



MULHERES NA MEDICINA EM MONTES CLAROS-MG: REPERCUSSÕES DE GÊNERO NA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

Vera Lucia Mendes Trabbold¹
Maria Ivanilde Pereira Santos²
Regina Célia Lima Caleiro³
Marise Fagundes Silveira⁴
Victória Spínola Duarte de Oliveira⁵
Mariana Ribeiro Cavalcante⁶

Resumo: Esse estudo enfoca a parte qualitativa de uma pesquisa quanti-qualitativa, cujo objetivo é o de conhecer a trajetória profissional de algumas mulheres médicas da cidade de Montes Claros (MG). Foram entrevistadas quatro médicas com mais de trinta anos de formadas e que atuaram na cidade. Optou-se pela análise de narrativas, sendo a entrevista o instrumento de pesquisa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, parecer no 1.501.700/2016. Constatou-se que além do pioneirismo que abriu espaço para as mulheres na profissão médica, as entrevistadas deram importantes contribuições profissionais para a sociedade montesclarenses. Porém, por adentrarem em um campo profissional hegemonicamente masculino, enfrentaram questões relativas ao sexismo vigente na sociedade e que era reproduzido na cultura médica. Isso fez com que tivessem que superar vários desafios como a luta pela entrada e permanência na medicina; o enfrentamento da discriminação de classe social e étnico-racial; seus esforços para comprovar a competência profissional e para superar as dificuldades de conciliação entre a vida pessoal e o desempenho profissional. Tais achados apontam para a necessidade de as instituições médicas, de ensino e de formação, promoverem o desenvolvimento de uma cultura médica com equidade de gênero e étnico-racial.

Palavras-chave: Educação médica; mulheres; relações de gênero; feminização; equidade.

Abstract: This study focuses on the qualitative part of a quanti-qualitative research, whose objective is to know the professional trajectory of some women doctors in the city of Montes Claros (state of Minas Gerais, Brazil). Four doctors were interviewed who had graduated for

¹ Doutora em Ciências da Saúde, Docente e Pesquisadora do Departamento Saúde Mental e Saúde Coletiva, Curso Médico. Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)-MG. E-mail: veratrab@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0707-485X>.

² Doutora em Ciências da Saúde, Professora-pesquisadora dos Departamentos de Saúde Mental e Saúde Coletiva (Medicina) e Ciências Econômicas (Economia) da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)-MG. E-mail: maria.ivanilde@unimontes.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4828-7931>.

³ Professora aposentada do Departamento de História da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)-MG. E-mail: regina.caleiro@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3734-4494>.

⁴ Doutora em Ciências, Professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e do Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde. Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)-MG. E-mail: ciaestatistica@yahoo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8821-3160>.

⁵ Bolsista de Iniciação científica, acadêmica do Curso Médico, Universidade Estadual de Montes Claros-MG. E-mail: victoriaspinola@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2396-9047>.

⁶ Bolsista de Iniciação Científica, acadêmica do Curso Médico, Universidade Estadual de Montes Claros-MG. E-mail: marianamrc@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9491-6463>.

more than thirty years and who worked in the city. We opted for the analysis of narratives, the interview being the research instrument. The Ethics Committee of the State University of Montes Claros - Unimontes, opinion No. 1,501,700 / 2016, approved the research. It was found that, in addition to the pioneering spirit that opened space for women in the medical profession, the medical interviewees made important contributions to montesclarenses society, through professional practice. However, because they entered a hegemonically male professional field, they faced issues related to the current sexism in society and which was reproduced in the medical culture. This meant that they had to overcome several challenges, such as the struggle to enter and remain in medicine; facing social and ethnic-racial class discrimination; efforts to prove professional competence and to overcome the difficulties of reconciling personal life and professional performance. Such findings point to the need for medical, educational and training institutions to promote the development of a gender-based and ethical-racial medical culture.

Keywords: Medical Education; Women; Gender relations; feminization; equity.

Introdução

Mudanças ocorridas em nível mundial têm diminuído as diferenças de gênero, fazendo com que as mulheres, assim como os homens, consigam mais oportunidades de trabalho e benefícios sociais, participando assim da economia dos países. Iniciadas no século XVII, tais mudanças referem-se a grandes transformações sociais, econômicas e culturais, que ocorreram a partir da ascensão do capitalismo na Europa, que ao enfraquecer o patriarcado, propiciou a ocupação pelas mulheres de lugares na vida pública, inserindo-as no mercado de trabalho. Como consequência, ocorre uma mudança “no mundo do trabalho, na família e nas relações afetivo-sexuais” (ARAÚJO, 2005, p. 50).

No Brasil, embora já houvesse um curso de parteiras criado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1832, o direito de a mulher frequentar e obter diploma de nível superior só se deu em 1879, através da Reforma Leôncio de Carvalho, ou "Reforma do Ensino Livre", expressa no Decreto nº 7.247 de 1879. Antes desse período, a educação feminina ficava restrita ao ensino elementar, sendo as mulheres excluídas “das primeiras faculdades brasileiras – Medicina, Engenharia e Direito – estabelecidas no século XIX” (SILVA, 2012, p. 19). Dessa forma, o acesso das mulheres ao ensino superior no Brasil foi dificultado, tanto pelo pequeno número de mulheres que frequentavam os cursos secundários, quanto pela formação diferenciada que havia para mulheres e homens no século XIX, e na primeira metade do século XX.

A mudança desse panorama inicia-se na segunda metade do século XX, quando a

[...] necessidade crescente de recursos humanos para atividades estratégicas, como a ciência, o movimento de liberação feminina e a luta pela igualdade de direitos entre homens e mulheres permitiram a elas o acesso, cada vez

maior, à educação científica e às carreiras, tradicionalmente ocupadas por homens (LETA, 2003, p. 271).

Assim, uma ruptura do campo hegemonicamente masculino da medicina iniciou-se com a participação de mulheres a partir do último quartel do século XIX (RAGO, 2008). Mas devido ao fato de que foi sempre creditado ao gênero masculino o desenvolvimento científico dos últimos dois séculos no mundo, houve uma invisibilidade em relação à presença feminina nos espaços científicos mundiais e brasileiros durante muito tempo (MELO; RODRIGUES, 2018, p. 41).

Uma das formas de se explicar essa invisibilidade está relacionada com a organização das relações de gênero em nossa sociedade, que tem a masculinidade hegemônica como referência, produzindo assim relações desiguais.

O conceito de gênero surge nas ciências humanas e sociais buscando compreender as relações entre os sexos, não como machos e fêmeas, mas como uma “construção social e cultural do feminino e do masculino, atentando para as formas pelas quais os sujeitos se constitu[em] e [são] constituídos, em meio a relações de poder” (LOURO, 2002, p. 15) a partir das diferenças percebidas entre os sexos (SCOTT, 1995). Trata-se de um conceito mais amplo, ao considerar que “as próprias instituições, os símbolos, as normas, os conhecimentos, as leis e políticas de uma sociedade são constituídas e atravessadas por representações e pressupostos de feminino e masculino”, produzindo e ressignificando essas representações (LOURO, 2003, p. 16).

Nessa abordagem concebe-se que os sujeitos não são constituídos só pela diversidade de gênero existente, mas também por sua classe, raça/etnia, sexualidade, geração, religião e nacionalidade, explicando a existência de muitas e conflitantes formas de definir e viver a feminilidade e a masculinidade em um ambiente social (LOURO, 2002), indo assim além da explicação simplista de homem dominante e mulher dominada. Essa intersecção do gênero com esses outros marcadores possibilita refletir sobre as distintas trajetórias das mulheres no campo médico.

Nesse sentido, o presente estudo partiu do seguinte questionamento: como as questões de gênero repercutiram na trajetória profissional das mulheres, que adentraram há 30 anos ou mais na profissão médica, na cidade de Montes Claros, campo esse dominado por homens? Para responder a isso, procurou-se conhecer a trajetória de algumas mulheres médicas da cidade de Montes Claros, na região do Norte de Minas Gerais, buscando apreender características peculiares dessa trajetória, as repercussões da entrada nesse campo profissional em termos de percepção de discriminações e preconceitos enfrentados, bem como as

interferências no plano de vida pessoal e profissional, pelo fato de serem mulheres que adentravam em um campo profissional historicamente definido por uma hegemonia masculina.

Caminho investigativo

Para alcançar os objetivos propostos, o caminho investigativo deu-se através de uma pesquisa quanti-qualitativa, enfocando-se aqui a parte qualitativa da mesma. Conforme Minayo (2006), a pesquisa qualitativa é uma modalidade de investigação científica usada amplamente na área da saúde e das ciências sociais. Sendo que o método qualitativo “se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2006, p. 57). Com estes pressupostos embasamos o objetivo desse estudo que foi o de conhecer a trajetória de algumas mulheres no campo médico da cidade de Montes Claros, buscando compreender características peculiares dessa trajetória, repercussões da entrada dessas mulheres nesse campo profissional em termos de percepção de discriminações e preconceitos enfrentados, bem como as interferências no plano de vida pessoal e profissional, pelo fato de serem pioneiras em um território profissional historicamente definido como masculino.

Essa proposta, com toda sua carga histórica, não pode então ser reduzida a dados estatísticos ou quantificados, por envolver a complexidade inerente à existência humana com seus processos subjetivos, relacionais, históricos e seus contextos sociais.

Nesse sentido, dentre as várias possibilidades de se analisar qualitativamente um texto optou-se pela análise de narrativas, que se constitui em

uma metodologia investigativa como um texto discursivo implicado na produção e reconstrução da subjetividade do sujeito, uma vez que é no processo de narrar e ouvir histórias que o sujeito vai construindo tanto os sentidos de si, como de suas experiências, dos outros e do contexto em que está inserido (SILVA, 2012, p.39).

O instrumento de pesquisa foi a entrevista, que é uma narrativa, sendo por isso indicada para uma abordagem qualitativa. Há um roteiro de entrevista que “deve desdobrar os vários indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas” (MINAYO, 2006, p. 191). De forma que “a unidade de significação não é composta pela soma das respostas [...] para formar uma relevância

estatística. E, sim, ela se constrói por significados que conformam uma lógica própria do grupo, ou mesmo, suas múltiplas lógicas” (MINAYO, 2006, p. 191).

Assim, a entrevista, como uma narrativa oral, permite ao pesquisador não apenas explorar fatos, mas atingir a experiência emocional dos informantes. Dessa forma, a narrativa dos entrevistados nos permite compreender como eles percebem o mundo, a que atribuem valor, quais os significados que dão a seu lugar no mundo e às suas ações, sendo por isso importante nos estudos de gênero (ROCHA-COUTINHO, 2006, p.67).

Foram, então, entrevistadas quatro médicas, denominadas aqui como E1, E2, E3 e E4, formadas entre os anos de 1962 e 1985, correspondendo a 54, 39, 37 e 31 anos (respectivamente) de carreira na profissão médica, quando foram entrevistadas em 2016.

Os critérios de escolha das médicas o da maior disponibilidade que a profissional teve para dar a entrevista e, por estar atuando na profissão médica por mais de trinta anos, de forma que fizeram parte de um momento histórico da região caracterizado pelo reduzido número de mulheres que adentravam no campo médico. O local das entrevistas ocorreu conforme a conveniência das entrevistadas, como o lar ou consultório, marcadas com antecedência por telefone ou pessoalmente, através de várias tentativas. O tempo de entrevista variou conforme as particularidades de cada entrevistada, respeitando seus valores e vivências.

As entrevistas, gravadas e transcritas, abordaram temas relativos à trajetória de formação e da carreira profissional, percepções de discriminações, interferências e preconceitos enfrentados nesse percurso.

Para análise dessas narrativas foram imprescindíveis as contribuições dos estudos de gênero, principalmente os que concernem à participação de mulheres na área da medicina no Brasil, e foram relevantes as contribuições de autores locais. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, pelo parecer no 1.501.700/2016, conforme as normas estabelecidas pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo seguiu os preceitos éticos em pesquisa.

O perfil das entrevistadas e o contexto histórico

Com relação ao perfil das quatro profissionais médicas entrevistadas, suas idades eram 82, 65, 63 e 57 anos em 2016, denominadas aqui E1, E2, E3 e E4. Exceto E1, as outras médicas eram divorciadas na época da entrevista. E3 teve três filhos, e as outras entrevistadas

tiveram apenas um filho. O ano de ingresso no curso médico foi em 1957 (E1); 1972 (E2); 1973 (E3) e 1980 (E4). Sendo que E1 e E3 graduaram-se na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em Belo Horizonte; E2 e E4 na Faculdade de Medicina do Norte de Minas (FAMED) em Montes Claros. As famílias das entrevistadas E1, E2 e E3 puderam custear a formação médica delas, diferentemente de E4, que dependeu de bolsa para estudar.

Com relação a área de especialidade médica, E1 relata que em 1962, quando se graduou, não havia residência médica; por isso acompanhou durante um ano e três meses vários professores especialistas da UFMG na área de ginecologia e obstetrícia. Fez curso pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) de colposcopia⁷ e peritonioscopia⁸. E2 finalizou a residência em 1979, na área de Anatomia Patológica na Universidade Federal Fluminense. E3 fez residência em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Felício Roxo, em Belo Horizonte, finalizando em 1982. E4 fez residência em Anestesiologia e Medicina do Trabalho no Hospital Belo Horizonte, finalizando em 1987, e na Faculdade ISAE/MG por 9 meses. Todas vieram trabalhar em Montes Claros, MG.

Para se entender as trajetórias profissionais das entrevistadas, há que se considerar o contexto social e político que viveram, ou seja, uma região ao norte do estado de Minas Gerais, que “esteve à margem do desenvolvimentismo nos anos 50” (PEREIRA, 2001, p.2), e somente na segunda metade da década de 1960 beneficiou-se de uma política desenvolvimentista com grandes investimentos industriais.

Antes desse período, Montes Claros, a maior cidade da região do Norte de Minas Gerais, era muito deficitária, faltava energia elétrica para residências e indústrias, as estradas eram precárias, e as elites locais eram predominantemente agrárias (PEREIRA, 2001, p.2-3). Completa essa visão o relato de Rebello (2012) sobre a cidade de Montes Claros em 1961, que diz ser a mesma localizada no “polígono das secas”, o qual compreende 1/5 do território de Minas Gerais. Nessa época, Minas Gerais contava com cerca de 70.000 habitantes, mantendo “ares interioranos, [...] escondida entre montanhas, afastada dos grandes centros, cuja economia desenvolvia-se basicamente em torno da pecuária de corte” (REBELLO, 2012, p. 9-10). A mesma autora aponta que a educação na época era ofertada até o ensino médio, impondo muitas dificuldades aos poucos que ousavam buscar o ensino superior em grandes centros (REBELLO, 2012), como se verifica na fala de E1, que fez o chamado curso

⁷ Colposcopia é um teste realizado para detectar alterações nas células do colo do útero. Este exame também pode ser chamado de esfregaço cervicovaginal e colpocitologia oncótica cervical, mais conhecido como “Papanicolau”.

⁸ Peritonioscopia é um exame do peritônio por meio de laparoscópio inserido através da parede abdominal.

“científico”, hoje “ensino médio” em Juiz de Fora e fez cursinho preparatório para o vestibular do curso de medicina em Belo Horizonte, no início da década de 1950.

(E1): [...] Eu quando era pequena, nasci na roça, eu morava em uma fazenda aqui perto, [...] que era a fazenda de meus pais, então, eu tinha muita vontade de estudar sabe, era difícil naquela época [...]eu acho que família se sacrifica muito pra gente, pra mim mesmo foi muito sacrifício, era muito cara uma viagem daqui para Juiz de Fora. Era muito caro pra fazer o curso científico em Juiz de Fora [...].

Nessa época não havia curso superior na cidade de Montes Claros, fazendo com que E1 se deslocasse para a capital para fazer o curso de medicina. Segundo a mesma, a opção pela medicina deu-se aos nove anos de idade e se manteve, mesmo contrariando o desejo do pai de que ela fizesse curso de Direito.

No final da década de 1960 foram fundados vários cursos de nível superior na cidade de Montes Claros, dentre eles, a criação em 1969 da Faculdade de Medicina (FAMED) (ANASTASIA, 2012). E1 passou a ser professora assistente de ginecologia e obstetrícia (De Paula, 1982, p. 190). Nela iniciaram a graduação E2 e E4, em 1972 e 1980, respectivamente. A médica E3 foi graduar-se na UFMG em 1973.

As mudanças que foram ocorrendo na sociedade brasileira, principalmente após meados do século XX, permitiram uma maior oferta de cursos médicos no país. Até a primeira década do século XX existiam apenas três escolas médicas públicas no país. Esse número foi aumentado para 35 escolas, na década de 1960, em função de uma política expansionista existente naquela época, que incluía o ensino superior no país, o que permitiu a “ascensão social nas camadas médias da sociedade a diferentes graduações” (OLIVEIRA,2019, p.2), o que explica, em parte, o acesso de mulheres ao curso médico.

Entretanto, Machado (1997) aponta que sempre houve uma “elitização” do curso médico. Para se graduar em medicina no passado era preciso “ter lastro social – estar ligado à terra dos grandes proprietários”. Essa elitização permanecia ainda na década de 1990, sendo os médicos “filhos de uma seleta camada social bem posicionada na estrutura social” (MACHADO, 1997, p.35). O mesmo argumento é usado por Rago (2015) em relação às mulheres médicas da segunda metade do século XIX, concluindo que a origem social abastada das mesmas foi também um fator relevante para que pudessem exercer a medicina, como relata a médica E2: “A minha família é uma família de advogados. Tem mais de seis advogados na família. E meu pai era advogado [e professor universitário], além de militar”. A ideia de uma medicina elitizada era incorporada e reforçada no senso comum, reproduzindo hierarquias entre as pessoas, como foi apontado por E4:

E4: [...] admirava o trabalho do médico quando via em filmes ou algo assim, mas pensava que era um sonho longe, que eu achei que eu nem ia alcançar não[...]. Porque minha família era pobre e eu achava que era algo longe. Era muito concorrido, quem fazia medicina era gente rica e aí eu achava muito longe esse sonho.

Contudo, a existência de bolsas de estudo para o curso médico da FAMED de Montes Claros (ANASTASIA, 2012, p. 38) permitiu a E4, e a outros alunos, ter uma formação médica.

O rompimento do “destino” reservado às mulheres

Merece ser ressaltado um ponto em comum na trajetória dessas mulheres médicas: a ruptura do lugar de domesticidade destinado às mulheres nessa sociedade, como nos mostra Rebello (2012), ao dizer que a história do Norte de Minas foi

[...] consolidada num patriarcado feroz e numa ferrenha luta pelo poder travada entre coronéis e jagunços. A mulher, conforme os poucos registros documentais e uma ainda incipiente historiografia literária da região, ficava confinada no espaço doméstico e na tarefa de procriar e criar a prole, quase sempre numerosa, que lhe cabia (REBELLO, 2012, p. 11).

Tal lugar incluía a possibilidade de as mulheres se alçar à carreira de professora, como uma extensão do lugar social designado à mulher como mãe (REBELLO, 2012). Essa concepção ainda era partilhada na década de 1970, como relata E2, ao dizer que o pai era contra as filhas saírem de casa para estudar fora.

E2: [...] porque [ele dizia] minha filha sai da casa dela para a casa do marido, entendeu? É no entanto, como ele viu que eu estava batalhando para fazer medicina, aí ele mesmo me mandou para Belo Horizonte para fazer um ano de cursinho lá, para poder fazer o vestibular aqui. Porque eu tinha feito magistério. Porque antigamente tinha magistério e científico e eu havia feito magistério. Então eu não sabia direito nada de física, química, porque no magistério não tinha.

Confirma essa tendência a fala de E3:

E3: [...] meu pai ainda tinha muito aquela mentalidade que uma mulher deveria fazer um curso de formação para ser professora. A gente era considerada de uma cidade pequena e a maioria das mulheres saía para fazer um curso para professora. E, não desmerecendo a profissão, ele achava que era uma carreira menos sacrificada. Para fazer medicina ele achava que provavelmente eu iria sofrer muito [com o sofrimento dos outros].

A construção social do feminino, como lugar de mãe e esposa atribuído à mulher, sempre foi reforçada e garantida, por várias instituições, como a família e a escola, como se evidencia nas falas de E2 e E3, pelas posições paternas. Essa ideologia, dominante na época,

tem sua origem no determinismo biológico que definia o que era ser homem ou ser mulher a partir do sexo biológico. Assim, construiu-se um discurso de inferioridade feminina para manutenção de um discurso de superioridade masculina, baseado em representações construídas do feminino como frágil, sensível, emotiva, submissa; em oposição ao masculino tido como agressivo, rude, dominador, etc. (ARCHANJO, 2002). Essas representações, que negavam as capacidades físicas e intelectuais das mulheres, foram reforçadas pelas ciências médicas e biológicas, e disseminadas no imaginário popular (RAGO, 2015). Dessa forma, em decorrência dessas representações do feminino, “funções como alimentação, maternidade, preservação, educação e cuidado com os outros ficam mais identificadas com os corpos e as mentes femininas”, ganhando um menor status social, se comparadas às funções masculinas (MONTAGNER; MONTAGNER, 2010, p. 96).

O magistério tornou-se assim uma “carreira feminina” associada ao cuidado (PUGA, 2009), que aparece dissimuladamente, por exemplo, sob o discurso de ser “menos sacrificada” para a mulher, conforme ouviu de seu pai E3, e era uma profissão incentivada pela família, que reproduzia as relações de gênero da sociedade.

Assim, ao escolherem a carreira médica, considerada, até então “uma profissão masculina e imprópria para o gênero feminino” (RAGO, 2015, p. 224), as entrevistadas questionaram e transgrediram as normas sociais, culturais e institucionais vigentes nessa época.

A feminilização do curso médico

As mudanças ocorridas na sociedade e as lutas dos movimentos feministas nos países ocidentais fizeram com que as mulheres buscassem profissões de maior prestígio social, como a medicina e a odontologia (COSTA, DURAES, ABREU, 2010), áreas com predomínio de profissionais masculinos até então. Esse fenômeno quantitativo da presença de mulheres em uma determinada profissão é denominado de feminilização por Minella (2017, p. 1112), que se difere do termo feminização, relacionado às ingerências do gênero nesse fenômeno.

Dentre as entrevistadas do presente estudo, a entrada de E1 no curso médico, no final da década de 1950, é emblemática no que se refere ao rompimento da hierarquia de gênero nessa área, pois antes da década de 1970 “raras foram as mulheres que se atreviam a exercer tal profissão” (MACHADO, 1986, p. 451-452). Isso se confirma, segundo relato da médica E1, com a existência de apenas duas mulheres em sua turma no curso médico da UFMG, em 1957, que contava com 51 homens. A entrevistada relata que: “na época que eu fiz vestibular,

tinha muita mulher fazendo vestibular (...), naquela época tinha muita candidata” (E1), confirmando o aumento de interesse das mulheres pela profissão. Contudo, o pequeno número de mulheres que frequentava o curso indica a existência de uma grande barreira imposta pelo exame de entrada, denominado “vestibular”: “Eu me considero vitoriosa porque, foi realmente assim, era muito difícil você entrar na escola. O vestibular era uma loucura [...]” (E1). A preparação para esse exame era feita através dos chamados “cursinhos” preparatórios, e segundo E1, existiam somente dois em Belo Horizonte, tendo ela feito um deles.

Para se ter uma ideia do que representava na época uma mulher cursar medicina ou exercê-la, em relação à população de médicos existentes no Brasil: em 1910 e 1920, as mulheres representavam 22% e 21% do total de médicos no país, caindo para 19,10% em 1930, com queda nos anos seguintes, “até chegar a 13 % no ano de 1960, quando existiam, apenas 4.519 mulheres médicas entre 30.273 profissionais homens” (SCHEFFER; CASSENOTE, 2013, p 270).

A entrevistada E1 formou-se em 1963, passando então um ano e quatro meses fazendo o equivalente à residência médica atual, e começou a trabalhar em Montes Claros em 1964. Isso significa que ela esteve nessa atividade profissional numa época que, no Brasil, os homens eram a maioria, numa proporção de 87 homens para cada cem profissionais médicos em 1960 (SCHEFFER; CASSENOTE, 2013, p 271).

Nos anos de 1970 e 1980, houve um aumento da participação feminina no setor saúde, representando as mulheres 57% do total de pessoas que atuavam no setor, fato diretamente relacionado ao crescimento das mulheres na vida universitária, que em 1971 representavam mais de 40% da população estudantil. Em relação às mulheres médicas houve um grande crescimento após 1970, passando de 12 % nesse ano, para 21% em 1980 (MACHADO, 1986, p.452). É nesse contexto que se inserem as entrevistadas E2, E3 e E4, sendo que E2 e E3 entraram na graduação médica no início da década de 1970 e E4 no início da década de 1980.

Essa crescente feminização, tanto no mercado de trabalho como no ensino superior, é confirmada por E2 pelo número de mulheres que frequentavam o curso médico (FAMED) de Montes Claros.

E2: A medida que foram entrando mais mulheres o negócio foi ficando mais tranquilo, né. A primeira [turma em 1969] tinha duas [mulheres]. A segunda tinha, se não me engano, três ou cinco. A terceira, sete e a minha [4a turma em 1972] eram treze [mulheres na graduação].

Conforme E4, em 1980 já havia “metade homens e metade mulheres” na turma. A médica E3 relata que, em 1973, sua turma de medicina da UFMG tinha 160 alunos, sendo 46 mulheres, correspondendo a 29% do total da turma.

Trajetórias femininas na formação médica

Na década de 1960, a sociedade brasileira sofria transformações decorrente do desenvolvimento econômico, com mudanças em padrões de comportamento, como uma maior intimidade no namoro; e o trabalho para a mulher de classe média tornava-se mais comum, ainda como um complemento ao trabalho do marido (DA CUNHA, 2001). Entretanto, a mesma autora aponta que, ao mesmo tempo, nessa época “as discriminações de gênero se manifestavam com intensidade [e] divisões rígidas de papéis e atribuições” (DA CUNHA, 2001, p. 202).

Essa relação de gênero vigente nessa época, era pouco questionada e, por isso, era naturalizada; o que provavelmente contribuiu para que a médica E1, como relatou, não percebesse discriminação ou preconceito durante a graduação médica, pelo fato de ser mulher, em sua relação com os colegas e professores homens. Ela justifica isso pelo tratamento respeitoso que havia por parte dos colegas e pelo fato de desempenhar atividades da mesma forma que seus colegas homens: “eu marcava cirurgia, fazia as coisas tudo, normal. [...]. E tinha muito respeito pela gente, por exemplo os alunos, os colegas não falavam piadas, bobagens, perto da gente assim igual conversa hoje” (E1). Em relação aos professores, a mesma entrevistada cita um tratamento protetor deles em relação a ela:

Eram só duas mulheres, a outra era casada então só eu que ficava lá (em Belo Horizonte). Os professores todos gostavam demais de mim. Eu não sei se eles gostavam ou tinham peninha de mim, de me ver fora de casa, sofrendo, assim sozinha, com dificuldade financeira, às vezes a gente não tinha dinheiro, era muito difícil.

O tratamento respeitoso por parte dos colegas, também foi mencionado por E2, que fez graduação na década de 1970, apontando haver um relacionamento de maior igualdade com os colegas: “[...]a gente ia para o barzinho com eles, [...] estudávamos juntos” (E2). A médica E3 não se sentiu discriminada por ser mulher durante a formação, e atribuiu isso ao fato de que “[...] em 1973, na UFMG, era grande o número de mulheres, então não tinha tanta resistência assim ou outros problemas” (E3).

Essa percepção de um tratamento mais formal entre colegas de turma e uma relação de proteção dos professores para com as alunas, coincide com a pesquisa de SANTOS (2009), no

que se refere à geração mais idosa de médicos pesquisados por ele. Mas o presente estudo dela diverge, em relação à uma maior igualdade entre colegas de ambos os sexos, na geração que se graduava na década de 1970, talvez pelo fato de se graduarem numa cidade do interior (Montes Claros), que proporcionava uma aproximação maior entre as pessoas, como também pela crescente entrada de mulheres no curso médico.

Entretanto, a discriminação de gênero passa pela interseção do gênero com outros determinantes sociais, como classe, raça/etnia, sexualidade, entre outros (LOURO; NECKEL, GOELLNER, 2003). A médica E4 citou discriminação por parte dos professores da graduação em relação às “diferenças[de] classe social, pois havia muitos filhos de médicos [no curso]” (E4), o que não era seu caso. Essa diferenciação do meio médico ocorre desde o século XIX, quando a medicina se consolidou como uma profissão científica, com forte reconhecimento social, conferindo também “prestígio, status e destaque social para o núcleo familiar” do médico (MACHADO, 1997, p. 32).

Já a médica E3 relata que sentiu discriminação durante o curso, no contato com pacientes: “Às vezes, durante o curso, um paciente ou outro ficava resistente em relação a ser atendido por uma mulher, resultante do machismo da nossa sociedade” (E3).

Observa-se também que as questões de gênero estiveram presentes na escolha e entrada de determinadas especialidades médicas. Na presente pesquisa, duas médicas se especializaram em Obstetrícia e Ginecologia, uma outra em Anatomia Patológica e Ginecologia, e a outra em Anestesiologia e Medicina do Trabalho. Ressalta-se que a trajetória na especialização de E1 foi diferente das outras entrevistadas por ter ocorrido em 1963, quando não existia curso de residência médica, como é estruturado hoje. Naquela época, os alunos acompanhavam professores de quem gostavam nas atividades médicas em vários hospitais, e faziam cursos na área que desejavam, conforme relato de E1, que buscou sua formação na área de ginecologia, mas foi preparada para “fazer de tudo” por seu professor, uma vez que viria exercer a medicina em uma cidade do interior. Para se especializar em obstetrícia ela frequentou vários hospitais com um de seus professores, voltando para Montes Claros, para atuar na área de ginecologia e obstetrícia, explicando que “naquela época [meados da década de 60] a gente [mulher] fazia ginecologia. Médica tinha que fazer ginecologia ou obstetrícia [porque] eram áreas que tinham, assim, mais facilidade para a mulher”. Ao ser perguntada sobre o que seria essa “facilidade” diz: “Porque os médicos faziam de tudo, todos os médicos. [...]. Já tinham as pessoas fazendo [atendendo em outras especialidades], agora na obstetrícia eu tinha muita chance. Eu tinha certeza que eu ia ter

espaço” (E1). Isso demonstra que a área da ginecologia e obstetrícia já se tornava, nessa época, um campo “feminino” na medicina.

A especialização em ginecologia foi complementar à área de patologia clínica, para a médica E2. E, para E3, a especialização em obstetrícia e ginecologia deu-se em função de querer exercer a área obstétrica, que sentia como uma herança familiar: “Eu tenho uma história familiar de parteiras, a minha avó era parteira e isso foi repassado com muito orgulho pela minha família” (E3). Quem se diferenciou na especialização foi E4 que escolheu anestesiologia, uma área que ainda tinha predomínio masculino.

A escolha pela especialidade de ginecologia e obstetrícia por três das entrevistadas, além de conter algo de uma história pessoal, também traz a influência de uma divisão de especialidades “masculinas” e “femininas” no campo médico, que ainda se faz presente, como resultado da feminização da profissão médica. Conforme aponta a literatura, as especialidades de pediatria, ginecologia, obstetrícia, medicina de família e comunidade, entre outras similares, são as que possuem uma maior porcentagem de mulheres atuando. E áreas como urologia, farmacologia clínica, ortopedia, cirurgia cardiotorácica, neurocirurgia, etc., possuem uma maioria de profissionais masculinos (CARDIM; VARA, 2017; SHEFFER; CASSENOTE, 2018).

Essa divisão de especialidades por gênero é explicada como resultante de um processo, que ocorre por uma maior entrada de mulheres em uma profissão ou ocupação profissional e, conseqüentemente, por uma maior deserção masculina desses lugares, que passam a ser menos valorizados social e economicamente, tornando-os inferiores. Esse processo é denominado por Pierre Bourdieu de “permanência dentro da mudança”, ou seja, o maior acesso e permanência das mulheres na carreira médica, no caso, não se dá em igualdade de condições para os gêneros (BOURDIEU, 2007, p. 108). É o que a médica E2 questiona:

E2: eu lembro que na cirurgia até poucos anos atrás, não admitia cirurgiaã não. Cirurgia era uma especialização de homem. As mulheres foram entrando pouco a pouco no setor de cirurgia e não foi fácil! Por quê? Porque medicina ainda tem alguns setores... Você conhece alguma mulher ortopedista? [...] Porque precisa de força bruta, mas precisa de força bruta em ortopedia no setor de traumatologia [...]. Mas tirando traumatologia, você pode muito bem ser ortopedista. Aqui em Montes Claros só tem UMA urologista! Mas como que mulher vai se especializar em homem? Mas como que o homem pode se especializar em mulher? Quer dizer, tem muito ginecologista [homem], mas não tem urologista [mulher]? .

A discriminação de gênero também é replicada na formação médica, através do processo seletivo para residência médica, como atesta a médica E2, que iniciou sua residência

em 1978, ao dizer que não se sentiu discriminada na especialidade de anatomia patológica, na Universidade Federal Fluminense, porque

E2: lá era um reduto de mulheres. Quase todas as residentes eram mulheres e quase todas as professoras eram mulheres. [...] Agora vou deixar bem claro: isso depende da especialidade! Porque tem aquelas especialidades que são machistas, que as mulheres são discriminadas [...].

Complementa ainda que a “prova para ser residente, é pior que vestibular. [...] Porque tem a banca e a banca coloca quem quiser, né? [...]. Imagina isso há 40 anos atrás!” (E2). O mesmo mecanismo de exclusão foi citado também pela médica E4, ao relatar que na sua entrevista de seleção para residência em anestesiologia, em 1986, a banca perguntou:

E4: como eu ia fazer, porque eu era casada e tal... [...]. Você pensa em engravidar por agora? Então tem essas questões... E você fica, assim, com medo. Às vezes, o residente está lá, engravida e então é um plantão descoberto. Nessa época eu senti [discriminação]. Então você pensa que se você fosse um homem não teria esses problemas, esses questionamentos, por exemplo, se a esposa planeja ter filhos. [...] Eu podia ser um homem casado que eles nem perguntariam sobre a minha esposa ou sobre o meu casamento!

Essas falas confirmam pesquisas que evidenciam a existência de estratégias ocultas no sistema da formação médica, que perpetuam desigualdade de gênero ao excluir as mulheres, principalmente aquelas que fazem opção pela maternidade durante a formação, pois elas não são “consideradas pelos professores e mentores como estudantes de alto potencial produtivo” (AVILA, 2014, p. 145).

Em relação à trajetória no mercado de trabalho é preciso registrar o pioneirismo da médica E1, como a primeira profissional mulher a atuar em Montes Claros, na década de 1960. Segundo seu relato, ela não teve dificuldade nenhuma com o campo de trabalho por vários motivos, sendo um deles o fato de ter sido a primeira médica mulher de Montes Claros. Além disso, diz que: “[...]as irmãs (religiosas do Hospital da Santa Casa) me apoiaram muito. Eu não tive problema porque eu formei em 62 e era pouco médico (...) a gente era disputado, não tinha dificuldade” (E1). Nessa época, ela já era casada com um colega da mesma especialidade médica, ficando ambos trabalhando no Hospital da Santa Casa até 2015, e continuam atuando em consultório privado.

A profissional E2 foi a primeira médica afrodescendente na cidade. Ela afirma que não teve discriminação no campo médico pelo fato de ser mulher, tanto é que em 1982 montou, com uma colega, o Centro de Prevenção de Câncer Ginecológico Municipal em Montes Claros. A discriminação que sofreu “foi pelo fato de ser mulher negra. Porque eu sou minoria em tudo: eu sou gorda, eu sou preta, eu sou mulher e eu sou médica! Quer dizer, quatro minorias em uma pessoa só, às vezes pesa” (E2). Ela cita alguns episódios de discriminação,

dentre os quais pacientes a chamavam de “enfermeira”. Sobre isso ela replica na entrevista: “Quer dizer, uma negra pode ser no máximo uma enfermeira-chefe!”.

Esse relato atesta a existência do racismo e do preconceito racial histórico no país, que se faz presente desde o tempo da escravidão, mas que sempre foi, e ainda é, negado pela sociedade brasileira (Gomes, 2005). Isto se confirma através de pesquisas que demonstram - “no cotidiano, nas relações de gênero, no mercado de trabalho, na educação básica e na universidade” - a discriminação racial e a situação de profunda desigualdade dos negros no país, comparado com outros grupos étnicos-raciais (Gomes, 2005, p.46).

Conforme a mesma autora, o racismo seria “um conjunto de ideias e imagens referente aos grupos humanos que acreditam na existência de raças superiores e inferiores”, o que levaria a um comportamento de ódio/aversão às “pessoas que possuem um pertencimento racial observável por meio de sinais, tais como: cor da pele, tipo de cabelo, etc.” (Gomes, 2005, p.52).

Em relação ao campo médico, este sempre foi uma área com maioria de profissionais de cor branca e continua sendo, conforme a pesquisa Demografia Médica no Brasil 2018. Nesse estudo foram entrevistados 4.601 médicas e médicos recém-formados entre 16.323 graduados de 2014 a 2015 em todo o Brasil. Destes, 77% se autodeclararam de cor branca, em relação a apenas 2% que se declararam negros e 16%, pardos, configurando a desigualdade racial existente no país, mesmo com as ações afirmativas governamentais, como as bolsas de custeio dos estudos universitários (SCHEFFER, 2018, p. 65).

E aqui cabe dizer que, apesar de a entrevistada E2 ter sofrido episódios de discriminação racial por não ser uma “médica branca” no ideário social, o fato de ela ter tido uma posição social familiar privilegiada - uma vez que seu pai era militar, advogado e docente universitário - contribuiu fortemente para que ela, além de ser mulher e negra, se formasse como médica em um cenário de domínio de uma elite profissional branca e masculina.

A médica E3, que se graduou e se especializou em Belo Horizonte, também não sentiu dificuldade pelo fato de ser mulher no campo médico da cidade, mas por “não conhecer o meio médico daqui. Não ter essa intimidade com os colegas. Mas já entrando no meio médico, já conhecendo colegas, foi ficando mais fácil. Eu não achei nada pronto, mas tive ajuda das pessoas” (E3).

Já a médica E4, que iniciou sua carreira como anestesista em um hospital em Belo Horizonte, sentiu discriminação de tratamento pelo fato de ser mulher, por parte do corpo de enfermagem e dos médicos. Ela diz:

E4: Eu vou ser bem sincera: normalmente o homem médico no ambiente hospitalar é mais valorizado pela enfermagem feminina. Os técnicos de enfermagem e os enfermeiros admiram muito o médico homem. E a médica mulher, eles tratam de igual para igual, inclusive podem até “ficar marcando”. Enquanto você não impõe respeito, mostra seu serviço, mostra que você é capaz, elas não respeitam.

Em relação aos colegas médicos homens a mesma médica diz que:

E4: o médico em si é muito vaidoso. E o médico homem se impõe e acha que é melhor que a mulher [antigamente]. Por exemplo, em uma cirurgia, se eu falasse algo com o cirurgião em relação ao paciente ou ele retrucava, ou xingava, ou não dava assunto. Se fosse um homem, provavelmente se dariam melhor. Hoje não vejo isso mais.

Isso demonstra que, mesmo no início da década de 1990, com a feminização da medicina bem adiantada, continuava havendo uma desvalorização da profissional mulher.

A difícil conciliação da vida profissional com a vida pessoal

Um ponto em comum a todas as entrevistadas foi a dificuldade para conciliar a vida profissional com a vida pessoal. Adiar planos de casamento ou de ter filhos, dificuldade para conciliar as demandas da família (marido, filhos) foram dificuldades citadas pelas seguintes entrevistadas: “Houve! [muita interferência] Muita! Porque para você ser uma boa médica às vezes você tem que abrir mão de muita coisa” (E2). “[quando casei] era considerada velha, porque todas as minhas colegas de infância já tinham casado e eu investi na profissão” (E3). O esforço para que essa conciliação desse certo foi descrito por elas como “ter boa vontade para correr atrás” ou “ter jogo de cintura para ter equilíbrio”, o que certamente demandava um alto custo físico e emocional dessas mulheres.

Nesse contexto, a necessidade de dar muitos plantões é outro complicador para a mulher médica, principalmente em algumas especialidades:

E4: na anestesiologia nós vivemos de dar plantão, então, o lar fica em segundo plano. A gente quase que mora dentro do hospital e o lar fica quase como uma visita. E, quando estamos no lar devemos quase que nos desdobrar, porque os afazeres e as responsabilidades do lar ficam todos em cima da mulher.

Essa dificuldade de conciliação tornava-se mais difícil quando envolvia questões com o cuidado e a criação dos filhos, que ficavam sob seus encargos:

E2: Porque, infelizmente, são poucos os homens que ajudam a mulher com os filhos, por isso. Atualmente está tendo uma certa melhora. Então, o que que acontece: a gente fica sobrecarregada. E aí vem a dupla jornada mesmo. A pior coisa do mundo é seu filho segurar na sua mão e falar assim: “Ô

mamãe, não vai trabalhar não. Fica comigo. [...] Aí você tem que respirar fundo e falar assim: "Eu tenho que ir, minha filha. Eu tenho que ir".

A dupla jornada de trabalho da mulher comprova a desigualdade de gênero, uma vez que não há distribuição igualitária de tarefas com o lar e filhos entre o casal. Em decorrência, a vida profissional das mulheres acaba sendo afetada, principalmente quando elas possuem vários filhos, levando-as a diminuir suas atividades, o que não ocorre com os homens. Dessa maneira, os homens passam a ter uma situação profissional mais favorável que as mulheres, conforme o estudo de Santos (2004 p. 81). Nas palavras de Machado (1986, p. 153), “A realidade mostra que aliar casamento, filhos, marido e trabalho tem sido uma enorme luta que as mulheres têm que travar diariamente para conciliar a vida privada e a profissional”.

Essa luta era atenuada, mas não extinta, pelo apoio que as médicas obtinham de suas famílias (pais, irmãs) e/ou de pessoas contratadas para cuidar dos filhos e da casa, como relata E4, quando teve que trabalhar numa cidade vizinha de Montes Claros:

E4: [...] minha filha ficou mais com a minha mãe, e ela sentiu minha falta. Eu a pegava no final de semana, ela ficava meio rebelde comigo e quando ela começava a ficar bem, eu tinha que ir embora. Eu tinha que deixá-la na casa de mãe e ir, [porque] às vezes tinha gente para cuidar, às vezes não tinha.

Outras médicas puderam contar com pessoas contratadas, durante muitos anos, nas quais depositavam muita confiança, o que amenizava o conflito sentido por elas. Contudo, isso não era suficiente nos momentos de adoecimento dos filhos, como relata E1: “[...] Aí D. veio, ficou me ajudando, ótima, ficou tomando conta de [meu filho] até ele ter 11 anos. [...] Mas é difícil pra você contornar quando ele adoecia [...]”.

Nesse sentido, a necessidade de uma política institucional para amparar as demandas específicas das mulheres que cursam e exercem a medicina, foi apontada por E3:

E3: Tive colegas que optaram por casar, engravidar, investiram na vida pessoal durante o curso. Sofreram né, sofreram muito, porque esse distanciamento do filho é muito complicado. Outras postergaram a residência... alguma concessão a gente tem que fazer. Agora, [...] se tivesse uma instituição que favorecesse, poderia ter seu filho durante o curso e estruturar sua vida e fazer residência. O início de profissão que é mais pesado, com criança já maior. [...].

Não basta então, que exista o acesso ao curso médico pelas mulheres. A permanência delas durante a formação e início profissional deve ocorrer de forma digna, respeitando seus direitos de constituir família ou outros planos pessoais, através da implementação de políticas públicas e institucionais que garantam alguns mecanismos para isso.

Provar que é competente

A percepção de desigualdade das relações de gênero no campo médico foi expressa por E2 da seguinte maneira: “[...] Medicina é, até hoje, um campo extremamente machista! E se você acostumar a abaixar a cabeça na sua vida profissional, você vai continuar assim e você não vai se impor como médica” (E2), dizia a suas alunas. Ou seja, uma forma de enfrentamento contra a desigualdade é adotar uma postura defensiva, que também foi expressa por E3, quando questionada se ela se sentiu menos privilegiada durante a formação médica por ser mulher: “Sinceramente, não. Até porque eu era meio "topetuda", então eu não admitia, não permitia isso. [...] Eu sempre me impus, sem muito barulho, muito quietinha, mas eu sempre me fiz respeitar muito” (E3).

Outra maneira foi ter que “comprovar” a todo momento, mesmo não se apercebendo disso, que elas eram tão capazes e competentes quanto os colegas homens, através de uma postura de muita dedicação, responsabilidade e investimento na profissão, como diz E1: “Não pode deixar a peteca cair, você tem que fazer de tudo pro pessoal sentir que a gente tem capacidade para trabalhar” (E1). Essa preocupação das mulheres no campo médico em ter um desempenho exemplar, também foi verificada por Santos (2004, p. 85) em seu estudo, que atribui esse comportamento à maior discriminação e obstáculos no mundo do trabalho, sofrido pelas mulheres.

Indagou-se às entrevistadas se elas percebiam mudanças em relação ao trabalho da mulher médica na atualidade. Uma delas acredita que houve por parte das mulheres uma conscientização maior de seus direitos: “[...] as médicas são mais conscientes, elas reivindicam mais, elas exigem mais” (E4), dando como exemplo o fato de as médicas mais novas negociarem os dias que querem dar plantões, o que antes era imposto. Mas, a conciliação entre a profissão e a família é mais difícil para as médicas hoje, pois não podem contar com o apoio familiar para o cuidado com os filhos, pelo fato de os familiares:

E3: [...] mesmo os aposentados, continuarem trabalhando muito” [e, além disso] antes você confiava totalmente no profissional que cuidava do seu filho, hoje isso já não acontece infelizmente. [...]. Tem também a questão financeira que demanda muito mais. Antigamente eu vejo que tinha mais tranquilidade, hoje as coisas estão mais exigentes. Hoje é mais difícil.

Considerações finais

Além do pioneirismo ao abrir espaço para as mulheres na profissão médica, as médicas entrevistadas deram importantes contribuições para a sociedade montesclarenses

através do exercício profissional, dentre as quais estão: atuação da primeira mulher médica no hospital filantrópico da cidade na especialidade de ginecologia e obstetrícia, e na docência da Faculdade de Medicina de Montes Claros (FAMED); participação da primeira médica afrodescendente na montagem do Centro de Prevenção de Câncer Ginecológico Municipal, em 1982. E todas elas foram preceptoras de curso médico em Montes Claros.

Entende-se que conhecer a trajetória de mulheres no campo médico, através de suas narrativas, é dar visibilidade, não apenas a seus méritos, mas também aos desafios de que foram protagonistas, ao adentrarem um campo profissional hegemonicamente masculino.

Por possuírem mais de trinta anos de formadas, as médicas entrevistadas fizeram parte do processo inicial de feminização da medicina na cidade de Montes Claros e, uma delas no Brasil. Elas romperam com o lugar de domesticidade reservado às mulheres nessa sociedade, o que demandou o enfrentamento de questões relativas ao sexismo vigente na sociedade e que era reproduzido na cultura médica. A desigualdade de gênero existente as levou a travar uma luta pela entrada e permanência na medicina, pelo reconhecimento da competência profissional e pelo direito de constituírem família. A discriminação por ser mulher tornou-se mais penosa nos casos que envolveram discriminação de classe social ou étnico-racial.

Assim, as trajetórias dessas mulheres nos apontam para a necessidade de as instituições médicas, de ensino e formação, promoverem o desenvolvimento de uma cultura médica com equidade de gênero e étnico-racial, como base de um exercício profissional ético.

Agradecimentos à Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais – FAPEMIG pelas bolsas de Iniciação Científica concedidas.

Referências bibliográficas

- ARAÚJO, M F. Diferença e igualdade nas relações de gênero. *Psic. clin.*, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.41 – 52, 2005.
- ARCHANJO, L R. Relações de gênero no Colégio Estadual do Paraná (1950/1960). In: Adelman, M.; Silvestrin, C B (orgs). *Gênero Plural*. Editora UFPR, 2002.
- ANASTASIA, CMJ (Org.). *Unimontes 50 anos: história e memória*. Montes Claros: Unimontes, 2012, 120p.
- AVILA, R C. Formação das mulheres nas escolas de medicina. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 142-149, Mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000100019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 Mar. 2020.
- The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 2012. *Igualdade de Gênero e Desenvolvimento*. Washington D.C., 2011. Disponível em:

- <http://siteresources.worldbank.org/INTWDR2012/Resources/7778105-1299699968583/7786210-1315936231894/Overview-Portuguese.pdf>. Acesso em: 04 out. 2019.
- BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 2007.
- CARDIM, S; VARA, N. Estereótipos de gênero refletidos nas especialidades médicas. *Journal of Studies in Citizenship and Sustainability*, Portugal, n. 2, 2017. Disponível em: http://civemorum.com.pt/artigos/1/JSCS.2 Cardim&Vara_p1.17.pdf. Acesso em: 22 out. 2019.
- COSTA, Simone de Melo; DURAES, Sarah Jane Alves; ABREU, Mauro Henrique Nogueira Guimarães de. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1865-1873, June 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700100&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 Nov. 2019.
- DA CUNHA, Maria de Fátima. Homens e mulheres nos anos 1960/70: um modelo definido?. *História: Questões & Debates*, [S.l.], v. 34, n. 1, jun. 2001. ISSN 2447-8261. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/historia/article/view/2665>>. Acesso em: 05 mar. 2020.
- DE PAULA AH. *A medicina dos médicos e a outra...* Montes Claros: Editora Montes Claros, 1982.
- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira – INEP. *Censo da Educação superior 2017*. Diretoria de Estatísticas Educacionais – Deed, INEP/MEC. Brasília: DF, setembro de 2018. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/setembro-2018-pdf/97041-apresentac-a-o-censo-superior-u-ltimo/file> . Acesso em: 3 de junho 2019.
- GOMES, N L. Alguns termos e conceitos presentes no debate sobre relações raciais no Brasil: uma breve discussão. In: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. *Educação antirracista: caminhos abertos pela lei federal n. 10.639/03*. Brasília, DF: MEC; Secretaria de Educação Continuada e Alfabetização e Diversidade, 2005. p. 39-62.
- LETA, J. As mulheres na ciência brasileira: crescimento, contrastes e um perfil de sucesso. *Estud. Av.*, São Paulo , v. 17, n. 49, p. 271-284, Dec. 2003 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000300016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 junho 2019.
- LOURO, GL. Epistemologia feminista e teorização social – desafios, subversões e alianças. In ADELMAN, M.; SILVESTRIN, CB (orgs). *Coletânea gênero plural*. Curitiba: Ed. UFPR, 2002.
- LOURO, NECKEL, GOELLNER (orgs). *Corpo, Gênero e sexualidade*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- MACHADO, M H. A participação da mulher no setor saúde no Brasil - 1970/80. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 449-460, Dec. 1986. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1986000400005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 Feb. 2020.
- MACHADO, MH.(coord). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 244 p. <http://books.scielo.org/id/bm9qp/pdf/machado-9788575412695.pdf>
- MELO, H P; RODRIGUES, L. Pioneiras da ciência no Brasil: uma história contada doze anos depois. *Cienc. Cult.*, São Paulo, v. 70, n. 3, p. 41-47, July 2018. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252018000300011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 Junho 2019.
- MINAYO, MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9 ed. Revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

- MINELLA, L. S. Medicina e feminização em universidades brasileiras: o gênero nas interseções. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v.25, n.3, p.1111-1128, Dec. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2017000301111&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 junho 2019.
- MONTAGNER, M I; MONTAGNER, M Â. Mulheres e trajetórias na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp: vozes singulares e imagens coletivas. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro , v. 17, n. 2, p. 379-397, June 2010 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 Sept. 2019.
- OLIVEIRA, B L C A de et al. Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no Brasil (1808-2018). *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000100509&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 Nov. 2019.
- PEREIRA, L M. Montes Claros anos 50: entre a esperança e a frustração. Montes Claros, *Unimontes Científica*. Montes Claros, v.1, n.1, mar/2001.
- PUGA, V.L. Especialidades Médicas, escolhas de gênero: Residência médica na UFU (PDF). *ANPUH*. Anais do XXV SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA – Fortaleza, 2009. Disponível em: https://anpuh.org.br/uploads/anais-simposios/pdf/2019-01/1548772192_bbf053475ff5959974ac0ff0565e2442.pdf . Acesso em: 09 Nov. 2019.
- RAGO, E J. A ruptura do mundo masculino da medicina: médicas brasileiras no século XIX. *Cadernos Pagu*, v.15, p. 199-225, 2015. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8635577> . Acesso em: 3 jul. 2019.
- RAGO, Elisabeth Juliska. Francisca Prager Fróes: medicina, gênero e poder nas trajetórias de uma médica baiana (1872-1931). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 13, n. 3, p. 985-993, June 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000300020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 Feb. 2020.
- REBELLO, I F. A mulher e a Unimontes. In LEITE, M V V (org.). *Testemunhas da História: 50 anos da Unimontes*. Montes Claros, MG: Unimontes, 2012. 126 p.
- ROCHA-COUTINHO, Maria Lúcia. A narrativa oral, a análise de discurso e os estudos de gênero. *Estud. psicol.* (Natal), Natal , v. 11, n. 1, p. 65-69, Apr. 2006 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2006000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 Mar. 2020.
- SANTOS, T S dos. Gênero e carreira profissional na Medicina. *Mulher e Trabalho*, Porto Alegre, v. 4, p. 73-88, 2004. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cedcis/Genero.pdf> . Acesso em: 05 Mar. 2020.
- SILVA, FF. *Mulheres na ciência: vozes, tempos, lugares e trajetórias*. Tese (doutorado) Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós- Graduação em Ciências: Química da Vida e Saúde, RS, 2012, 147 p.
- SCHEFFER, M. et al. *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. <https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf> .
- SCHEFFER, M C; CASSENOTE, A J F. A feminização da medicina no Brasil. *Rev. Bioét.*, Brasília , v. 21, n. 2, p. 268-277, Aug. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000200010&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 13 Feb. 2020.
- SCOTT, J W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, pp.71-99; jul./dez. 1995. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/viewFile/71721/40667>. Acesso em: 15 Nov. 2019.

YANNOULAS, S C. Feminização ou feminilização? Apontamentos em torno de uma categoria. *Temporalis*, Brasília (DF), ano 11, n.22, p.271-292, jul./dez. 2011. Disponível em: <file:///F:/Users/User/Downloads/1368-Texto%20do%20artigo-3348-1-10-20120204.pdf> . Acesso em: 20 Mar 2020.