RE- Ela sofreu mais então?

RA- Menos. Porque assim, ela não era ameaça. Ela não passou na prova. Entendeu? Ela prestou prova junto com os outros, os outros passaram e ela não. Eu prestei prova junto com os outros e alguém ficou de fora. "Meu, essa menina roubou a vaga de alguém". Então... e... eles colocavam a gente nas piores salas.

RE- E o teu namorado estudava junto com você. Entrou na mesma turma, era residente junto.

RA- Residente junto, tal. O tratamento era muito diferente. E olha que ele era chato, ele era briguento.

RE- E vocês tinham que ser discretos com relação ao namoro.

RA- Não. Ninguém sabia. Por meses. Eles foram saber logo no final do R1 porque viram a gente chegando. Acho que... não sei se era um plantão. A gente veio de mãos dadas até o metrô e do metrô ele voltou. Aí surgiu o boato tipo: "Ah, ele tá pegando". "Nossa hein,

Raissa! Você está saindo com o carinho lá? Pra não ficar feio a gente abriu e divulgou: "Meu, não tá pegando. A gente namora já tem um ano. Antes até de entrar aqui. Então, desculpa, não ta pegando". Então... imagina que assim: a mulher que está num território do bolinha. E mais, é uma mulher que eles não vão poder xavecar. Pior ainda.

RE- E os testes? Você era muito mais testada do que eles?

Ra- Ah, sim, sim.

RE- Para ver a competência.

RA- É que é assim. Eles delegam menos coisas e assim, quando ... Aí depois começam a delegar algumas coisas, mas sempre com uma desconfiança maior, sabe? Você tem que estar sempre provando, sempre provando. E isso cansa, isso enche o saco. Muitas vezes eu me pergunto: "porque eu não nasci homem? Ia me facilitar um monte de coisa". Porque... eu não tenho que ficar provando, provando. Se o cara vier cedo pra cumprir horário, entrou em cirurgia, tudo certo. Pô, ele chega cedo. Você chega cedo, você cumpre o horário, você é última a sair. Ninguém ta vendo que você é a última a sair. Ninguém ta vendo porque é que você está entrando em cirurgia que ninguém quer entrar. É complicado.

RE- E por parte dos pacientes e da família dos pacientes, você sofria algum tipo de preconceito?

RA- Isso não. Às vezes eu sofria pelo jeitinho de olhar. "Jura que você operou o meu pai?"

RE- Uma menina...

RA- Mas isso não.

RE- E os professores? Não tinha mulheres professoras, né?

RA- Na realidade, tinha uma, mas que ficava no marca-passo. Eu adorava ela. É tanto, que a gente foi fazer um congresso juntas no Japão. Ela era linda, os olhos azuis. Dra. Ana Elisa. Linda, divertida. Só que ela ficava no marca-passo. E marca-passo foi uma área que clínico pegou. Ela indo para uma área que clínico está lá você não é concorrente.

RE- Então é até desvalorizada no meio cirúrgico.

RA- Exatamente. "Mulher não opera, ta vendo? Você devia fazer marca-passo". Eu acho que, por exemplo, aqui, o fato de a Marcela ser chefe, e depois ser chefe dos residentes, com certeza, cria uma outra... Meu, como é que você vai falar mal se uma das presidentes é mulher. Então, com certeza, rompeu muitas barreiras. Ali não. Tem ainda a Lumi, só que ela é ainda assistente do Prof. João Oscar. Não deixa de ser assistente. Essa menina fez uma tese super bacana. Eu admiro demais ela. Ela é aquela pessoa bem fechada, cabelo joãozinho, japonesinha. Sabe? Não é uma presença feminina, né? Entendeu? E é assistente só daquele cara. Ela não está operando caso dela, não está operando com outro.

RE- E ele não é assistente dela em alguns momentos? Porque lá na procto, as meninas que eu estou entrevistando lá, o professor... ela é assistente dele, mas tem alguns casos em que ele é assistente dela.

RE- Ali não é assim não. Ali ele não é assistente dela não. Talvez essa seja uma das piores áreas, sabe. A cardíaca e talvez a neuro. Minha irmã é a única residente mulher. Era, né. Ela continuou na equipe agora. E minha irmã é aquela perua assim, sabe. Então ela vai com um puta de um salto, cabelo tingido de loiro, cabelo com luzes, com lápis preto sempre [Rebeca rindo]. Ela é mais baixinha, mas ela sai pisando. Ela não quer saber. Ela é mais... E como ela é muito competente, muito guerreira. Eu evito bater de frente. Às vezes eu fico meio magoada, mas pra não comprar um terremoto eu desvio aqui, desvio ali.

RE- Ela compra o terremoto.

RA- Sabe a Capitu? Entendeu? Ela joga. Se tiver que fazer um drama ela faz. Se é hora pra ela mostrar que ela não está nem aí ela vai mostrar. Ela é mais sagaz. Ela joga mais. Eu não consigo jogar. Você olha pra minha cara e sabe que eu estou chateada. Pisei.

RE- Você chegou a chorar na frente deles alguma vez?

RA- Não sei... Acho que... Tipo, discretamente. Em campo eu já chorei, já chorei. Sabe,

aquela escorrida e você continua. Segurando, segurando. Chorar de soluçar não.

RE- Mas sozinha sim.

RA- Pra caramba. Engraçado que... tem uma cena que é tão engraçada. Eu estava fazendo residência e no começo da residência eu morava na casa dessa prima da minha mãe que mora em Santana. Eu passei praticamente o primeiro ano da residência morando lá com ela. Dia 8, dia internacional da mulher, eu fui embora umas 10 da noite com uma raiva, mas com uma raiva. Eu fui embora chorando, chorando, chorando. Eu falei assim: "Meu...". E ainda assim, recebi parabéns pelo dia da mulher daquele jeito, né. Só levando fumada. E eu fui embora chorando, chorando, chorando. Aí eu cheguei... E ela, aquela piadista né. Tudo ela leva... E ela tem 70 anos. Ela é engraçada, faz piada com tudo, uma boca suja, fala besteira. E ela virou, olhou pra minha cara: "Feliz dia da mulher". "Meu, eu não tenho nada pra comemorar esse dia. Só tenho a detestar esse fato". Ela olhou pra mim e falou: "Quê? Uma mulher bonita, uma mulher bem-sucedida, engraçada, divertida. Uma mulher com um coração de ouro. Não. Espera aí. Você sente aí agora". Saiu, foi na padaria ali perto, comprou uns pães italianos, comprou sardela, que eu adoro, comprou patezinhos, abriu um vinho. "Hoje é o dia internacional da mulher. Você tem o dom da vida, do amor ao próximo..." Me deu uma ladinha na minha orelha. "Se o que eu falei não te convenceu, espera aí." Abriu o meu vinho favorito [Rebeca rindo]. Ela tinha lá na casa dela. Abriu o vinho: "Vamos embora, vamos comemorar o dia internacional da mulher". Mas foi engraçadíssimo, né porque...

RE- você chegou arrasada e ela te animou. Então, esses quatro anos de residência foram no sal.

RA- Foram. Foram bem difíceis.

RE- E assim, eu saí de lá, já tinha proposta para trabalhar em São Paulo. Mas, no final do 4º ano eu tentei pedir um estágio. E eu sou meio, não é orgulhosa...

RA- Autoconfiante...

RE- Não, não. Orgulhosa no sentido de não querer pedir nada pra ninguém, assim, sabe? Então, eu entrei no... on line, não pedi ajuda para nenhum professor. E consegui um estágio em Tampa, nos Estados Unidos. Eu queria ir para a Cleveland Clinic, mas não consegui porque na época ia estar chegando residente aqui. Mas eu tirei um mês de férias certinho e juntei com um mês que eu tinha de estágio livre e pensei: "Meu, no Brasil, onde que eu ia fazer estágio estando no XXX, né?" E assim, ali, eles são muito fechados. Então, assim, é o perfil do cara da USP: "Nós somos os melhores do Brasil..."

RE- Dificilmente você seria aceita para fazer estágio em outro lugar?

RA- Não. Aceita sim. Mas dificilmente eu iria achar que o outro lugar iria estar melhor do que lá.

RE- Ah, entendi.

RA- Foi por isso que eu resolvi fazer fora. Eu pensei: "Preciso ver alguma coisa que não tem aqui". Né? Então eu fui pra lá para ver assistência ventricular e transplante. Lá tem um cara que é brasileiro, mas fez toda a formação lá. O cara me adorou. Ele falou: "Volta, que você vem fazer um *fellow* aqui comigo. Só que você tem que passar nas provas, prova de proficiência em Inglês" ... la,la,la,la,la,la. Demorou para sair o visto porque tinha que ser visto de trabalho para fazer *fellow*.

RE- Quanto tempo é o *fellow*?

RA- Eu fiz dois anos.

RE- Você fez dois anos [rindo muito]?

RA- Aí eu peguei... passei em uma das provas. Porque aí você precisava de prova de proficiência em Inglês. Eles têm três estepes para poder fazer validação do diploma lá e você precisa passar em pelo menos em duas provas para poder ir para lá. Para você poder entrar em contato com o paciente. Quando eu fui pra lá eu queria focar nisso. Me apaixonei

pelo lugar. Maravilhoso, tudo. "Ah, meu, vamos embora, vamos estudar". Então eu não segui nenhuma das propostas de emprego. Fiquei dando plantão feito uma louca porque eu precisava guardar dinheiro. Porque lá, o valor do pagamento do *fellow* era acho que 50 ou 60 mil por ano.

RE- Não tem isso de bolsa, né? Você não vai receber né? Você vai pagar.

RA- Não, não. Eu recebia só que era tipo, dois mil dólares por mês. Eu pagava mil e alguma coisa na moradia. Como é que você vive com mil dólares? E eu precisava chegar lá... Tampa é muito espalhada. Eu precisava chegar lá e comprar um...

RE- Carro...

RA- Carro [falamos ao mesmo tempo]. Precisava de uma reserva porque milão não ia me bancar o mês inteiro. Aí... só que o brasileiro vai dando um jeitinho, né? Apesar de eu não ter direito de comer no hospital eu arrumei um jeito de começar a comer no hospital. Tudo na amizade... A mulher da biblioteca me dava...

RE- Igual eu hoje aqui [rindo] que a doutora não almoçou e deu o almoço dela pra mim [rindo]...

RA- Foi engraçado. Aí então, aqui eu foquei mais em juntar dinheiro. Aí eu fui pra lá em ... acabei a residência em janeiro e fui pra lá em abril. Consegui fazer as provas tal. Uma primeira prova aqui e depois a outra lá. E aí assim, trabalhei com assistência ventricular, lá tem harth leith... tem touratc, a biomed.

RE- Coisas que não tinham aqui.

RA- Que não tinham aqui.

RE- Que eram novidade.

RA- Na realidade, quando o paciente entra em falência cardíaca e tem parâmetros clínicos que não deixam ele bom para transplante. Então, por exemplo, ele tem uma pressão pulmonar alta. Ou ele tem mais de 70 anos e não pode entrar na lista de transplante. Ou... ele precisa melhorar as condições clínicas de pulmão, rim porque se ele estiver em falência de múltiplos órgãos ele não entra para transplante. Pelo menos lá não. E esse procedimento é o que eles chamam, vulgarmente, de ventrículo artificial. Então...

RE- É um procedimento alternativo para o cara não morrer.

RA- É. E aí tem vários objetivos. Tem o objetivo de recuperação. Então, por exemplo, tem o paciente que tem uma miocardite viral aguda. Então, tem uma infecção aguda no coração. É viral. Vai detonar o coração. Não é igual a endocardite, que você trata com antibiótico. Vai detonar. Se você não aprender a recuperar você está detonando o coração. Então, o que a gente faz? Ali tem um ventrículo artificial para recuperação. Então, você vai usar durante um mês, uma semana, quinze dias. Depende o tempo que você vai precisar para recuperar da infecção viral.

RE- O coração está ali sem bater?

RA- Não. Ele às vezes está batendo, mas o que está fazendo o fluxo pra ele é o ventrículo artificial. Então, você conecta uma parte na ponta do coração, o outro na aorta, então o coração até bate. Bate com menos volume, com menos esforço e você está dando um repouso pra ele, para ele se recuperar.

RE- Entendi.

RA- A gente usou muito isso lá... Porque eu peguei lá aquela leva de gripe suína. Eu estava lá.

RE- Foi em que ano isso?

RA- 2009. Eu fiquei 2009, 2010 e começo de 2011 lá. Então é ponte para esse coração recuperar. Ou não. De repente você tem uma falência respiratória. Teu pulmão não está funcionando. Então você precisa oxigenar o sangue no lugar do pulmão até esse pulmão recuperar. Você coloca lá da mesma maneira porque aí o coração vai bater, mas não pode ir para o pulmão. Outro uso é assim: você recupera um pouco as condições do paciente para

ele ter condições de ir para transplante.

RE- E você viu transplante lá também?

RA- Muito, muito. Lá eles faziam 60 transplantes por ano. Então, a gente voou para tudo o que é canto. Voou para Porto Rico, três horas de vôo. Fomos buscar um coração em Porto Rico. Então, tanto o transplante quanto a assistência ventricular lá... E assim, as condições que você tem, a otimização... é tudo diferente.

RE- Estamos a anos-luz.

RA- Anos-luz. Eles, em assistência, eles estão pelo menos 30 anos à nossa frente, né. A gente tem um dispositivo feito no Brasil, mas que é de uma tecnologia ainda experimental. Mas eles fizeram essa etapa experimental e foram para a etapa clínica a mais de 30 anos atrás. Então, imagina, você está fazendo uma coisa... os aparelhos foram se adaptando muito, melhorando muito. O que a gente não tem condições de ter aqui. Um ou outro lugar conseguiu colocar. Foi um dos que colocaram no Romeu Tuma.

RE- Hospitais da rede privada, né? Hospitais públicos não.

RA- Parece que em Fortaleza eles colocaram. Parece que... mas aí são outras condições, outras situações.

RE- Aí, quando você voltou... O que é que você faz aqui hoje?

RE- Quando eu voltei de lá eu voltei por causa de um problema familiar. Esse meu tio que era o bam-bam-bam e tal, sofreu um acidente, perdeu a perna e abalou a família toda. Ele um cara muito ativo, muito forte em todos os sentidos. Um tempo depois o meu pai ficou doente. Então, assim, eu falei assim: "Meu, o que é que eu estou fazendo tão longe?" Eu até cheguei a cogitar a possibilidade de refazer a residência lá e ficar por lá. Mas eu teria que refazer tudo, sendo 5 anos de cirurgia geral, e não dois. E quatro de cardíaca. Então são nove.

RE- Nossa!

RA- E mais, com o risco de não ter visto de permanência. Você faz a residência sem a garantia de que o hospital vai falar assim: "Vou te contratar, aqui está teu visto". Eu estava muito convencida a ficar. Estava fazendo as provas, mas aí pesou muito pra mim. Eu não sabia o que estava acontecendo aqui. Então, eu não vinha para o Brasil. Nesses dois anos eu não vim para o Brasil nenhuma vez.

RE- E eles foram lá te ver?

RA- Eu levei os meus pais para passarem um natal lá comigo e no outro ano o meu pai foi passar o meu aniversário comigo, mas foi só. E lá é diferente. É muito diferente. Aqui a gente adota as pessoas. Vem um estrangeiro... Eles têm dificuldade? Têm e nós temos que respeitar, etc. Mas, de repente, você leva um para um churrasco na tua casa, você leva o outro para... "Olha, vem aqui. O que está acontecendo? Você está chateado? Vem aqui, vamos conversar." Lá... eles me adoravam no trabalho, tal, só que aí eles são assim: trabalho é trabalho. O cara do trabalho eles não levam pra casa. E vice-versa, entendeu? Então, raríssimas vezes eu fui na casa de alguém.

RE- Então você era solitária lá.

RA- Lá era complicado. Isso nem foi tanto o que pesou porque eu tinha um perfil meio solitário já. Então nem foi isso que pesou. Foi mais acho que o meu pai. Porque você fala assim: "Puxa vida, eu estou investindo em um negócio que de repente..." Primeiro que não tinha nenhuma garantia. Ninguém virou pra mim e falou: "Pode fazer que depois eu te contrato". E, segundo, que assim, eu fui pra lá pra passar dois anos. Meu pai estava convencido para lá para passar dois anos e ponto, né? Então, assim, você fica assim: "Meu, será que está tudo bem? Será que não está? Será que eles estão em escondendo? Depois ele morre aí e eu tô... ". Em dois anos eu vi meu pai uma vez. Eu voltei e falei: "Vou levar o que eu aprendi". Mas ao mesmo tempo eu queria ir para um espaço onde eu pudesse cuidar da saúde do meu pai, onde eu pudesse ficar com ele. Então, eu voltei e não fui atrás de

ninguém. Não fui atrás dos meus professores do XXX, não fui atrás de ninguém. E aí, um chefe de um amigo meu olhou pra mim e falou: "Raissa, o que você está fazendo dando plantão?"

RE- Plantão de Cirurgia Geral?

RA- De Medicina Intensiva. De UTI. E aí, ele assim: "Não. O que você está fazendo? Vem pra cá. Vamos trabalhar comigo." E eu até fiquei meio pra baixo e tal. Aí eu falei assim: "Ta bom".

RE- Lá em XXX isso?

RA- Não. Aqui.

RE- Aqui neste hospital?

RA- Não. Aqui em São Paulo. Aí eu trabalhei quase um ano com ele.

RE- De assistente dele?

RA- De assistente dele. E... e ele sendo um doce de pessoa, um lorde, um paizão. Só que assim... aí de repente, um chefe daqui me chamou porque o assistente dele me conhecia e comentou com ele. Meu amigo ia entrar de férias e queria alguém para substituí-lo. Ele falou: "Raissa, você não vai lá ajudar?" Eu falei: "Ajudo." "Ele é meio bravo, ele é assim, assim, assado". E eu falei: "Tudo bem, vamos embora". E ele gostou muito de mim. E ele falou: "E aí, o que é que você está fazendo? Fulano me falou que você fez um *fellow* nos Estados Unidos. E o que você vai fazer com esse conhecimento?" E eu respondi: "Tá guardado. Uma hora eu uso, né." Então ta bom. Fiquei ajudando ele o mês inteiro que o meu amigo ficou de férias. Ajudando assim, cobrindo lá e aqui. Eu continuava ajudando o meu chefe da época e duas vezes por semana eu ia ajudar esse outro médico. E aí, assim, conversando.... A nossa sociedade é muito pequena. Acho que tem 200, 300 cirurgias cardíacas no Brasil. É um número pequeno. Eu sei que tem 48 mulheres. Eu acho que é isso. Confirma com a Dr<sup>a</sup>. Marcela. E aí o antigo chefe daqui do transplante me ligou: "Raissa, aqui é o Dr. Eusébio... E eu assim..."

RE- Você sabia quem ele era?

RA- Igual eu te falei: na USP, no INCOR, etc... Eles... Somos nós, entendeu [sorrindo]?

RE- Ahan.

RA- Você vai fazer uma referência, é do Fulano, do Carbantier, na França. É o Ciclano em Cleveland, é o Fulano no Texas Harth. Não tem outras referências, entendeu?

RE- Do Brasil não tem.

RA- Você entendeu? E assim, aqui tem cirurgias como o Dr. Silvio, que é o chefe daqui. Um dos chefes. O Diretor é o marido da Dr<sup>a</sup>. Marcela, Dr. Laerte. Tem um baita de um nome que eu fui saber depois, né. Depois que você sai. Dr. Silvio é um dos que opera cirurgia de válvula assim. Você fica assim [de boca aberta]. O cara é o papa da válvula. Entre outros aí. Dr. Plínio tem um nome, uma história em cirurgia congênita. E aí eu assim: "Hum, sei". E ele: "Raissa, você fez um estágio e tal?" "Eu fiz um *fellow*, assim..." "Você gostaria de vir me conhecer?" "Ta bom, tal". A gente marcou um dia e ele falou: "Olha, Raissa, aqui está faltando gente para o transplante. Não tem ninguém com experiência em assistência ventricular. É uma área bem promissora". Ele e o Professor Alfredo fizeram um modelo de ventrículo artificial experimental. "Nós estamos em fase experimental e o seu conhecimento vai ser muito importante pra gente" Não sei o que... não sei o que... "Você quer vir trabalhar com a gente?" Eu falei: "Vou pensar". E eu ia ganhar mais ou menos o que eu ganhava lá, mas com muito mais coisa na minha área que eu fui fazer o *fellow*. Tranplante, etc e tal.

RE- E perspectiva de crescimento aqui, né?

RA- Exatamente. Então, é diferente da ... no serviço particular, por exemplo, dificilmente o cirurgião vai dar na sua mão para você fazer a cirurgia. Até pode fazer, mas... E você só está com aquela pessoa. Aqui não. Aqui são contatos com vários cirurgias diferentes. A

princípio eu entrei só para acompanhar os transplantes. Com o tempo eles foram me colocando para acompanhar as cirurgias também como assistente. Estou bastante vinculada com o pessoal da congênita também. Então você vai se desenvolvendo também. Crescendo em outras coisas também. Ah, é isso.

RE- E isso foi em 2013?

RA- Não. Foi em 2011 mesmo. No final de 2011 eu fui contratada aqui.

RE- Que beleza.

RA- Ele me chamou para conversar acho que em setembro, outubro. Aí, eu me preparando para sair do outro ele deu uma sumida. E eu assim: "O que será que aconteceu?" Aí eu saí com o coração na mão lá do Dr. Leonardo porque ele era muito humano. É uma coisa que...

RE- Você sentiu de ter deixado.

RA- Senti. Porque ele era muito paizão e... é muito raro ver tanta humanidade, sabe.. em cirurgião assim, né. Porque a gente vai criando uma certa crosta. Pra se proteger também, pra você ter que investir sem ... Porque se você for olhar o seu emocional sempre, além de você virar um bagaço, você não aguenta. Se você for sofrer com todos os pacientes, com toda recuperação, toda instabilidade que ele tem, toda família, você não vai operar criança, por exemplo. E que, por mais que seja simples, a mãe entrega na tua mãe chorando. Você recebe uma responsabilidade gigantesca na tua mão. E eu só me envolvo com essas áreas cada vez mais complicadas, né. Paciente para transplante, paciente criança para assistência ventricular, que está com falência cardíaca. Deve ter alguma coisa aí que algum psiquiatra estaria de mão cheia, né. Porque eu, fazer cirurgia cardíaca e minha irmã fazer neurocirurgia [rindo] tem alguma coisa [rindo]. Tem alguma coisa ou com meu pai, ou com a minha mãe, ou com a minha avó. Porque as duas seguiram áreas muito pesadas, áreas altamente masculinas. Altamente complexas, que mechem com vida e morte todo dia. Até numa cirurgia simples, se entrar um arzinho, entra um... né. Nas dela também. Uma drenagzinha que seja... que o cara fez um edema cerebral... Sei lá o que é que desafiou a gente.

2:41:54 > 2:41:54 [ MOMENTOS FINAIS ]

Começo a despedida e os agradecimentos. Ela deseja boa sorte na pesquisa e diz que quer ver o resultado.

Ela dá a dica da irmã dela que às segundas-feiras opera na ABP [Associação Beneficência Portuguesa]. Lizany. Geralmente a cirurgia entra só à tarde. Ela fica meio à toa lá esperando a cirurgia começar. As cirurgias da neuro são longas, mas às vezes no intervalo entre uma e outra você leva mais de duas horas para limpar uma sala.

Roubaram o celular da Raissa. E no momento do roubo ela estava com os dois celulares: o dela e o do transplante. Quando foi roubada, ela ligou para a polícia com o celular do transplante. Ligou para a polícia não para recuperar o celular. Porque se a central de transplante ligasse no celular e ela não atendesse ela seria punida. Algum paciente estaria perdendo a chance. Ela tinha que se resguardar. Só para se resguardar. Eles pegaram o cara que roubou o celular dela. Resgataram o celular dela e ela teve que ir reconhecer os bandidos. "Depois eu precisei ir no Fórum reconhecer o cara. A família do cara na porta do Fórum me disse: 'Ah, então, você sabe que a gente tem teu telefone, endereço, tudo né'. Porque estava no boletim de ocorrência".

Segunda-feira ela tem reunião do transplante das 8h às 9h. Me convidou para participar. No prédio vermelho, administrativo, no 11º andar.

Todos os dias ela chega às 7, sete e pouco, mas no dia da reunião ela chega perto das 8h.

RE- Você conhece alguém que desistiu? Alguém que desistiu?

RA- Eu conheço várias mulheres que se formaram em cirurgia cardíaca e depois viraram intensivistas. Mas, eu perdi contato com elas. Porque aí elas saem do nosso meio. Tinha uma até que está com o Dr. Leonardo agora. Ela só dava plantão e aí alguém falou dela para o Dr. Leonardo.

Nossa, 8 da noite!

## Anexo K

### Quadro. Notas de campo de Cirurgia Cardiovascular em 02 de junho de 2014

Cheguei às 7h30, conforme o combinado com a Dra. Marcela.

Liguei no celular dela. Ela estava chegando. A recepcionista me manda subir às 7h50. Fiquei aguardando na frente do Centro Cirúrgico. Entrei em uma ante sala e um residente me disse que eu não podia entrar ali sem a roupa apropriada. Aguardei do lado de fora.

Havia um grupo de jovens cirurgiões que também estavam esperando pela Dra. Marcela. Eles vieram da Alemanha e estavam ali para acompanhar a Dra. Marcela em uma cirurgia que utilizava uma nova técnica minimamente invasiva. Essa nova técnica utiliza o que há de mais moderno em cirurgia cardíaca. Eles estavam ali para aprender com ela.

Dra. Marcela chega. O cabelo está mais comprido que da última vez que a vi. Está com uma maquiagem suave [somente um corretivo], calça social cinza escura, salto alto, cabelos soltos. Me beija e sorri. Depois ela vai cumprimentar os cirurgiões alemães.

Ela pega uma chave do vestiário para mim. Anda rápido e eu a sigo. Ela fala pouco. Me mostra onde pegar a calça, a blusa. Me visto rapidamente. No vestiário não havia somente médicas. Uma enfermeira [negra<sup>235</sup>] cumprimenta a Dra. Marcela e diz para mim: “essa mulher é uma princesa”. Ela elogia a Marcela pela sua forma simples de ser. Marcela diz que gosta de todo mundo. Só não gosta de gente tranqueira. Marcela é a cirurgiã-chefe dos residentes.

Pegamos máscara, touca e sapatilha no corredor. Nos outros hospitais onde fiz minhas observações ninguém usava sapatilhas. O controle de qualidade em termos de higiene e combate à infecção hospitalar deste hospital está muito mais avançado do que o dos outros hospitais onde tenho feito minhas observações.

No corredor Marcela me apresenta para Sara (R5). Ela diz que Sara já terminou a residência.

São 8 salas de cirurgia com o que há de mais moderno em equipamentos.

Marcela me leva até a sala onde está a Vivian e diz: “Vivian, a professora Rebeca vai te acompanhar”! Vivian olha pra mim, sorri e vem em meu encontro me abraçar.

Marcela diz para Vivian que eu vou acompanhá-la na cirurgia hoje.

Marcela estará na sala 7 em uma cirurgia com os cirurgiões alemães.

Na sala de cirurgia em que Vívian vai operar estão: a anestesista (Dra. Franciele), a residente de anestesia (Ariana), Vivian (R4 de Cirurgia Cardiovascular), circulante (Elvis) e a instrumentadora (Márcia) arrumando a mesa de instrumentos.

Vivian está preparando o paciente. Esse preparo é demorado. A anestesista e sua residente também fazem os preparos. A R de anestesia entuba o paciente. Vivian faz todo o trabalho pesado de preparo do paciente. Ela lava o paciente. Depois de lavarem as pernas eles

<sup>235</sup> Chamo a atenção para o fato de ela ser negra porque em todos os hospitais onde fiz a pesquisa etnográfica não vi nenhum cirurgião ou residente de cirurgia negros. Todos os negros que vi eram técnicos de enfermagem ou auxiliares de serviços gerais. Uma vez vi uma assistente social negra.

colocam os campos limpos embaixo das pernas, embaixo do corpo e isolam todo o corpo do paciente. Enfaixam os pés e pernas. Eles colocam um tipo de fraudão de pano, como um calção de luta de sumô para cobrir a genitália do paciente. Como uma fraudada daquelas de pano que se usava antigamente. Ela passa a sonda no paciente.

Vivian me explica: “O paciente chega 7h30, 8h da manhã. Depois de pegar o paciente a gente faz a monitorização invasiva (pegar cateter central). É feito por dois ou três residentes, mas hoje só tem eu.

8h35- Dra. Franciele: “Cadê o meu saco”?

Circulante: “Ele caiu no chão e eu precisei jogar fora doutora! Eu sempre cuido dele. Você não cuidou do meu saco, Elvis”? [brincando com ele]

Dra. Franciele tem um sotaque nordestino e é bem animada, falante e divertida.

**9h 40-** Chega o “Canarinho” [Alex- cirurgião assistente] e Franciele apresenta a R de anestesia a ele: Esta aqui é a Ariana, residente de anestesia, baiana da boa.

A anestesista é muito didática. Ela ensina a R de anestesia todos os mínimos detalhes dos procedimentos que ela está fazendo.

Franciele: “Elvis, cadê o saco”? Ela está de costas e não vê que ele está segurando as pernas do paciente. “Ele me abandonou. Eu vou buscar o saco”. Elvis está impossibilitado de ir buscar o saco porque está segurando as pernas do paciente para cima já há uns 6 minutos. A posição é bem desconfortável.

A anestesista apresenta Vivian à residente de anestesia: Esta aqui é a R4 Vivian.

**9h45-** A instrumentadora aproxima a mesa e Vivian se posiciona. Ela usa seus óculos e coloca uma lente de aumento afixada aos óculos. Tem um rádio em cima de uma escadinha no canto da parede. Está ligado na rádio ... [ainda não percebi qual].

Vivian começou a abrir o paciente. Chega um outro cirurgião e Vivian me apresenta a ele [Márcio, R3]. Ele também tem as lentes nos óculos. Ele vai auxiliar a Vivian. Enquanto Vivian abre o peito ele vai abrindo a perna para tirar a safena.

Franciele: “Eu acho que ela merece. Eu sou suspeita” [não sei de quem estão falando].

Chega a máquina coração-pulmão. O cirurgião principal ainda não chegou. Por enquanto é Vivian quem está fazendo o procedimento principal.

Franciele: “Troncha ele não sabe o que é. Piranha ele não sabe o que é”. Só se escuta a voz da Franciele com o sotaque característico dela.

**9h10-** Vivian e Márcio trabalham juntos. Enquanto Vivian abre o espaço para ver o coração o Márcio vai abrindo a perna do paciente para a retirada da safena. O corte na perna é assim: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ [intermitente].

Eles não falam nada. Vivian não fala nada. Quem fala muito é a Franciele. Franciele é uma senhora que aparenta ter mais de 50 anos, bem clara, as mãos cheias de manchas de envelhecimento [como eu tenho nas minhas mãos]. Ela dá todas as instruções para sua R de anestesia. É muito didática. Ensina tudo nos mínimos detalhes.

Chega o perfusionista<sup>236</sup> [Sandro] com a máquina coração-pulmão. No momento há 9 pessoas na sala: dois cirurgiões operando [Vivian e Márcio], Alex [o médico assistente observando], a instrumentadora, o circulante, o perfusionista, a anestesista professora, a anestesista residente e eu. Música de rádio ao fundo bem baixinho.

Franciele comenta que estava com dor nas costas e colocou umas bolinhas imantadas que fizeram a dor parar na hora. Ela foi ao banheiro, mexeu na calça e as bolinhas saíram do lugar. Ela pagou R\$200,00 por cada bolinha. Contando para Ariana, sua R.

**9h25-** Franciele fala o tempo todo. Agora ela me chama para me posicionar atrás da cabeça do paciente porque dali eu vou conseguir ver melhor os procedimentos. Márcio acabou de tirar a safena do paciente [ainda não suturou a perna, os cortes estão abertos]. Ele se posiciona sentado em um banquinho. À sua frente tem uma mesinha onde ele prepara a safena, vai costurando, suturando. Enquanto ele tirava a safena e depois a preparava, Vivian abria o campo cirúrgico para chegar ao coração. O trabalho que Vivian faz é de formiguinha. Ela tem que ir cauterizando os pequenos vasinhos, abrindo, abrindo. Ela tem um grande poder de concentração porque ao fundo tem o som do rádio ligado e o som da Franciele que domina a conversa da sala. Ela conta da crise de coluna que teve no final de semana e já puxa conversa comigo como se já nos conhecêssemos há muito tempo. Ela está sentada perto de mim e me pergunta sobre a minha pesquisa.

O cirurgião principal Dr. Roberto chegou na sala. Ninguém me apresentou a ele e ele também não falou nada.

Eu estava com frio e a Franciele pediu para alguém ir buscar um avental para mim. A instrumentadora troca de avental

**9h30 -** Alex manipula a safena. Alex [apelidado de canarinho] foi fechar os cortes na perna do paciente. Vivian trabalha sentada. Entra um médico principal e ele fala para Vivian: “Vivian, pede para subirem essa mesa. Essa posição que você está vai acabar com sua coluna. Você vai ficar com problema de coluna igual eu tenho”. Ele pergunta como é que vão ficar as escalas de plantão. Ele pergunta: “Marcinha, vai ser uma bolsa só, né”?

Franciele: Júlio, essa é Ariana lá de Salvador. Ela chegou hoje. Vai ficar um mês aqui. Brincam com Elvis. Franciele diz: Hoje Elvis está terrível. Perdeu o meu saco.

**9h45-** Vivian trabalha quieta, não fala nada. Às vezes até me esqueço que ela está na sala. Eu estou do lado da anestesista e tem um pano que me impede de visualizar onde Vivian trabalha. Para ver eu precisei pegar um estrado e ficar por trás observando. Mas nessa posição dá para ver bem tudo o que acontece. Diferente das outras cirurgias que assisti, esta eu vi bem de perto.

**9h50-** Roberto, o cirurgião principal entra em campo. Ele foi se lavar. Vivian continua arrumando o campo para colocar o coração à mostra. Quando ele chega, Vivian pergunta se ele quer tomar a frente. Ele diz: “pode continuar, vai em frente”. Ele está em pé ao lado dela. Ela continua trabalhando sentada.

Roberto: “Você está insegura? Você quer que eu vá”?

<sup>236</sup> Perfusionista é o profissional de saúde responsável por monitorar a máquina de perfusão. A máquina de perfusão é aquela por onde o sangue do paciente vai circular durante a cirurgia.

Ele deixa que Vivian continue o procedimento.

Roberto conversando com Vivian: “É isso mesmo. Você tem que ser prudente. Se você vê que não dá você espera e depois você vai. Você fez bem”.

**09h55-** Vivian se levanta e vai para o outro lado da mesa. Roberto assume o procedimento. Ele é simpático. Ele pede para a R de anestesia: “sobe a mesa, por favor”.

Roberto conversa com Franciele: “Faculdade de medicina hoje Franciele, 5 pau é uma mediana”.

Franciele e o Roberto falam sobre a filha de uma colega que faz medicina em Santos, e falam do filho de um outro que faz medicina na UFMG. Pagou, passou.

**10h-** Chega um residente alto e magro, novinho. Veio se apresentar para Franciele. É da USP de Ribeirão. Franciele e Roberto conversam sobre uma médica que se arruma e não aparenta a idade que tem. Ela foi fazer uma consulta com uma médica dermatologista que tem consultório na Av. Brasil. Roberto fala: “se tem consultório na Brasil ganha muito dinheiro”. Franciele fala que ela não tem um consultório, ela tem uma casa.

No rádio toca uma música da década de 80.

Roberto não precisa falar para Vivian o que ela tem que fazer. Ele não vai ensinando. Ela já sabe o que tem que ser feito.

Tem uma pessoa só para cuidar da máquina coração-pulmão.

Franciele conversa com o R de anestesia que veio se apresentar a ela. Ela conta sobre um residente que ela gostava muito dele porque ele era pobre e esforçado.

Franciele chama o perfusionista de “Doritos”

**10h30-** A touquinha de todos os homens é diferente da touquinha das mulheres. A dos homens não tem elástico, tem cortes mais retilíneos. A das mulheres é com elástico.

A máquina coração-pulmão foi acionada.

Franciele me convida: “Se você quiser pode vir aqui olhar mais de perto”.

O cirurgião principal é muito educado. Fala baixo, não grita, pede “por favor” e agradece com um “obrigado”. Fala com o Sandro (perfusionista) em diversos momentos. Sandro é negro. Roberto opera, Vivian auxilia e observa e Alex (Canarinho) observa do lado e ajuda com um aparelhinho que me parece um cauterizador.

Teve um momento que a Vivian pegou uma pinça e a instrumentadora, somente com um olhar de interjeição trocado com ela, mostrou a ela que a pinça estava errada. Ela já estava com a pinça certa na mão para entregar para a Vivian.

**10h40-** Sandro explica para a residente de anestesia como funciona a máquina coração-pulmão. Falam muito baixo.

A sala seria muito silenciosa se não fosse o barulho do rádio ao fundo. Mas o rádio está baixo.

Vivian está em processo de formação.

Durante a cirurgia teve um momento que a pressão do paciente caiu. Sandro estabilizou a pressão.

Roberto: “Pode aspirar Doritos. Quanto tempo tem”?

Sandro: “Tem 8 minutos”.

No momento, nem Franciele nem a anestesista residente estão na sala.

**10h55-** A linha da sutura é muito fina e quase transparente. Roberto faz todo o procedimento e Vivian auxilia e observa tudo bem em frente a ele. Ela segura duas pinças.

A sala estava muito silenciosa. Ninguém falando ou falando baixo. Aí chega a Marcinha

falando alto. Não se escuta a voz da Vivian, do Canarinho e da instrumentadora.

Roberto: “Você acabou de chegar do passeio e já está indo de novo”? Roberto fala bem baixo e com educação.

Entra um médico barbudo, bonito, novo. Vem observar a cirurgia do mesmo lado que eu estou. Ele passa por trás da Ariana, coloca a mão no ombro dela, para ela ir mais para a frente com a cadeira onde está sentada para que ele possa passar. É uma comunicação sem palavras. Ele olha rapidinho e vai embora. Parece até que ele entrou na sala só para ver a Ariana. Quando ele sai da sala ele coloca a mão no ombro dela novamente de forma carinhosa. Ela olha para ele como que surpresa pela forma como ele a tocou. É o primeiro dia dela aqui. Eles não são íntimos.

**11h-** As anestesistas não usam luvas, nem o circulante. No rádio fala sobre a prefeitura de São Paulo e Roberto aproveita a deixa e fala alto: “prefeitura de SP acabando com o trânsito da cidade”.

Roberto dá orientações sobre como fazer com a aorta. É tudo muito pequeno e escorregadio. O diâmetro da artéria é muito pequeno. Fico imaginando como deve ser em um recém-nascido.

**11h30-** A música irritante continua. Mas parece que ninguém está incomodado com ela. Somente eu.

Roberto: “Solta a aorta Doritos. Pode ventilar, por favor”.

O cirurgião principal sai de campo. Canarinho assume o lugar dele.

**11h40-** Canarinho: “Vou tirar aqui Doritos. Vamos embora”.

Estão voltando o sangue para o paciente. A cor é de um vermelho escuro lindo.

Canarinho: “Ta fazendo aí né, Doritos”?

Sandro: “Ta fazendo. Pode tirar”.

Vivian voltou para a posição inicial.

**11h50-** Enquanto Canarinho sutura a perna Vivian finaliza a cirurgia no coração. Ela está suturando também. Parece que vai deixar um dreno. Foram três pontes de safena.

Vivian fala: “Põe para 50”.

Roberto entra e pergunta: “E aí Canarinho, posso ir-me”?

Canarinho: “Tranquilo”.

Roberto: “Vivian, se arruma porque você vai ficar com dor nas costas”.

Vivian me explica que a cirurgia é feita em 3 tempos:

1º tempo- abre-se o paciente e disseca-se a safena. Quem faz isso é o residente.

2º tempo- Entra o cirurgião principal e faz o procedimento principal com a ajuda do médico assistente [no caso, o Canarinho / Alex]

3º tempo- Fechamento e drenagem – Quem faz essa parte é o residente também. Normalmente tem dois residentes.

Vivian me pediu desculpas por não poder falar muito comigo durante a cirurgia. Hoje ela estava fazendo procedimentos que normalmente ela não faz.

Quando Roberto ia sair da sala Franciele falou: “Você vai deixar ela fechar sozinha”?

Ele disse: “Vou. Tem gente em quem a gente pode confiar”. E ele disse: “Eu estou aqui fora. Se precisar é só chamar”

Vivian está fechando sozinha. Ela colocou uns arames trançados, tracionou, fez muita força

para unir os dois lados do tórax do paciente. Depois de fechar com arame aí fez as suturas. Vivian vai almoçar aqui mesmo no centro cirúrgico e pelo jeito eu vou almoçar com ela.

Perguntei se ela passa visita e ela disse que não. R1 e R2 passa visita. Ela fica o dia inteiro no Centro Cirúrgico.

**12h41-** Vivian está finalizando a sutura

Franciele: “Você vai pra onde Marcinha (instrumentadora)? Você está de carro? Se quiser carona eu estou indo para aquele lado”.

**12h45-** Finalizou

Vivian foi levar o paciente para a UTI junto com as anestesistas. As camas são super modernas. São feitas de um material que parece um plástico duro nas cores verde e amarelo claro, mas em tons pastéis.

Depois Vivian me levou para a copa dos médicos para almoçar. Tinha muita gente lá. Residentes, cirurgiões assistentes e cirurgiões docentes. Até os alemães estavam comendo lá. Devem ter estranhado a comida porque estava muito ruim. A comida estava em marmitas descartáveis dentro de uma caixa de isopor.

Marcela estava lá, mas não quis comer. Me deu o almoço dela.

Logo depois do almoço fui fazer a entrevista com a Dra. Sara ali mesmo na sala de reuniões da enfermaria.