

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

ARIELI JANUZZI BUTTARELLO

**SÍNDROME DE ESMERALDITE: O PROFISSIONAL MÉDICO COMO
PACIENTE E O VIÉS DE GÊNERO**

São Carlos
2025

**SÍNDROME DE ESMERALDITE: O PROFISSIONAL MÉDICO COMO
PACIENTE E O VIÉS DE GÊNERO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia
da Universidade Federal de São Carlos como critério para
obtenção do título de Doutora em Sociologia.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Leite Júnior

Buttarello, Arieli Januzzi

Síndrome de Esmeraldite: o profissional médico como paciente e o viés de gênero / Arieli Januzzi Buttarello -- 2025.
201f.

Tese de Doutorado - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador (a): Jorge Leite Júnior

Banca Examinadora: Artur Fragoso de Albuquerque
Perrusi, Rodrigo Otavio Moretti Pires, Carolina Branco
de Castro Ferreira, Maria da Gloria Bonelli

Bibliografia

1. Identidade médica. 2. Masculinidade hegemônica. 3. Performatividade de gênero. I. Buttarello, Arieli Januzzi.
II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática
(SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Arildo Martins - CRB/8 7180



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Sociologia

Folha de Aprovação

Defesa de Tese de Doutorado da candidata Arieli Januzzi Buttarello, realizada em 04/12/2025.

Comissão Julgadora:

Prof. Dr. Jorge Leite Junior (UFSCar)

Prof. Dr. Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi (UFPE)

Prof. Dr. Rodrigo Otavio Moretti Pires (UFSC)

Profa. Dra. Carolina Branco de Castro Ferreira (UNICAMP)

Profa. Dra. Maria da Gloria Bonelli (UFSCar)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia.

AGRADECIMENTOS

Não é incomum que as pesquisas tomem caminho diverso do almejado. As possibilidades da pesquisa podem colocar aquele que pesquisa em constante dúvida e em um limbo entre frustração e resiliência. Não à toa, ter colaboradores ou orientadores auxiliando nesse processo é essencial, afinal, a produção de conhecimento é colaborativa.

Eu tive a tranquilidade em ser orientada por um profissional, professor e pessoa ímpar em inteligência e sensibilidade. Ao Prof. Dr. Jorge Leite Júnior, registro a minha admiração por suas sempre laboriosas atenção e educação. Por toda a disponibilidade de paciência que dedicou aos percalços da pesquisa e às minhas dificuldades pessoais, terei eterna admiração e gratidão. É impossível não se afetar com as tantas lições de aprimoramento que Jorge passa, talvez, apenas sendo quem é.

Agradeço cada informante que se dispôs a compartilhar um pouco de sua história e sensações. Como *outsider* ao campo médico, tive muitos empecilhos para conseguir acessá-lo, mas os informantes com os tive contato recompensaram as apreensões. Estimo-os por terem sido cooperativos e abertos em linguagens e em contatos.

Agradeço, com todo o meu amor, Pedro Victor, que divide comigo os dias, conquistas e frustrações. Divide comigo a vida. Para mim, ele é a mais pura definição de parceria.

Agradeço, com todo o meu amor também, à minha mãe Vandalice. Sem o seu suporte emocional e material ao longo de minha formação, esse doutoramento cairia naquele lugar da memória que reservamos às coisas-que-queríamos-ter-feito-e-não-fizemos. Com semelhante amor, agradeço ao meu pai Romeu (*in memoriam*).

Agradeço, com todo o meu afeto, às minhas companhias não humanas, que adicionam alegria à minha rotina, deitados sobre meus livros, correndo, miando e sendo recíprocos ao amor e ao cuidado. A sensibilidade que despertam em mim me faz agradecer, também, aos animais não humanos, em situação de rua, que se tornaram e se tornam dignos por causa de Pedro e de mim. Registro aqui memórias dos animais que amei e que não vejo mais, porque injustamente perderam suas vidas. Em especial, deixo

meu agradecimento ao Geraldinho (*in memoriam*), que partiu dias após o exame de Qualificação desta pesquisa.

Agradeço, com muito carinho, minhas amigas Viviani e Lívia. Essa tese existe por causa delas. Apesar da convivência afastada, foram elas que me incentivaram. Quase no fim eu parei e decidi desistir. Foram elas que me fizeram repensar e ter força para voltar ao movimento.

Agradeço, com carinho e admiração, Aline. Sem ela, o dia da Defesa da tese (e toda minha experiência na graduação) teria sido menos leve e divertido. Ela é pessoa que carrega em si inspiração e força, e sou grata por fazer parte das pessoas que têm, de forma genuína, sua amizade.

Agradeço aos Professores participantes da Banca de Defesa por suas considerações, questionamentos e críticas.

A pesquisa e quem pesquisa são inseparáveis e é preciso se reinventar quando o inesperado acontece. Agradeço a todos que estiveram comigo durante as reinvenções e fornecendo suporte diante tantas condições inesperadas e incontroláveis.

*só conseguimos desmascarar uma obviedade para descobrir
outras, mais óbvias ainda.*

Darcy Ribeiro

SÍNDROME DE ESMERALDITE: O PROFISSIONAL MÉDICO COMO PACIENTE E O VIÉS DE GÊNERO

RESUMO

Este trabalho parte de um jargão do meio médico, Síndrome de Esmeraldite, que indica a dificuldade dos profissionais médicos em assumirem o lugar de paciente quando adoecidos. Através de bibliografia que tangencia a questão posta pelo jargão, discute-se identidade profissional médica e as normatividades de gênero que a conformam. O aporte teórico é conduzido principalmente pelos conceitos de masculinidade hegemônica, da socióloga Raewyn Connell, e de performatividade de gênero, da filósofa Judith Butler. O levantamento de dados foi realizado através de entrevistas com médicos e médicas a fim de compreender os sentidos dados a condição de paciente dentro do meio médico e as experiências em que foram pacientes. A análise conclui que a crise enfrentada pelos profissionais médicos na condição de paciente é permeada por reforços e tensionamentos na hierarquia de gênero, que moldam a prática médica, as formas como médicos e médicas significam suas próprias experiências e situações de vulnerabilidade e cuidado.

Palavras-chave: Síndrome de Esmeraldite. Identidade médica. Relação médico-paciente. Masculinidade hegemônica. Performatividade de gênero.

EMERALDITE SYNDROME: DOCTOR AS PATIENT AND THE GENDER BIAS

ABSTRACT

This work begins with a medical term, "Emeraldite Syndrome," which indicates the difficulty medical professionals have in assuming the role of patient when ill. Through bibliography that touches on the issue posed by the term, it discusses medical professional identity and the gender norms that shape it. The theoretical framework is mainly guided by the concepts of hegemonic masculinity, by sociologist Raewyn Connell, and gender performativity, by philosopher Judith Butler. Data collection was carried out through interviews with male and female physicians in order to understand the meanings given to the condition of being a patient within the medical field and their experiences as patients. The analysis concludes that the crisis faced by medical professionals in the condition of being a patient is permeated by reinforcements and tensions in the gender hierarchy, which shape medical practice, the ways in which male and female physicians give meaning to their own experiences and situations of vulnerability and care.

Keywords: Emeraldite Syndrome. Medical identity. Doctor-patient relationship. Hegemonic masculinity.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
1.1 PERCURSOS DA PESQUISA	15
2. MÉTODOS	26
3. DISCUSSÕES TEÓRICAS SOBRE O PROFISSIONAL MÉDICO	37
3.1 IDENTIDADE MÉDICA E ESTUDOS SOCIOLÓGICOS DE GÊNERO	52
4. SÍNDROME DE ESMERALDITE	74
4.1 APRESENTAÇÃO DOS MÉDICOS E MÉDICAS ENTREVISTADOS	82
5. IMBRICAMENTOS ENTRE GÊNERO E SER PACIENTE-PROFISSIONAL MÉDICO	117
5.1 DISTINÇÕES ENTRE SER PACIENTE MÉDICO OU MÉDICA	147
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	175
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	181

1. INTRODUÇÃO

O caminho intelectual desta tese, desde o projeto de pesquisa até a finalização do texto, passou por modificações causadas por percalços no levantamento de dados e por adições e escolhas de conceitos sociológicos na abordagem da temática escolhida. Há um tempo, temos nos aproximado da área médica, a fim de estudos sociológicos, e essa pesquisa foi projetada após um contato inicial com um termo nativo da área médica: “Síndrome de Esmeraldite”. Esse jargão corresponde a um possível conjunto de sintomas que acomete apenas profissionais médicos, por conta de sua condição de médicos.

Esse termo circula no meio médico brasileiro, mas não possui um número satisfatório de registros. Está presente em artigos de opinião em Revista médica de Conselho Regional de Medicina (e.g. Techy, 2006; Skare 2007), em um site de divulgação sobre prática médica (Diehl, 2020), em artigo de opinião em site de notícias (Gazeta de Alagoas, 2018), em declarações de profissionais médicos entrevistados por pesquisadores (Sens, 2006; Gomes, 2010), em entrevista de profissional médico (Ribeiro, 2003) e em menção em pesquisa com médicos (Pimentel; 2005). Apesar dos apontamentos indicados, não há definições ou atenção acadêmica à esse jargão, e, por isso, interessamo-nos por rastrear sua circulação no meio médico. Essa pesquisa é pioneira por abordar esse termo.

O termo Síndrome de Esmeraldite tem referência histórica. Gilberto Freyre (1900-1987), sociólogo brasileiro, em uma obra em que analisa como a formação da sociedade brasileira resultou da convivência hierárquica entre senhores e pessoas escravizadas¹. O autor menciona a figura do médico no período de colonização, afirmando que o título de “doutor”, concedido a esses profissionais, era símbolo de prestígio e valorização social dada pela erudição universitária, conquistada por meio de seus estudos nas Universidades europeias. Os médicos pertenciam à elite e circulavam entre as famílias de senhores de engenho, de modo que apenas essa figura, junto à do padre, tinha acesso íntimo à casa.

Após a formação em Medicina, era concedido ao praticante usar um anel ornado com rubi ou esmeralda. Esses adornos eram “usados como sinal de sabedoria ou de requinte intelectual e científico” (Freyre, 1992, p.350). A esmeralda é símbolo tradicional

¹ A obra é Casa-Grande & Senzala, publicada em 1933.

da prática médica e consagra socialmente o médico como uma pessoa de prestígio social. A partir disso, entendemos que a Síndrome de Esmeraldite traz consigo uma tensão entre esse *status* e a exposição à vulnerabilidade do médico quando se encontra na condição de paciente.

A Síndrome de Esmeraldite não é termo suficientemente discutido e, portanto, não se teoriza e não se busca por explicações sociológicas dessa condição. Para falar sobre ela, debruçamo-nos, inicialmente, em bibliografia que aborda a dificuldade que os profissionais médicos enfrentam para se reconhecerem como pacientes. Uma vasta literatura foi encontrada, produzida tanto por uma perspectiva que considera a função e agência do médico construída em oposição ao objeto de suas intervenções (o paciente), quanto por uma perspectiva que tem a Medicina como exercício de poder, através de considerações foucaultianas. Essas considerações problematizam um ponto comum na relação entre médicos e pacientes, que condiz a inaceitabilidade do profissional em estar “do outro lado” da relação, ou seja, as condições de médico e paciente.

Porém, as explicações sobre a assimetria na relação médico-paciente e as potenciais causas da necessidade de indicação da diferença advinda de profissionais, quando pacientes, não supriram os questionamentos levantados, conforme o aprofundamento dos estudos sobre o tema. As perspectivas consultadas não mencionaram diferenciações sobre a dificuldade do profissional médico em lidar com o próprio adoecimento considerando gênero, cor de pele ou qualquer outro comparativo. Notamos, por isso, a necessidade de olhar para o tema através de outra lente explicativa.

Ao ler sobre o desenvolvimento da profissão médica, constatamos o quanto ela foi desenvolvida majoritariamente por homens. A partir desses dados, surgiu a possibilidade de afirmar que os profissionais médicos menosprezam sintomas e problemas de saúde porque agem do modo esperado em relação aos homens, em geral. Para refletir sobre essa hipótese, consideramos o conceito de masculinidade hegemônica, conforme abordado pela socióloga australiana Raewyn Connell. De acordo com a autora, a masculinidade é permeada por símbolos de comportamento de risco e demonstração de força (física e emocional). Com base nisso, pudemos conceber o problema a partir de um viés que coloca o gênero como categoria adequada para a reflexão sobre o meio médico como um impositor de normas e morais sociais que categoriza e subjuga corpos dos profissionais médicos.

Porém, identifica-se um aumento progressivo da participação de mulheres na prática médica, diante de um fenômeno que alguns pesquisadores denominam Feminização da Medicina (c.f. Ávila, 2014; Scheffer, 2020). No Brasil, em pouco mais de um século, presenciou-se uma considerável modificação no meio médico, reconhecidamente de predominância masculina. Até a década de 1910, apenas 22,3% dos profissionais médicos no Brasil eram mulheres, em 2020 a porcentagem de mulheres médicas era 46,6% (Scheffer *et al.*, 2023). Como, então, analisar os sentidos da recusa em ser paciente, considerando a abordagem da masculinidade hegemônica, diante do processo de feminização da Medicina?

É preciso, desde já, compreender que a masculinidade hegemônica é uma prática social, que, como tal, se expressa e se impõe como prática não só de gênero ao qual são concedidos privilégios, mas também composta por ações dos demais gêneros, que reforçam o domínio dessa prática. Estava posto, portanto, que o desenvolvimento teórico dessa pesquisa seria relacionar a Síndrome de Esmeraldite (dificuldade de os profissionais médicos se entenderem como paciente) com a masculinidade hegemônica praticada no meio médico, independentemente do gênero do profissional, uma vez que, cabe repetir, entendemos a masculinidade hegemônica como uma prática social. Assim, iniciamos o levantamento de dados da pesquisa, foram extraídos de entrevistas semiestruturadas com profissionais médicos – todos identificados como cisgênero masculino ou feminino. Durante o campo da pesquisa, emergiram compreensões de que a própria definição do que é ser paciente, considerada a relação profissional médico-paciente, ocorre a partir de um enviesamento generificado.

Ao questionar as médicas sobre experiências de adoecimento, as médicas que eram mães, mencionaram sobre o período de gestação. Isso foi muito interessante diante da divergência de definições postas pelas pesquisas que abordam as dificuldades dos médicos se entenderem como pacientes. Nessa literatura, ser paciente, no geral, apresenta-se como uma condição baseada em patologias e comportamentos de submissão a um profissional médico *expert*. As médicas mães trouxeram luz às experiências ignoradas nessa literatura. A abordagem generalizada na literatura traz uma versão unificada do que é ser paciente sendo profissional médico, de modo que, embora essa versão esteja relacionada a características de masculinidade hegemônica, a própria definição de masculinidade hegemônica não se mostrou suficiente para analisar os dados que emergiram nos relatos das informantes.

Se a análise das falas das médicas e mães fosse realizada apenas a partir da relação entre a dificuldade de os profissionais médicos se entenderem como paciente e a masculinidade hegemônica, poderíamos incorrer no erro de afirmar que as médicas vivenciam apenas opressões durante o período de gestação. Porém, essas informantes expressaram sensação de liberdade para serem pacientes na ocasião da gestação, além de relacionarem a definição de paciente ao cuidado e acompanhamento constante. Para analisar essas considerações, lançamos mão da teoria da performatividade de gênero, conforme desenvolvida pela filósofa estadunidense Judith Butler.

É simples compreender que os relatos que descrevem a condição de paciente durante a gestação, apontam uma diferença em relação à condição de um sujeito adoecido, já que uma situação causa a alteração corporal em si com a finalidade de geração de uma outra vida humana, ao passo que a outra causa alteração corporal a partir de resultados entendidos como prejudiciais para o organismo. Embora não haja uma fronteira nessas definições de paciente, dado que a condição de gestante também ocasiona apreensões e riscos, não são essas configurações possíveis que estão em questionamento nesta tese. O que analisamos é aquilo que não é tão evidente, a saber, os sentidos aproximados de submissão dos profissionais médicos a outros médicos acerca de suas experiências como pacientes.

O conceito da masculinidade hegemônica, que demonstra o domínio de homens sobre mulheres e o domínio de um tipo de grupo de homens sobre as demais identidades de gênero, é adequado para considerarmos uma parte da análise. A reprodução de poder de gênero não é uma totalidade, uma vez que as práticas e performatividades dinamizam-se em sobreposições (Butler, 2003). Então, diante de múltiplas formas, como estudá-las?

Segundo Annemarie Mol é “perguntando para as pessoas para aprender como elas lidam com as coisas e interpretando o que elas falam” (Martin; Spink; Pereira, 2018, p. 296). Após essa etapa de perguntas e interpretações, ou seja, da realização do campo da pesquisa, nossas impressões acerca de uma lacuna acadêmica (a Síndrome de Esmeraldite e, no geral, sobre a experiência de médicos adoecidos), indicaram um novo problema: a desconsideração de experiências não-masculinas nas compreensões do que é ser médico-paciente.

Como não há material de pesquisas sobre a Síndrome de Esmeraldite, a introduzimos no meio acadêmico a partir de uma escolha específica: a junção de discussões da Sociologia médica e dos estudos sociológicos sobre o gênero. Essa escolha decorre do contato com as explicações fornecidas pela perspectiva da Sociologia médica, que se mostraram insuficientes para a análise do objeto em questão. Essa percepção advém de dois momentos da pesquisa: a definição de Síndrome de Esmeraldite assemelhava-se às descrições de pesquisas sobre masculinidade hegemônica; e as definições dos entrevistados e das entrevistadas sobre Síndrome de Esmeraldite e seus relatos de experiências acerca da condição médico-paciente não cabiam nos pressupostos teóricos disponibilizados pela Sociologia médica, que se pautam em explicar a dificuldade do profissional médico em trocar de papel. O uso do conceito de papel social para explicar o comportamento médico diante da recusa em ser paciente é criticado e discutido nesta pesquisa.

Um dos dados levantados nesta pesquisa mostra que, em sua prática profissional, as médicas, quando estão em ambientes majoritariamente masculinos ou quando sentem que precisam ser respeitadas, apresentam características comportamentais próximas da masculinidade hegemônica, mas quando estão entre mulheres performam o gênero de outro modo.

Nessa pesquisa, o problema do profissional médico como paciente é interpretado a partir da compreensão de que a recusa em adoecer e se deixar cuidar está entranhada em um regime de gênero que atravessa as experiências dos profissionais. Ademais, é preciso destacar que esse estudo tem caráter exploratório e exemplar, não representativo, pois o levantamento de dados guiou o foco metodológico e analítico para as lógicas, disposições e regularidades discursivas e normativas, e não para as frequências e a generalização do campo profissional.

Para abordar as questões suscitadas pela pesquisa, apresentamos as discussões da tese dividida nos seguintes capítulos e subcapítulos:

Compondo esta *Introdução*, o subcapítulo *Percursos da Pesquisa* apresentará as modificações da pesquisa que se mostraram necessárias para a manutenção de sua existência. Apresentaremos os percalços da pesquisa e as soluções encontradas.

Em *Métodos*, abordamos os meios utilizados para a produção da pesquisa. Explicamos a escolha pelo levantamento de dados por meio de entrevistas semiestruturadas, como estas foram realizadas, guiadas, gravadas e analisadas. Utilizamos referências que se dedicam a ensinar a aplicabilidade de métodos científicos para pesquisas em ciências humanas e sociais, principalmente, métodos qualitativos. Explicamos como foi realizada a amostra para a pesquisa, o uso da análise do discurso e os procedimentos éticos da pesquisa.

Em *Discussões teóricas sobre o profissional médico*, apresentamos um conceito fortemente presente na literatura consultada, qual seja, a identidade médica e seus limites. Tratamos de contextualizar as considerações sociológicas sobre o profissional médico para, posteriormente, apontar as tensões que permanecem abertas no debate contemporâneo.

No subcapítulo *Identidade médica e estudos sociológicos de gênero*, distanciamos-nos da literatura que aborda as problemáticas de médicos como pacientes², pelo viés da função profissional e qualificamos o debate por meio de outras configurações de circulação do poder entre o profissional o médico e o paciente, em diálogo com os estudos de gênero. Apresentamos reflexões acerca de como a literatura sobre masculinidade hegemônica e a performatividade de gênero permite reposicionar a discussão, oferecendo elementos que a abordagem da identidade profissional, isoladamente, não aborda.

Em *Síndrome de Esmeraldite*, apresentamos registros desse termo e seus significados. Como não há literatura acadêmica que trate especificamente desse termo, utilizamos pesquisas que tangenciam a definição geral desse jargão: a dificuldade dos profissionais médicos em aceitar o lugar de pacientes, quando adoecidos. As pesquisas convergem em explicar esse comportamento dos profissionais médicos através do conceito sociológico de “papel social”. Nesse capítulo, discutimos a atual insuficiência explicativa e sugerimos outra abordagem, considerando, em primeiro plano, a análise de gênero como viés explicativo. Aproximamos, assim, a Síndrome de Esmeraldite das

² Foi possível extrair a abrangência de trabalhos em língua inglesa com títulos indicativos dessa temática específica, no conjunto de artigos consultados para essa pesquisa. Foram comuns títulos que incluem *doctor as patient* (médico como paciente) e *when/how doctor become patients* (quando/como médicos se tornam pacientes). No Brasil, essa temática é pouquíssimo abordada e o foco de pesquisas sobre adoecimento no meio médico está na discussão sobre precarizações na formação médica (Graduação e Residência). Há pouca discussão sobre adoecimentos durante o exercício profissional.

explicações dos estudos que tangenciam o termo das características postas em estudos sobre masculinidade hegemônica.

No subcapítulo *Apresentação dos médicos e médicas entrevistados*, apresentamos os informantes da pesquisa e seus conhecimentos acerca do termo estudado. Um dos dados centrais da pesquisa está em os médicos e médicas entrevistados conhecerem o termo e as médicas entrevistadas não. Ademais, das três médicas participantes da pesquisa, duas, quando questionadas sobre suas experiências como pacientes durante o exercício médico, trouxeram o relato da gestação. Ou seja, essas informantes afastaram a definição de paciente do lugar tradicional dado por situação de adoecimento. Sob esse outro modo de ser paciente, consideramos as discussões do capítulo seguinte. Ainda nesse subcapítulo, apresentamos também as definições de cada informante sobre o que é ser paciente, em busca de aprofundar a compreensão dos sentidos criados por eles.

Em *Imbricamentos entre gênero e ser paciente-profissional*, abordamos a relação entre ser paciente e as práticas generificadas extraídas das falas dos profissionais entrevistados. Buscamos aprofundar a discussão dos dados guiando-a pela apresentação de estudos que sustentam o gênero como influente na formação da identidade médica, e, portanto, conforme interpretamos, também das práticas médicas, das subjetividades e da própria definição do que é ser paciente e a condição de ser paciente-profissional médico. Nesse capítulo, trazemos considerações sobre o viés androcêntrico da Medicina.

No subcapítulo *Distinções entre ser paciente médico ou médica*, apresentamos considerações sobre a percepção diferenciada de vulnerabilidade à autoridade profissional se médico ou médica, considerando distinções generificadas sobre o cuidado. Buscamos apontar que médicos percebem suas vulnerabilidades como ameaças à imagem profissional, enquanto as médicas legitimam sua vulnerabilidade perante a condição de gestante. As relações assimétricas entre médicos e pacientes-médicos são interpretadas, nesse subcapítulo, através da naturalização ou não da submissão do próprio corpo a depender da finalidade da busca por cuidado.

Em *Considerações Finais*, ressaltamos os resultados da pesquisa, que trouxeram elementos para pensarmos sobre como o sistema de pensamento generificado é incorporado nos profissionais médicos e como opera construindo identidades, subjetividades, sentidos, ontologias, epistemes e sensibilidades.

1.1 PERCURSOS DA PESQUISA

Ao longo da pesquisa, foram feitas diversas modificações de percursos visando o alcance dos objetivos. Inicialmente, buscava-se a compreensão das maneiras como os profissionais médicos lidam com seus próprios sofrimentos e corpos quando adoecidos. Tal questão emergiu do contato com um jargão do meio médico (Síndrome de Esmeraldite) que aborda a dificuldade dos profissionais em se entenderem como pacientes. A programação para o levantamento de dados seria a realização de uma etnografia em uma Santa Casa, em uma cidade de porte médio do Estado de São Paulo. Porém, fomos todos acometidos pela pandemia de Covid-19 e pela necessidade imposta pelas medidas de biossegurança. O planejamento para acompanhar algumas das práticas cotidianas dos profissionais e extrair dessa aproximação uma análise sociológica, foi frustrado. Por conta disso, reconfiguramos o campo e o levantamento de dados para entrevistas semiestruturadas realizadas remotamente (*online*), tendo o adoecimento ou apreensão pelo adoecer por Covid-19 como elemento investigativo para compreender os modos de “lidar com o próprio corpo quando doente”.

Enquanto buscávamos contatos com profissionais médicos através de convites para a pesquisa, por meio de Secretarias de Saúde e Sociedades e Associações médicas – sem retorno – fui surpreendida por dores crônicas, no rosto e depois no corpo todo, que resultaram no trancamento do doutoramento. Durante a peregrinação para descobrir as causas dessa condição, entre consultas com diferentes profissionais de saúde (dentistas e médicos), a pesquisa tomava um novo rumo, não apenas metodológico, como teórico. Aos poucos, percebi que práticas de gênero orientavam os modos de investigar e indicar caminhos para os meus sintomas.

Foram seis médicos consultados em clínicas privadas e duas médicas em hospitais públicos. Os médicos tinham planejamento de solução objetivamente biomédico: encaminhamentos à cirurgia, receituário de medicamentos utilizados na área psiquiátrica e exames; as médicas, me encaminhavam a outros profissionais (dentista e psiquiatra) e as consultas contiveram questionamentos sobre vivência afetiva. Ambas as médicas perguntaram sobre a existência de um namorado e como estávamos juntos lidando com o contexto pandêmico.

As evidências da consideração de heterossexualidade compulsória nas perguntas das médicas, a diferença da *anamnese* e busca por diagnóstico entre profissional homem ou mulher trouxeram novas questões para a pesquisa, que estava em suspensão. Até então, o levantamento bibliográfico mostrava problemáticas teóricas acerca das considerações funcionais da identidade médica, e foi preciso buscar além dos aspectos profissionais. Em meu retorno ao doutoramento, as questões de pesquisa foram direcionadas para a compreensão das configurações diferenciadas do cuidado com o próprio corpo a depender da identificação³ de gênero do profissional médico. Encontramos muitas pesquisas que relacionam o descuido com a própria saúde ao gênero masculino e isso possibilitou a conexão entre a Síndrome de Esmeraldite com a masculinidade hegemônica.

Ao retornar para o doutoramento e após os diversos silêncios que obtivemos em respostas aos convites para participação da pesquisa, percebemos que os contatos com possíveis informantes poderiam ser mais acessíveis, feitos de modo direto e presencial, ao invés do intermédio de instituições (Secretarias de Saúde e Sociedades e Associações médicas). Assim, iniciei a feitura de convites para a participação da pesquisa aos profissionais médicos com os quais tive contato na condição de paciente e pelas condições de saúde de uma familiar, que frequentava consultas médicas em diferentes espaços.

Estávamos enganados sobre o acesso ao campo e exemplificamos com duas situações extraordinárias. Primeira: ao entrar no consultório para conversar com o profissional e realizar o convite para participação e pedir indicações de outros possíveis informantes, o médico, que fumava ali de portas fechadas, respondeu que nunca fez nem propaganda de clínica e que, então, não daria nenhuma entrevista. Decidi não insistir, um pouco por conta da tosse desencadeada pela fumaça, um pouco por conta da aparente improdutividade de uma possível insistência. Segunda: após mais de uma hora na sala de espera, aguardando pelo profissional, após a concordância e agendamento da entrevista, o médico passa e diz:

*Desculpa, estou num dia cheio. Mas tem uma pediatra que atende aqui do lado. Acho que ela tem mais tempo... e é aberta pra essas coisas.*⁴

³ Stuart Hall (2012) ao discutir sobre o conceito de identidade, cita que identificação traz ênfase ao processo de subjetivação, e identidade, às práticas discursivas. O autor diz: “O conceito de ‘identificação’ acaba por ser um dos conceitos menos bem desenvolvidos da teoria social e cultural, quase tão ardiloso - embora preferível - quanto o de ‘identidade’.” (Hall, 2012, p. 64). Butler (2019) diz: “identificações não são nunca simples ou definitivamente fabricadas ou alcançadas, elas são insistentemente constituídas, contestadas e negociadas” (Butler, 2019, p. 139, grifos originais).

⁴ Todas as falas dos potenciais participantes e dos informantes da pesquisa serão reproduzidas em itálico neste trabalho.

Ambas as falas demonstram a dificuldade de acesso a esse meio profissional e essa última fala corresponde a uma grande parte da análise dos dados dessa pesquisa. Os prazos do doutoramento corriam e foram horas em salas de espera, ao longo de meses. Como solução diante da ausência e lentidão no levantamento de dados, passamos a realizar convites para a pesquisa através de perfis de redes sociais de profissionais médicos. Assim, foi possível alcançar interessados em contribuir. Os convites foram realizados por meio de envio de mensagens privadas em *chat* de rede social (*Instagram*) e através de números de *whatsapp* disponibilizados para agendamento de consultas.

Foram enviados 118 convites para participação na pesquisa. Os retornos obtidos foram de 15 profissionais interessados em participar da pesquisa, sendo que 13 afirmaram a importância do estudo (apresentado como uma pesquisa que objetivava compreender relações dos modos de lidar, dos profissionais médicos, com o próprio adoecimento e suas identificações de gênero). Foram constantes adiamentos das datas das entrevistas, por parte desses profissionais, e devido à necessidade de finalização do doutoramento, pudemos concluir as entrevistas com apenas 7 entrevistados. Ao invés dessa pouca participação desqualificar a pesquisa, esse número nos demonstra a dificuldade de acesso ao campo.

Entre os retornos obtidos, duas respostas foram, também, extraordinárias. Em uma delas, o profissional médico respondeu: *qualquer coisa que você queira saber sobre minha profissão, está no Instagram. Basta consultar meu perfil*. Em outra, o profissional médico questionou o que receberia em troca da contribuição com a pesquisa. Com receio, eu, pesquisadora, respondi de acordo com a possibilidade de cooperação com o conhecimento. A réplica, de forma escrita, foi:

Eu entendo tua posição e também já estive em situação acadêmica. Contudo acredito que no momento atual de minha carreira já realizei representação social e desenvolvimento profissional suficientes. Porém se houver possibilidade de projeção de meu trabalho no meio acadêmico de tua universidade ou curso, que por sinal são bem conceituados, podemos pensar em alinhar um horário. (Convidado para a pesquisa)

Há um constante reforço simbólico para marcar o fechamento do grupo médico, que pode ser sutil ou não. Adolpho Hoirisch (1976), em sua tese sobre psicologia médica, traz exemplos de fechamento sutil do grupo médico, dado através da “linguagem própria, difícil de entender pelos não iniciados - a famosa ‘letra de médico’, o uso de

termos técnicos [...] contribui para tornar mais nítida a delimitação entre *dentro e fora*, no caso, médico e pacientes” (Hoirisch, 1976, p. 32, grifos originais).

Outro indício de delimitação são os ideais de merecimento que circulam no meio médico, desde os primeiros passos em direção à profissionalização, expressos na altíssima concorrência nos vestibulares de Medicina das Universidades Públicas. Eduardo Kamijo e colaboradores (2021) realizaram uma pesquisa com 372 estudantes de um curso de Medicina em uma Universidade do Estado de Santa Catarina, em 2018, com o objetivo de compreender as motivações da escolha dos alunos pela profissão médica. Os autores afirmam que

o curso de Medicina é visto como um dos mais difíceis, por exigir intensa dedicação, sacrifícios e resistência física e emocional dos acadêmicos . Entretanto, todos os anos, milhares de candidatos enfrentam verdadeiras batalhas nos vestibulares para serem médicos (Kamijo *et al.*, 2021, p. 2).

Há, em certa medida, um imaginário social dentro do meio médico que reforça noções de merecimento pelo esforço dos indivíduos em se tornarem profissionais médicos, exigindo reconhecimento da dignidade de seus lugares e posições sociais. Não é por acaso que há um número considerável de embates entre os grupos profissionais de saúde que lidam com os médicos, entendendo-os como profissionais que menosprezam as demais áreas. E, ainda, não é por acaso que há criação de nichos de disputa entre especialidades e locais de formação. Em um livro que aborda problemáticas acerca do ensino médico, Izabel Rios e Lilia Schraiber, (2012) trazem um exemplo observado em uma aula de um curso de Medicina em uma Universidade Pública. As autoras mencionam a internalização da “superioridade médica” (Rios; Schraiber, 2012, p. 63) na formação da identidade profissional e citam uma declaração de um professor do curso: “o pessoal de fora [de sua escola de Medicina] é muito ruim! [...] para entrar aqui é preciso ser melhor que os outros [...] Para mim é questão de genética. Vocês têm genética para entrar aqui” (Rios; Schraiber, 2012, p. 63 – 64).

Hustana Vargas (2010), em uma análise sobre a hierarquia de carreiras e a hierarquização interna do campo do ensino superior denomina o Direito, a Engenharia e a Medicina como “profissões imperiais”, devido à preservação histórica do *status* do monopólio profissional de carreiras de alto prestígio. Nessa análise, a autora defende que o prestígio dado a essas profissões advém, dentre outros elementos, da ideia de

excepcionalidade da admissão nos cursos, juntamente a exceções de admissão de indivíduos de perfis discrepantes ao padrão. Por exemplo, os cursos de Medicina são elitizados e de predominância de pessoas brancas e há barreiras para acesso de pessoas fora desse padrão. Vanessa Fredrich e colaboradores (2022), ao analisarem a existência de racismo na educação médica, fornecem dados que mostram que, em 2019, no Brasil, apenas 28% dos graduandos em Medicina eram negros ou negras.

O fechamento do grupo profissional médico está expresso, também, na percepção que tivemos ao realizar o levantamento bibliográfico desta tese. As pesquisas realizadas diretamente com profissionais médicos não são comuns em nosso país dentro da área da Sociologia médica. Em toda a bibliografia estudada para esta pesquisa, nos deparamos com uma altíssima participação de estudantes de Medicina e residentes em oposição à baixa participação de profissionais médicos em exercício. Essa diferença pode apontar uma dificuldade de acesso ao grupo profissional, tal como vivenciamos. Outra observação relevante é a de que as pesquisas quantitativas sobre acometimentos de adoecimento dos membros do meio médico são geralmente realizadas pelos próprios membros desse meio, como residentes, pós-graduandos em Medicina ou professores de área.

Alexandrina Meleiro (2000), médica, realizou um estudo sobre o profissional médico como paciente, entre 1994 e 1995 com pacientes internados no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor-HCFMUSP). A pesquisadora entrevistou advogados, engenheiros e médicos, e diz que:

Um **aspecto interessante**, durante todo o período da pesquisa, foi o fato de pacientes advogados e engenheiros poderem ser entrevistados sem qualquer interferência, naturalmente respeitando seu estado. Já com os pacientes-médicos, por diversas vezes fui impedida de falar, por serem **médicos**. Nessa circunstância, apresentava o documento de aprovação da Comissão Científica do INCOR. A chefia de enfermagem da ala não permitia. Procurava o médico responsável presente na ala para conseguir entrevistar o paciente-médico. Quando o colega responsável já me conhecia, a liberação era imediata. Outras vezes, eram necessários esclarecimentos de que se tratava de uma pesquisa, que nenhum procedimento seria realizado, e somente após uma longa exposição conseguia a permissão para entrar e falar com o paciente-médico. (Meleiro, 2000, p. 159, grifos originais).

Esse ideário de seletividade se conecta a um abrangente eixo que faz parte da história da prática médica, que se desenvolve culturalmente baseada em um esquema

representativo advindo da antiguidade greco-romana, fundida à tradição cristã. Conforme abordaremos neste texto, elementos da prática da Medicina atual a simbolizam similarmente ao o que ela era em seu início, uma prática de sacerdotes. O sacerdócio era, e é, dentro dos preceitos religiosos, entendido como dotação de habilidade de ser instrumento do ser divino superior, sendo tal lugar concedido apenas a homens. Essa forma de organização, que atingiu a ordem social, ao longo do tempo, nos trouxe diversas formas ontológicas dicotômicas que criaram e justificaram opressões pautadas em oposições⁵.

Quanto ao levantamento e análise de dados desta pesquisa, as entrevistas são a fonte primária dos resultados obtidos. O texto se compõe por extração de parcelas das falas dos informantes, selecionadas como as principais expressões demonstrativas para sustentar o arcabouço teórico escolhido. No capítulo seguinte, *Métodos*, explicamos com detalhes como os dados foram levantados, registrados e analisados.

O roteiro semiestruturado que inicialmente seria aplicado aos participantes da pesquisa demandou alterações e redução por conta das modificações do campo. A proposta da entrevista semiestruturada contava com perguntas-reservas, que estavam disponíveis em caso de necessidade – como estratégia de aproximação ou como possíveis dados a serem utilizados para a complementação da análise. A idealização da entrevista contava com etapas, seguindo o que Goldenberg (2004) orienta, primeiro contendo as perguntas que tinham menos probabilidade de serem recusadas, e posteriormente complexificando as perguntas para acessar dados sensíveis, considerando a abertura possibilitada pelos momentos anteriores, trazendo questões com foco nas experiências pessoais.

Para essa proposta de aplicação de entrevista semiestruturada, calculamos a necessidade de 40 minutos de entrevista, conforme constava no convite enviado aos participantes. Porém, todos os informantes sugeriram um tempo menor de participação, justificando o pedido devido às suas agendas. Como já enfrentávamos problemas em

⁵ A partir da ampla oposição entre bom e mau, múltiplas hierarquias sociais se conforma, como branco/negro, racional/irracional, civilizado/selvagem, homem/mulher e, em certa medida, saúde/doença e as categorias que abrangem os critérios normal/anormal. É importante considerar essas generalizações porque elas são o pano de fundo que conforma nossa sociedade. Configurações de patriarcalismo, que consideramos através da abordagem de Raewyn Connell, tem traços dessa mistura cristã e normativa, e é o pensamento decolonial pós-moderno um elemento de desvendamento e desconstrução desses antagonismos e suas valorações que colocam itens em posições de mando e outros em posições de obediência e opressão.

relação a isso, negociamos o tempo, o qual foi reduzido pela metade. Desse modo, as perguntas do roteiro semiestruturado foram reduzidas e as perguntas que foram efetivamente realizadas nas entrevistas estão citadas no capítulo *Métodos*.

Conforme mencionado, a referência das médicas que foram gestantes a expressarem essa experiência como uma experiência de ser paciente, abriu a possibilidade de ser pensada uma outra narrativa acerca da condição, afinal, essa perspectiva se distancia da condição patológica e necessidade de tratamento, como é tradicionalmente compreendido o lugar do paciente. Assim, a pergunta de pesquisa, que antes do contato com essas informantes, era voltada a entender os sentidos dados pelos profissionais médicos ao adoecimento de si, demandou um ajuste. As médicas, além de situar suas experiências de gestação na experiência de ser paciente, não conheciam o termo Síndrome de Esmeraldite.

Se foi possível analisar a dinâmica que se apresentava no levantamento de dados através do estudo do conceito de masculinidade hegemônica, a partir dos sentidos dados pelas médicas gestantes, foi preciso considerar outra relação entre os sentidos expressos pelos informantes e o gênero. A masculinidade hegemônica explica parte desses sentidos, porque Raewyn Connell, ao desenvolver esse conceito ao longo de seus trabalhos, evoca o caráter normativo que está na base da construção dos gêneros. Com isso, a autora se alinha com a crítica à inteligibilidade do sistema sexo, gênero, desejo e prática e coloca a heteronormatividade na base de sua lógica questionadora.

A partir da consideração da normatividade do gênero, a autora mostra o caráter muito mais idealizado do que concreto da masculinidade hegemônica, facilitando o entendimento de que essa prática social não é realizada só apenas por homens de masculinidade hegemônica e nem apenas por homens. Como a autora define, a masculinidade hegemônica não corresponde à forma de masculinidade que mais se repete nos comportamentos de homens, mas à idealização do que é ser homem. Esse ideário é influenciado pelas tantas produções que tentam estabelecer algo próximo a uma essencialidade de gênero, disseminando crenças sobre o que é ser um “homem de verdade”. Esse ideário se constrói em oposição àquilo que é categorizado como feminino.

Os dados desta pesquisa apontam que os médicos entrevistados conhecem o jargão Síndrome de Esmeraldite, ao passo que as médicas entrevistadas não. Evidenciam-se, assim, os reforços tanto da masculinidade hegemônica no meio médico quanto o da

performatividade de gênero. Este último conceito é explicado pela filósofa estadunidense Judith Butler e estará presente no texto em constante diálogo com o conceito de prática social da masculinidade hegemônica, explicada pela socióloga australiana Raewyn Connell.

Judith Butler, entre diversas explicações sobre o que é a performatividade de gênero, diz em um de seus livros:

Como em outros dramas sociais rituais, a ação do gênero requer uma performance repetida. Essa repetição é a um só tempo reencenação e nova experiência de um conjunto de significados já estabelecidos socialmente; e também é a forma mundana e ritualizada de sua legitimação. Embora existam corpos individuais que encenam essas significações estilizando-se em forma do gênero, essa “ação” é uma ação pública. Essas ações têm dimensões temporais e coletivas, e seu caráter público não deixa de ter consequências; na verdade a *performance* é realizada com o objetivo estratégico de manter o gênero em sua estrutura binária – um objetivo que não pode ser atribuído a um sujeito, devendo, ao invés disso, ser compreendido como fundador e consolidador do sujeito. (Butler, 2003, p. 200, grifo original).

A autora traz complexidades para a compreensão da ficcional coerência dos gêneros, que serão explicadas e retomadas durante este texto. Para concluir este subcapítulo sobre o percurso da pesquisa, apresentaremos, brevemente, o caminho teórico do conceito de masculinidade hegemônica. O conceito de hegemonia utilizado por Connell (2003) advém dos estudos marxistas de Antonio Gramsci, que compreendia a prática hegemônica como o consenso ideológico mobilizado por grupos políticos dirigentes, ocupantes das classes sociais mais altas. O autor demonstra que o domínio de uma classe sobre outra se alcança através de coerções cultural e intelectual das classes dominantes, que agem em prol da manutenção de seu controle influenciando ideias, valores e normas que resultam na aceitabilidade desse domínio.⁶ Posteriormente, esse conceito foi sendo reelaborado trazendo outros pesos, como posto por Laclau e Mouffe (Alves, 2010).

O que importa destacar sobre a compreensão de hegemonia para o entendimento do conceito de masculinidade hegemônica é que ações e pensamentos generificados não

⁶ Antonio Gramsci possui uma vasta e complexa obra. Por não ser um autor central para esta pesquisa, o aprofundamento em seus escritos não foi realizado. Portanto, o entendimento do conceito gramsciano, aqui, foi produzido pela leitura de partes de dois volumes dos “Cadernos do Cárcere”, traduzidos para o português, sendo eles: “Caderno 12 (1932): Apontamentos e notas dispersas para um grupo de ensaios sobre a história dos intelectuais”, presente no volume 2 intitulado “Os intelectuais. O princípio educativo. Jornalismo” e “Caderno 16 (1933 – 1934) e “Caderno 26 (1935)”, presentes no volume 4 intitulado “Temas de cultura. Ação Católica. Americanismo e fordismo”.

condizem apenas àqueles que se encaixam em determinado gênero. A forma de ser masculino que é hegemônica em nossa sociedade não afeta apenas os corpos que se identificam com tais marcas, mas afeta também outros gêneros e outras sexualidades. Essa perspectiva é destacada por Connell e Messerschmidt (2013), ao afirmarem que masculinidades são práticas realizadas na ação social, sendo, então, uma característica não essencialista, pois não é algo inerente aos homens e, ainda, são práticas e atos de corpos e identificações não apenas masculinas. Ademais, o próprio conceito de masculinidade hegemônica não é reificador, pois é uma construção histórico-social em constante transformação (Connell; Messerschmidt, 2013).

O conceito de masculinidade hegemônica emerge para explicar que apesar da diversidade de masculinidades existentes, nossa sociedade privilegia apenas um tipo. Contrapondo-se às explicações de papel social (masculino ou feminino), de grande relevância teórica, até então, o conceito foi desenvolvido a partir do artigo *Towards a new sociology of masculinity*, em 1985, escrito por Connell junto a Tim Carrigan e John Lee. No livro *Gender and Power*; Connell (1987) aprimora seu entendimento de que os desempenhos de gênero masculino são modelos ideais que não correspondem ao conceito de papel social e, no caso do desempenho da masculinidade hegemônica, nem corresponde à maioria dos homens. Posteriormente, no livro *Masculinities*, de 1995, a autora refina esse entendimento, afirmando que hegemonia não significa domínio cultural total que resulta em eliminação de alternativas, mas que significa o poder alcançado por um grupo, um estado de situação que orienta a estrutura de poder como prática e condição (Connell, 2003).

A masculinidade hegemônica não se [assume] normal num sentido estatístico; apenas uma minoria dos homens talvez a adote. Mas certamente ela é normativa. Ela incorpora a forma mais honrada de ser um homem, ela exige que todos os outros homens se posicionem em relação a ela e legitima ideologicamente a subordinação global das mulheres aos homens. (Connell; Messerschmidt, 2013, p. 245)

A sistematização do debate em *Masculinities* (Connell, 1995) resultou no que atualmente chamamos, nos estudos sociológicos, de teorias das masculinidades. Em 2005, junto a James Messerschmidt, Connell publica o artigo *Hegemonic masculinity: rethinking the concept* [Masculinidade hegemônica: repensando o conceito], em que revisa a abordagem anterior. Nesse movimento de construção de aprimoramento conceitual, que é constantemente realizado por pesquisadores, Connell (2013) reconhece que a noção de masculinidade hegemônica é mais complexa do que pôde descrever

anteriormente. A autora diz que havia abordado a masculinidade hegemônica como uma forma dominante e idealizada de masculinidade nas sociedades ou culturas, caracterizada por categorias de força física, agressividade, controle de emoções, virilidade, heterossexualidade e domínio sobre mulheres e demais formas de expressão masculina que não a hegemônica. Depois da revisão, a autora considera a flexibilidade das normas de masculinidade, mencionando que as experiências masculinas são diversas e variam de acordo com raça, classe e orientação sexual. A masculinidade hegemônica, portanto, não é uma prática social universal e nem fixa.

Esse viés interpretativo da masculinidade hegemônica emergiu durante os estudos bibliográficos que abordam a dificuldade do profissional médico em ocupar o lugar de paciente. Após a realização das entrevistas com os informantes da pesquisa e da análise baseada no arcabouço teórico dos estudos de gênero, foi possível acessar uma complexa estrutura das relações de gênero na profissão médica que tiveram sua compreensão sustentada, também, pelo viés interpretativo da performatividade de gênero. As considerações trazidas nesta pesquisa demonstram os aspectos de reforço dessa masculinidade e performatividade, mas demonstram simultaneamente tensionamentos dessas normatividades expressas no meio médico.

2. MÉTODOS

O método desta pesquisa é qualitativo, baseado em análise bibliográfica e aplicação de entrevistas guiadas por um roteiro semiestruturado.

O primeiro momento da pesquisa configurou-se pelo levantamento de textos que abordassem o termo “Síndrome de Esmeraldite” e pelo estudo de teorias sociológicas de gênero. Os levantamentos bibliográficos foram feitos em bases *online* de dados de artigos e pesquisas acadêmicas e leitura de livros físicos. O termo “Síndrome de Esmeraldite” não aparece nos buscadores das bases de artigos de pesquisas nacionais e internacionais utilizadas (Lilacs, PubMed, Scielo e Capes), seja em português ou com possíveis traduções em outras línguas.

Os materiais em que há registros sobre a Síndrome de Esmeraldite são poucos. As definições foram encontradas em artigos de opinião escritos por médicos em revistas científico-culturais da área médica (Techy, 2006; Skare 2007), em espaços virtuais (Gazeta de Alagoas, 2018; Diehl 2020), em entrevistas de médicos concedidas a pesquisadores (Gomes, 2010; Sens, 2006) e em espaços outros, como entrevistas (Ribeiro, 2003) e escritos de profissionais que trabalham com médicos (Pimentel; 2005). Como não há atenção acadêmica a esse termo, que não é discutido nesses materiais citados, para analisar seu significado e sua configuração foi preciso utilizar outros materiais. A busca por bibliografia que tangencia o que é a Síndrome de Esmeraldite levou à busca de estudos e pesquisas acerca dos motivos pelos quais existe essa dificuldade por parte dos médicos, de se entenderem como pacientes, o que resultou no encontro de uma ampla quantidade bibliográfica, que toma a formação da identidade do profissional médico como elemento central explicativo para essa dificuldade.

Com isso em mãos, percebemos que só essas explicações, que se baseiam em perspectivas estrutural-funcionalista e interacionista-simbólica, conforme abordamos no capítulo seguinte (*Discussões teóricas sobre o profissional médico*), não sustentavam as definições da Síndrome de Esmeraldite. Durante o desenvolvimento dessa compreensão,

encontramos dados que nos dizem sobre a formação profissional médica ser, ainda atualmente, de cunho androcêntrico. A junção dessas considerações nos levou a pressupor que a dificuldade dos médicos em se entenderem como paciente seria melhor analisada via perspectiva de gênero. Em busca por referências que sustentem diferenças de gênero nos modos de lidar com adoecimentos, encontramos dados sobre a dificuldade enfrentadas pelos homens em relação aos cuidados com sua própria saúde e demonstração de emoções.

Foi possível, então, entrelaçar a formação da “identidade médica” (conceito frequente nos estudos sobre a formação e a profissão médica) à dificuldade de lidar com o adoecimento enfrentada pelos profissionais médicos e às práticas generificadas de lidar com doenças, principalmente por meio do conceito de masculinidade hegemônica. O conceito que advém da teoria da socióloga Raewyn Connell é útil para discutir sobre as dificuldades dos médicos demonstrarem vulnerabilidade. Por ser compreendido como uma prática de gênero, o conceito foi ferramenta que possibilitou a reinterpretação das perspectivas explicativas sobre a identidade médica.

Conforme tratado ao longo do texto, a formação médica (Graduação e Residência) aponta reforços de tipos de masculinidade e da ordem binária de sexo e do gênero através de sutilezas, como em aulas de anatomia, livros médicos e posicionamento de professores e alunos. A escolha do aporte teórico proporcionado pelo conceito de masculinidade hegemônica resultou em entender o reforço da ordem de gênero que ocorre no meio médico, auxiliando a compreensão do distanciamento de signos de vulnerabilidade que configuram os modos de agir, sentir e pensar dos profissionais médicos.

Através dos estudos de gênero, entendemos que as práticas mais comuns de relação de poder entre os gêneros afetam os próprios profissionais da Medicina, suas identificações e seus corpos – no caso em que nos interessa analisar, através dos modos de lidar com os próprios adoecimentos e a condição de ser paciente. Assim, a desconsideração das questões de gênero, na bibliografia que justifica o descuido de si pelos profissionais médicos sob problemáticas de desempenho de função profissional, é uma lacuna compreensiva que nos esforçamos em analisar e cooperar para seu preenchimento.

Por que a questão de gênero é central nessa análise? Pela concordância com Connell (2016) que afirma: “nem uma revolução de classe e nem o fim da colonização encerram as injustiças de gênero” (Connell, 2016, p. 31), e com Chies (2010):

Se a subordinação da mulher ao homem é um ponto fixo na mentalidade de uma sociedade, independente de qual profissão que esses venham a se confrontar no campo do trabalho, de médicos a funcionários de limpeza, a mulher, por via de regra social, será menos valorizada nesse quadro, o que inevitavelmente indica que homens e mulheres não podem ter a mesma identidade mesmo que atuantes em uma mesma profissão (Chies, 2010, p. 510).

Embora a masculinidade hegemônica não trate da relação de gênero de modo binário, o uso dos termos masculino e feminino nesta pesquisa não se pauta no reforço dessa ideia, colocando os médicos na categoria binarizada e normativa cisheterossexual. O uso se dá em vista da compreensão de que há uma força que organiza a vida das pessoas no meio médico a depender das expressões de suas categorizações de gênero e que se explicita, por exemplo, pela concentração de homens e mulheres em especialidades com valorações generificadas. E são essas as categorias majoritariamente encontradas nas descrições de outros campos de pesquisadores que se dedicam à identidade médica.

Segundo Maria Cecília Minayo (2014), reconhecida pesquisadora de métodos científicos, “o trabalho de campo constitui-se numa etapa essencial da pesquisa qualitativa, que a rigor não poderia ser pensada sem ele” (Minayo, 2014, p. 202), e o nosso campo se deu pela recolha de entrevistas com profissionais médicos através de amostragem não probabilística intencional. Conforme Marina Marconi e Eva Maria Lakatos (2002), “amostra é uma porção ou parcela, convenientemente selecionada do universo (população); é um subconjunto do universo” (Marconi; Lakatos, 2002, p. 41); e a amostra não probabilista intencional é o tipo de seleção indicado ao “pesquisador [que] está interessado na opinião (ação, intenção etc.) de determinados elementos da população, mas não representativos dela” (Marconi; Lakatos, 2002, p. 52). Os autores dão um exemplo elucidativo que nos serve para explicar a aplicabilidade dessa técnica:

Seria, por exemplo, o caso de se desejar saber como pensam os líderes de opinião de determinada comunidade. O pesquisador não se dirige, portanto, à “massa”, isto é, a elementos representativos da população em geral, mas àqueles que, segundo seu entender, pela função desempenhada, cargo ocupado, prestígio social, exercem as funções de líderes de opinião na comunidade. Pressupõe que estas pessoas, por palavras, atos ou atuações, têm a propriedade de influenciar a opinião dos demais (Marconi; Lakatos, 2002, p. 52).

Essa técnica aplicada à pesquisa expressa-se pela participação de profissionais médicos já atuantes no exercício profissional, pois apresentam um potencial de representar discursos sobre a experiência médica, que possibilitam alcançar, em certa medida, um padrão sociológico. O objeto de estudo desta tese trouxe a essencialidade de ouvir informantes e o segundo momento da pesquisa foi a realização de entrevista semiestruturada. Esse instrumento foi escolhido por ser suficiente tanto pela possibilidade de aprofundamento de questões quanto pela oferta de um espaço privativo para que os informantes pudessem abordar uma temática sensível às suas existências.

Escutar os profissionais em um contexto que refletiram sobre si mesmos na posição de pacientes, ou sobre médicos e médicas nessa posição, foi central para analisar os sentidos dados ao lugar de vulnerabilidade que lhes é estruturalmente estranho, de acordo com o desempenho profissional. As entrevistas e a posterior análise dos dados levantados permitiram o acesso não apenas a relatos individuais ou percepções criadas pelo próprio meio médico, como também aos modos normativos de percepção e representação do corpo do profissional médico em situação de fragilidade.

Marconi e Lakatos (2002) atentam ao modo correto de uso dos dados levantados pela técnica de amostragem intencional:

Uma vez aceitas as limitações da técnica, a principal das quais é a impossibilidade de generalização dos resultados do inquérito à população, ela tem a sua validade dentro de um contexto específico (Marconi; Lakatos, 2002, p. 52).

Com isso, ressaltamos que a análise realizada nesta pesquisa visa dialogar com uma estrutura simbólica mais ampla, dada pela formação da identidade médica e as práticas de gênero, através das expressões obtidas pelas falas dos informantes, que vivenciam as relações sociais as quais nos importa investigar.

A impossibilidade de generalização estatística dos dados não constitui uma limitação epistemológica, já que o resultado dessa pesquisa levou a identificar regularidades discursivas, normativas e simbólicas que organizam os sentidos atribuídos à experiência de adoecimento quando o médico ocupa a posição de epaciente. Trata-se, portanto, de aproximar os dados obtidos de uma generalização analítica, devida a importância da análise da recorrência de sentidos, argumentos e justificativas que permitam compreender modos de subjetivação inscritos no interior

do campo médico.

Como mencionado anteriormente, em *Percursos da pesquisa*, o acesso aos informantes foi possibilitado através de uma rede social, o *Instagram*. A plataforma foi utilizada tanto para localizar perfis de potenciais informantes quanto para estabelecer um primeiro contato. Assim, os participantes da pesquisa foram convidados via *chat*, o que permite contato direto com o usuário que é dono do perfil da rede social. Para selecionar os participantes, buscamos por profissionais médicos que utilizam os termos “doutor” ou “doutora” antes de seus nomes de usuário.

O uso desses termos para se referir à profissão médica está ligado ao prestígio social da profissão. Vargas (2010; 2010a), que realiza pesquisas sobre a construção social do *status* de distinção dos cursos superiores e o acesso a diferentes profissões, no Brasil, esclarece que o título de “doutor” é objeto de desejo e reverência porque “conjuga vários elementos de distinção, calcados seja em nossa constituição histórica, seja em nossa estrutura de salários conexa à questão da mobilidade social, seja em aspectos particulares de nossa estrutura social” (Vargas, 2010a, s.p.).

Em nosso país, o título de doutor é concedido legalmente àqueles que concluem o doutorado, em qualquer área, após defesa pública da tese e aprovação por banca examinadora, formada por doutores, de acordo com a legislação vigente. Porém, o uso do termo e a sua denominação se estende por profissões e camadas sociais para se referir a médicos e advogados, tanto institucionalmente quanto nas interações cotidianas. A informalidade do uso do título para essas profissões é uma forma de reconhecimento de seus poderes simbólicos e busca de uma marca de autoimagem profissional estruturada pela legitimação social dessas profissões. Ao denominar-se “doutor” ou “doutora” na apresentação pública do perfil do *Instagram*, consideramos que o usuário aja de modo a buscar marcar socialmente tanto a inserção desejada quanto o investimento subjetivo dispensado para a ocupação de um lugar social de autoridade, prestígio e reconhecimento.

O título de “Doutor” que o médico recebe passa a ser, frequentemente, mais do que um pronome de tratamento, um pré nome pelo qual o indivíduo passa a se apresentar e ser chamado, evidenciando a sobreposição de sua identidade pessoal pela profissional, ou, representativa da ordem médica (Almeida, 2009, p. 122).

Através dessa identificação foi possível agrupar os informantes de maneira coerente com os objetivos da pesquisa. Apesar das diferentes origens e da ausência de

vínculo prévio entre os convidados para a pesquisa, todos compartilham um mesmo marcador: ser profissional médico. O fato de se inscreverem em um sistema de referências comum, tornou possível pensar sobre o grupo participante da pesquisa tanto através dos dados levantados nas entrevistas quanto baseada em um entendimento abstrato sobre a socialização desses indivíduos.

O entendimento abstrato ao qual nos referimos não deve ser confundido com uma generalização, trata-se de um recurso intelectual para argumentar que o local para empiria e especificidades não foram pertinentes para o resultado da pesquisa, pois o objeto (gênero nos sentidos de ser paciente construídos por profissionais médicos) é mais amplo que tais limitações. O argumento do compartilhamento de signos é possível porque

as práticas profissionais da medicina produzem um sistema de representações profissionais dotado de um grau tão elevado de universalização normativa e axiológica e de um tal poder estrutural que podemos perceber, nas sociedades modernas, semelhanças estruturais entre os sistemas de representações profissionais provenientes de organizações profissionais médicas diferentes (Perrusi, 2003, p. 15).

O que queremos esclarecer aqui é que, apesar de qualificar os participantes da pesquisa em relação à idade, tempo de atuação profissional, locais de trabalho (se instituição pública ou privada), gênero e cor de pele, não cruzamos esses dados para compor a análise. Isso não significa anulação de contextos e do debate sobre a socialização, mas direcionamento para o interesse dessa pesquisa, uma vez que nos dedicamos a abordar os sentidos de ser médico e tornar-se paciente, a partir de padrões discursivos e posicionamentos simbólicos recorrentes para esse grupo. Para a composição do material discursivo que sustenta nossa análise, informamos a descrição do gênero de cada participante. Como os informantes foram homens cisgênero e mulheres cisgênero, todos heterossexuais e marcados por “doutor” e “doutora” em suas identificações e falas, convergindo ao “masculino” e “feminino”, assim manteremos os usos dos termos para definir os participantes da pesquisa.

Manuais clássicos sobre como fazer pesquisa dão o tom de definição da técnica escolhida para a coleta de dados. Utilizamos a entrevista semiestruturada para abordar a temática com os informantes. Segundo Antonio Chizzotti (2006), entre todas as técnicas de interrogação, a entrevista é a que apresenta maior flexibilidade porque pode assumir as mais diversas formas. A entrevista “*parcialmente estruturada*, quando é guiada por relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo de seu curso”

(Chizzotti, 2006, p. 58, grifo original) apresenta duas etapas fundamentais: a especificação dos dados que se pretendem obter e a escolha e formulação das perguntas que devem resultar em “estabelecer as relações possíveis entre as múltiplas variáveis que interferem no problema” (Chizzotti, 2006, p. 64).

Desse modo, o controle da amplitude dos assuntos a serem abordados em uma entrevista semiestruturada cabe à sensibilidade de quem pesquisa em permitir que as respostas dos participantes determinem o fluxo e a ordem de prioridades dos temas das questões. Considerando que todos os termos ditos são “carregados de significação, por meio dos quais a realidade é pensada” (Minayo, 2014, p. 178), o roteiro utilizado para a realização das entrevistas semiestruturadas buscou conter perguntas que visam tanto percepções abrangentes quanto específicas dos informantes sobre a temática. Assim, as questões variam entre perguntas sobre abstração de assuntos e relatos de experiência pessoal, de modo que essas questões foram utilizadas de forma flexível a depender do conforto expressado por cada informante.

Segundo Mirian Goldenberg (2004), um dos principais problemas das entrevistas é “detectar o grau de veracidade dos depoimentos” (Goldenberg, 2004, p. 68). O que a autora quer dizer não é que o informante apresenta inverdades e cabe ao pesquisador investigar o que é falso ou não, mas sim que esse instrumento permite ao pesquisador alcançar aquilo que o indivíduo (informante) “deseja revelar, o que deseja ocultar e a imagem que quer projetar de si mesmo e de outros” (Goldenberg, 2004, p. 68). Em uma pesquisa social e qualitativa como esta, esses desejos são de suma importância e para que eles sejam refletidos nos resultados da pesquisa, a análise dos dados escolhida foi a análise do discurso, o qual abordamos adiante, neste mesmo capítulo.

Como estratégia para minimizar o desconforto dos informantes e, também, a possibilidade de ocorrer desistência de participação, guiamo-nos pela orientação de Goldenberg (2004), segundo a qual: “é sempre útil começar com perguntas mais fáceis e não ir longe demais no início” (Goldenberg, 2004, p. 90). E, ainda, para a garantia do rigor metodológico, quanto ao roteiro de pesquisa, orientamo-nos por Minayo (2014), que considera esse instrumento provocativo, uma vez que deve levar o entrevistado a narrar vivências para que aquele que pesquisa possa avaliar as falas e interpretá-las a partir da visão teórica em que se sustenta. Considerando que a pesquisa potencialmente traria relatos de experiências pessoais do informante, a aproximação e solicitação de

compartilhamento dessas experiências buscou, dentro de todas as alterações e limitações impostas no percurso da pesquisa e acesso aos informantes, ser realizada por etapas.

Conforme mencionado, foi preciso elaborar perguntas mais diretas aos informantes, por conta do tempo cedido para as entrevistas. Assim, as perguntas do roteiro semiestruturado elaborado inicialmente foram reduzidas. O que efetivamente se pôs como levantamento de dados da pesquisa foram: perguntas iniciais, com objetivo tanto de qualificar os informantes quanto produzir certa aproximação deles. Após esse momento, fizemos perguntas que definimos como “primeiro bloco”. As perguntas dessa etapa tiveram como objetivo acessar o conhecimento dos informantes sobre o jargão Síndrome de Esmeraldite e suas definições, a fim de compreender sua circulação no meio médico. Desse modo, esse bloco comportou as perguntas: Você conhece o termo Síndrome de Esmeraldite? O que é a Síndrome de Esmeraldite? Você conhece algum termo correlato?

Após a coleta desses dados específicos sobre o termo Síndrome de Esmeraldite, a fim de acessar definições que os informantes dão aos sentidos de ser paciente enquanto profissional médico, fizemos as perguntas que denominamos “segundo bloco”. As perguntas, com objetivo de acessar percepções individuais ou abstratas sobre seus pares, foram acompanhadas de solicitação de compartilhamento dos relatos, caso as respostas fossem afirmativas. As questões são: Você já foi paciente após o início do exercício médico? Você já acompanhou algum profissional médico em tratamento? Como você acha que profissionais médicos lidam com o próprio adoecimento ou condição de ser paciente?

O terceiro bloco de perguntas tem como objetivo compreender a definição do que é ser paciente para cada um dos informantes. Como o interesse da pesquisa foi sobre as compreensões acerca do viés de gênero, esse bloco contou com perguntas que permitiram acessar os sentidos generificados que os informantes dão às suas próprias práticas profissionais quanto às percepções sobre modos diferentes de lidar com a condição de ser paciente, a depender do gênero. Assim, a primeira pergunta desse bloco foi: O que é ser paciente para você? E a segunda pergunta foi: A depender do gênero, a prática profissional e o modo de se entender como paciente-médico são alteradas?

Como todo instrumento de pesquisa, a entrevista apresenta algumas limitações, e de acordo com uma lista de limitações elaborada por Marconi e Lakatos (2002), encontramos duas que impactam diretamente o método aqui adotado: “disposição do

entrevistado em dar as informações necessárias” e “retenção de alguns dados importantes, receando que sua identidade seja revelada” (Marconi; Lakatos, 2002, p. 95).

Sobre a primeira limitação foi necessário manejo do tempo concedido pelos informantes para participarem da pesquisa. Apesar da quantidade de perguntas iniciais, reservas ou chaves, elaboradas para a entrevista, foram poucas as realizadas, devido ao tempo concedido por cada informante. No convite da pesquisa, constava a reserva de 40 minutos para a participação, porém, o tempo médio das entrevistas foi metade desse tempo solicitado, a pedido dos próprios participantes. Sobre a segunda limitação, apesar do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) enviado aos participantes, antes da entrevista, informando-os sobre o anonimato, direito de desistência e gravação do áudio da nossa interação, quatro informantes solicitaram-me, ao final da entrevista, que fosse ocultado a informação sobre a cidade na qual eles atuavam.

Apesar do número de informantes, foram muitos dados levantados e pouco tempo para analisá-los e organizá-los devida a demora de acesso ao campo. Porém, a abordagem qualitativa não se ancora em grande representatividade amostral, mas sim em acesso à multiplicidade de significados. Foram realizadas sete entrevistas semiestruturadas durante o período entre dezembro de 2024 e março de 2025. Ocorreram por videochamadas através da plataforma *Zoom* e tiveram duração média de 20 minutos cada. Após o consentimento verbal do participante, a entrevista foi gravada. A plataforma *Zoom* permite que sejam separados o áudio do vídeo, e a partir do documento de gravação de cada áudio as entrevistas foram desidentificadas e transcritas na íntegra pelo comando de transcrição de áudio do *Word*, com acompanhamento da pesquisadora para correções de palavras. Os documentos de cada gravação foram categorizados em ordem alfabética e utilizando a identificação abreviada de “Doutor” ou “Doutora”, de modo que nossos informantes são: Dr. A, Dr. B, Dr. C, Dra. D, Dra. E, Dra. F e Dr. G.

O áudio das entrevistas foi gravado e posteriormente transcrito com auxílio da ferramenta de transcrição automática do *Microsoft Word*. Assim que transcritas as entrevistas, os áudios foram deletados dos arquivos do computador da pesquisadora. Para proteger a privacidade dos informantes, suas informações de contato e nossas interações anteriores à entrevista também foram deletadas após cada gravação, em prol de as respostas serem confidenciais e a participação anonimizada. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi enviado a cada participante para leitura e concordância

com o uso dos dados fornecidos. O aval foi dado, também, de modo verbal e gravado antes do início de cada entrevista. A pesquisa atendeu às recomendações de critérios éticos da pesquisa com seres humanos, sob autorização registrada na Plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE 596937.22.0.0000.5504.

A abordagem qualitativa foi escolhida por ser método que permite o alcance de entendimento de relações, representações, crenças, percepções e opiniões do grupo estudado. Para isso, o processo analítico da investigação de campo consistiu na técnica da análise de discurso (Orlandi, 2000), que é indicada quando se busca os significados por trás do que é dito.

Como explicado por Eni Orlandi (2000), responsável pelo desenvolvimento e disseminação dessa Análise do Discurso de vertente francesa no Brasil, atualmente denominada de Análise materialista do Discurso, é possível que a análise de partes de falas (discursos) nos tragam a avaliação de um todo. Entende-se, por isso, que a linguagem não é formalmente hermética, mas que é influenciada pela exterioridade: a linguagem é prática e flui através de atribuições de valores do campo simbólico.

A análise do discurso, então, que permite ao analista incorporar as condições históricas e ideológicas nas quais o discurso foi realizado em suas interpretações e construções de sentido, faz-se válida para o alcance dos resultados da proposta de pesquisa. Essa perspectiva analítica considera o sujeito falante cindido por discursos e qualquer enunciação advinda de processos históricos, sociais e culturais. Se o discurso pressupõe questões referentes aos aspectos sociais, políticos, históricos e ideológicos de quem o emite, estudá-lo e analisá-lo é compreender relações de poder. Michel Foucault (2008) auxilia-nos a pensar sobre a aplicabilidade dessa técnica, que convém

[...] não mais tratar os discursos como conjuntos de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse mais que os torna irreduzíveis à língua e ao ato da fala. É esse "mais" que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever (Foucault, 2008, p. 55)

Ou seja, a linguagem não é compreendida como instrumento neutro de comunicação, mas como espaço de constituição de sentidos e sujeitos. A atenção às falas dos informantes da pesquisa aqui se encaixa.

Segundo Orlandi (1987),

o funcionamento discursivo [...] é a atividade estruturante de um discurso determinado, por um falante determinado, para um interlocutor determinado, com finalidades específicas. Em um discurso, então, não só se representam os interlocutores, mas também a relação que eles mantêm com a formação ideológica. E isto está marcado *no e pelo* funcionamento discursivo (Orlandi, 1987 p. 125)

Extraímos das explicações dessa autora que analisar um discurso significa ter como objeto a ser analisado o conjunto de ideias expressas em uma comunicação textual ou verbal. No caso desta pesquisa, baseada em entrevistas semiestruturadas, a análise do discurso valida-se pela fala e é escolhida como método analítico porque permite ao pesquisador refletir sobre o *locus* do falante, que quando fala expressa e explicita sua identidade pessoal e social.

Annemarie Mol (2018), filósofa e etnógrafa holandesa, em uma entrevista, nos diz que “a arte, para um acadêmico, é não ficar preso a conceitos, mas pensar enquanto adaptamos as ferramentas com que pensamos para enfrentar os problemas em questão” (Martin; Spink; Pereira, 2018, p. 304). Assim, além dos usos teóricos contidos nesta pesquisa para explicar esta análise dos dados, os trechos das falas que foram selecionados para compor esse texto representam uma parcela dos diálogos obtidos. Diante da enorme quantidade de dados que uma pesquisa qualitativa produz, cabe ao pesquisador escolher quais são os principais a serem sistematizados e expostos na lógica textual.

Antes de encerrar esse capítulo sobre os métodos utilizados nesta pesquisa, é importante dizer que embora as orientações sexuais e identidades de gênero que existem não sejam reduzidas a duas categorias, os participantes de nossa pesquisa definiram-se através de categorias binárias: homens cisgênero e heterossexuais e mulheres cisgênero e heterossexuais. Por isso, há a adoção de interpretação com nuances comparativas entre as experiências de ser paciente quando homem e quando mulher. Essa identificação é resultado de um processo regulado socialmente e, nesta pesquisa, o utilizamos para marcar considerações sobre práticas e subjetividades dos profissionais médicos.

Não foram encontrados vieses que alteraram qualitativamente as análises e a conclusão dessa pesquisa. Em contrapartida, as limitações e desafios foram a dificuldade de acesso ao campo para a coleta de dados e o prazo para a análise dos dados levantados.

3. DISCUSSÕES TEÓRICAS SOBRE O PROFISSIONAL MÉDICO

Para discutir sobre o objeto da pesquisa, a Síndrome de Esmeraldite, precisamos dialogar com algumas questões já bem estudadas sobre o meio médico: o papel social do médico e a formação da identidade médica. Essas questões são centrais nos estudos de Sociologia Médica e, especificamente, nas pesquisas sobre o médico como paciente. Portanto, neste Capítulo apresentamos discussões sobre a identidade médica e consideramos outra possibilidade interpretativa, mais atualizada para o debate.⁷ Tratar a problemática sobre a identidade médica nos dará base para compreender o que posteriormente discutiremos, considerando a bibliografia consultada e os dados levantados nesta pesquisa.

Como veremos no capítulo *Síndrome de Esmeraldite*, há recentes pesquisas que ao considerarem causas e consequências da dificuldade dos profissionais médicos, em serem pacientes, compartilham a observação de que médicos enfermos escondem sintomas e adoecimentos porque entendem que assumir o *locus* de paciente descaracteriza o “papel do médico”. Embora a noção de uma identidade plenamente unificada não seja possível no quadro da pós-modernidade (Hall, 2019), conforme abordamos adiante, a identidade médica é concebida proximamente ao desempenho de papel social do médico, que o condiciona a um *locus* fixo. As questões relacionadas à identidade médica e papel social do médico, portanto, fazem parte das explicações que tomamos como ponto de partida para construir a discussão posta nesta tese.

A identidade é elemento marcante nos trabalhos investigativos sobre a profissão médica e sua formação, educação, prática e o modo de lidar com o paciente. Discussões acerca da identidade profissional do médico são frequentes, por exemplo, em estudos sobre Educação Médica, entendida como o elemento responsável por fazer o indivíduo

⁷ Embora a discussão sobre identidade mobilize um arcabouço teórico que não é nosso foco, a necessidade de abordar o conceito de identidade se dá porque as definições de identidade médica são muito presentes nos trabalhos acadêmicos que versam sobre a socialização e a profissão médica. Como lido com discussões sobre o *locus* do médico e do paciente, não posso desconsiderar o debate sobre a identidade médica.

“pensar, agir e se sentir médico” (Fernandes; Taquette; Souza, 2023, p. 2). Tais concepções apresentam um longo desenvolvimento intelectual, marcado por alguns autores que concluíram importantes pesquisas, usadas até atualmente, como veremos brevemente a seguir.

Historicamente, o conceito de formação da identidade médica corresponde a diferentes tempos históricos e locais, sendo as primeiras abordagens advindas de pesquisadores dos Estados Unidos entre 1950 e 1960, que iniciaram caminhos metodológicos para que se pudesse estudar sociológica, antropológica e politicamente os espaços de convívio médico. Autores como Howard Becker, Anselm Strauss, Geer Blanche, Everett Hughes (1961) e Samuel Bloom (1963), através das pesquisas qualitativas da Escola sociológica de Chicago, importaram-se em analisar a formação médica, abrindo caminho para o denominado campo de estudos sobre a Educação Médica.

Nesse período, criaram-se as raízes sobre o entendimento da socialização profissional desse grupo, sendo nomes marcantes Talcott Parsons, Everett Hughes, Robert Merton e Elliot Freidson, que auxiliaram a construir a chamada Sociologia da Medicina, que foi baseada na sociologia americana das profissões, desenvolvida a partir da década de 1930 (Jaisson, 2018). As elaborações desses autores têm forte influência nas análises sobre a dificuldade do profissional médico aceitar estar “do outro lado” da relação médico-paciente. Como abordamos adiante, a literatura que consideramos como base para discutir o que é a Síndrome de Esmeraldite, advém de análises que afirmam diversos fatores e uma mesma conclusão: o profissional médico recusa se distanciar do que considera seu papel e sua identidade. Apresentamos a seguir, algumas das elaborações do conjunto de autores citados, que nos interessa entender para que possamos discutir sobre a Síndrome de Esmeraldite e a análise de dados que realizamos nesta pesquisa.

Talcott Parsons buscou explicar um complexo modelo funcionalista da sociedade, no qual os sistemas sociais são interligados. Quanto à Medicina, Parsons (1951) analisou sua função através do papel social do doente (*sick role*). Para ele, ser doente é ser desviante, pois pessoas doentes não conseguem cumprir seus papéis sociais de acordo com a norma consensual da sociedade. Se muitas pessoas reivindicam o papel de doente, a sociedade torna-se disfuncional e por isso a entrada no “papel doente” precisa ser regulada. Essa regulação é função do médico.

Para que alguém desempenhe legitimamente o papel de doente, segundo Parsons (1951), as expectativas devem ser atendidas e seguir as ordens do médico é fundamental. Se o doente não o fizer, perde a legitimidade de desempenhar o papel de doente. Conforme o autor coloca: “em vez de uma ilegitimidade quase absoluta, o papel do doente envolve uma legitimidade relativa, desde que haja um ‘acordo’ implícito de ‘pagar o preço’ ao aceitar certas deficiências e a obrigação de melhorar” (Parsons, 1951, p. 312, tradução nossa)⁸. Essas considerações põem a necessidade de hierarquia entre médico e paciente para que a funcionalidade da sociedade seja mantida.

Apesar das críticas ao raciocínio de Parsons sobre profissões serem mais uma abordagem normativa do que uma demonstração sociológica dessas práticas (Jaisson, 2018), dada sua base de perspectiva estrutural-funcionalista, seu pensamento sociológico na Sociologia médica é marcante (Nunes, 2003). Continuando essa perspectiva, Robert Merton, “concebeu e coordenou uma das mais expressivas pesquisas sobre a escola médica, vista como a instituição ‘socializadora’ da profissão” (Nunes, 2007, p. 163). Ao buscar compreender como indivíduos internalizam normas, valores e papéis sociais, analisou a formação médica em conjunto com George Reader e Patricia Kendall, em um trabalho publicado em 1957. Esses autores colocam que a função das escolas médicas é:

transmitir a cultura da medicina e promovê-la. É sua tarefa moldar o novato para que se torne um profissional eficaz da medicina, fornecer-lhe o melhor conhecimento e as melhores habilidades disponíveis e fornecer-lhe uma identidade profissional para que ele pense, aja e sinta como um médico. É seu problema permitir que o médico corresponda às expectativas do papel profissional muito depois de ter deixado o ambiente de valores sustentador fornecido pela escola médica (Merton; Reader; Kendall, 2004, p. 7, tradução nossa).⁹

Essa análise diverge das considerações de Parsons (1951) sobre o papel social do médico porque promove uma “investigação psicológica e sociológica das escolas

⁸ “Instead of an almost absolute illegitimacy, the sick role involves a relative legitimacy, that is so long as there is an implied “agreement” to “pay the price” in accepting certain disabilities and the obligation to get well” (Parsons, 1951, p. 312).

⁹ “the medical schools find their place. It is their function to transmit the culture of medicine and to advance that culture. It is their task to shape the novice into the effective practitioner of medicine, to give him the best available knowledge and skills, and to provide him with a professional identity so that he comes to think, act, and feel like a physician. It is their problem to enable the medical man to live up to the expectations of the professional role long after he has left the sustaining value-environment provided by the medical school” (Merton; Reader; Kendall, 2004, p. 7).

médicas” (Merton; Reader; Kendall, 2004, p. 7, tradução nossa)¹⁰ para compreender como a internalização do papel social desse profissional se dá. Ademais, preocupam-se em dizer sobre conflitos de papel entre expectativas idealizadas e a vivência do estudante de Medicina, e como analisa Santos (2011), em um artigo sobre abordagens sociológicas sobre as profissões, Robert Merton diz sobre o quanto o aperfeiçoamento do profissional médico “numa longa formação, segue paralelamente a uma segregação social dos não vocacionados” (Santos, 2011, p. 28). Santos (2011) facilita-nos o entendimento que Robert Merton nos traz sobre distinção entre médicos e não-médicos:

Se a formação profissional permite a socialização também como forma de se distinguir dos não profissionais, daqueles que não enfrentaram o longo e difícil percurso da formação. dos futuros profissionais nos valores de serviço à sociedade, uma vez com o diploma na mão, os agora profissionais o utilizariam também como forma de se distinguir dos não profissionais, daqueles que não enfrentaram o longo e difícil percurso da formação (Santos, 2011, p. 28).

Merton, Reader e Kendall (2004) falam, também, sobre noções do que é ser um bom médico (*good doctor*), que ainda reverberam nas noções atuais. Os autores nos dizem que a primeira parte da formação médica se dá com pouco contato com pacientes e experiências reais e quando esse contato aumenta gera-se frustração porque o aluno presume que “um bom médico deveria ser capaz de chegar a um ‘diagnóstico definitivo’ e desenvolver um plano de tratamento bem-sucedido para a maioria dos casos com os quais lida” (Merton; Reader; Kendall, 2004, p. 231, tradução nossa)¹¹.

Everett Hughes, em um artigo publicado em 1956, traz reflexões sobre como alguém se torna médico não apenas pela técnica, mas pelo mergulho em uma cultura médica (*medical culture*). O autor escreve:

A cultura médica vai muito além dessas abordagens [de habilidades técnicas e de conhecimento]. Por um lado, uma abordagem sobre saúde pode carregar implicações sobre as relações dos médicos entre si, sobre os graus de cooperação necessários e/ou desejáveis entre eles. Por outro, pela própria natureza do seu trabalho, os médicos não se abstém de ter opiniões sobre as relações dos médicos com os pacientes, com o público e com as muitas outras ocupações, empresas e instituições

¹⁰ O trecho completo originalmente em inglês é: “this is the context within which psychological and sociological inquiry into medical schools can identify the extent to which this comes about and the ways in which it comes about” (Merton; Reader; Kendall, 2004, p. 7).

¹¹ O trecho completo originalmente em inglês é: “a good doctor ought to be able to arrive at a ‘definitive diagnosis’ and to evolve a successful plan of treatment for most of the cases with which he deals” (Merton; Reader; Kendall, 2004, p. 231).

envolvidas em atividades de saúde. Profissionais e leigos podem aceitar as mesmas suposições sobre a natureza da doença e seu tratamento, mas divergir fortemente sobre as relações adequadas das várias partes envolvidas. De fato, tanto entre os leigos quanto entre os profissionais, existem diferenças em muitos desses pontos, que podem ou não estar relacionadas a especialidades, diferenças de origem social, étnica ou regional e assim por diante (Hughes, 1957, p. 21-22, tradução nossa).¹²

O mesmo autor, em estudo conjunto com Howard Becker, Anselm Strauss, Geer Blanche, Everett Hughes, publicado em 1961, analisa como os estudantes de Medicina desenvolvem sua identidade profissional ao longo da formação, sob o processo de socialização que os transforma de leigos em médicos competentes. Os autores abordam estereótipos dos estudantes de Medicina e mencionam o quanto as expectativas sobre ser médico é arraigada no próprio imaginário social. Eles esclarecem que:

Com os dados das entrevistas apoiando o trabalho de campo, concluímos que os calouros ingressam na faculdade de medicina cheios de entusiasmo, orgulho e idealismo em relação à profissão médica. Para muitos, é a realização de um sonho, um dia que esperam desde a infância. Eles trabalharam duro para entrar, têm orgulho de terem sido aceitos e acham difícil se imaginarem em outra coisa que não sejam futuros profissionais (Becker *et al.*, 1961, p.79, tradução nossa).¹³

É possível perceber as considerações do interacionismo simbólico nas abordagens da formação identitária médica trazidas por Everett Hughes, já que há consideração das dinâmicas culturais e sociais que dão forma ao profissional. Dentro dessa perspectiva e para além do meio educacional médico, Elliot Freidson, em trabalho publicado em 1970, relacionou a moldagem da identidade dos médicos com a autonomia profissional, o controle do conhecimento e a busca pela manutenção do *status* conferido à profissão.

Como nos elucida Santos (2011): “Freidson trabalha com identidades profissionais, não no sentido de identidades coletivas, mas discutindo as diferenças

¹² Medical culture goes far beyond these approaches. For one thing, an approach to health may carry implications about the relations of physicians to each other, about the degrees of cooperation necessary and/or desirable among them. For another, from the very nature of their work, physicians can not refrain from having opinions about the relations of physicians to patients, to the public, and to the many other occupations, enterprises, and institutions involved in health activities. Professionals and laymen might accept the same assumptions about the nature of disease and its treatment, yet differ strongly on the proper relations of the various parties involved. Indeed, among both laity and the profession there are differences on many of these points which may or may not be related to specialties, differences in social, ethnic, or regional background and so on (Hughes, 1957, p. 21-22).

¹³ With data from the interviews thus supporting the field work, we include that freshmen enter medical school full of enthusiasm, pride, and idealism about the medical profession. For many it is the realization of a dream, a day they have been looking forward to since childhood. They have worked hard to get in, are proud to have been accepted, and find it difficult to imagine themselves anything else but future practitioners (Becker *et al.*, 1961).

intraprofissionais” (Santos, 2011, p. 30) não considerando o poder como um problema, mas sim como disputas que surgem em como decorrência do conhecimento que a profissão acumula. Para Elliot Freidson, “os excluídos de um grupo profissional são aqueles que não tiveram competência para entrar ou se manter no grupo” (Santos, 2011, p. 30), e embora estejam em vertentes diferentes, essa afirmação se aproxima dos aspectos de distinção que moldam a identidade médica trazida por Merton, Reader e Kendall (2004).

Freidson (1970) faz críticas à abordagem funcionalista de Parsons (1951). Ele afirma que tanto médicos quanto pacientes não se restringem a papéis prescritos, pois as relações médico-paciente apresentam variações consideráveis de um paciente para outro. Ademais, para Freidson (1970), não basta que o paciente corresponda às expectativas legitimadas por um médico porque outras pessoas ao redor do paciente precisam ser convencidas, também, de que o indivíduo realmente está doente. Essa definição considera outras esferas de convívio do indivíduo e torna a definição social de doença ampliada e distribuída e não exclusiva do médico, como Parsons (1951) colocou.

Ainda, Freidson (1970) considera que a análise funcionalista ignora os interesses que estruturam a profissão médica. Como grupo profissional, os médicos visam definir monopólios de prática, restringir a concorrência e reforçar seu controle sobre outros saberes. Freidson (1970) escreve:

acredito que a expertise corre cada vez mais o risco de ser usada como máscara para privilégio e poder, em vez de, como alega, como um modo de promover o interesse público. Ela pode ser usada para ocultar mais privilégios, principalmente porque geralmente é tratada globalmente, em vez de analiticamente, obscurecida e mistificada pela aura da ciência moderna e pela ideologia da ética. Afirmando que o especialista que se tornou um profissional, como o defini, é especialmente propenso a ter obtido mais influência nos assuntos públicos do que sua expertise real sugere. (Freidson, 1970, p. 337, tradução nossa).¹⁴

¹⁴ I believe that expertise is more and more in danger of being used as a mask for privilege and power rather than, as it claims, as a mode of advancing the public interest. It can be used to conceal more privilege primarily because it is usually treated globally rather than analytically, obscured and mystified by the aura of modern science and the ideology of ethicality. It is my contention that the expert who has become a professional as I have defined it is especially prone to have obtained more influence on public affairs than his actual expertise would suggest (Freidson, 1970, p. 337).

Esse sociólogo apresenta a profissão médica como interessada pelo controle de recursos e promoção de dominação de mercado de trabalho, e não como um *locus* neutro ou de ações apenas benevolentes e de alteridade. Porém, há outras perspectivas que demonstram como os profissionais médicos agem por interesses, como a desenvolvida pelo psicanalista francês Jean Clavreul (1983), com foco no poder médico. Clavreul (1983) utiliza críticas que seguem o sentido foucaultiano, para afirmar que a prática médica funciona mesmo quando não há elementos racionalizados para isso. Ele diz:

Não nos enganemos, entretanto, sobre a independência de que se vangloriam os médicos de todos os tempos. Ela significa apenas que os médicos não querem reconhecer nenhum outro poder que não o poder médico. Eles se recusam a ser os empregados de um poder estranho a sua disciplina. Eles são, no entanto, obrigados a levar em conta outros imperativos que não os imperativos médicos, em particular exigências de ordem econômica, social, administrativa, humana. Mas eles mantêm o comando sobre esses elementos estranhos ao poder médico. O médico se quer esclarecido, mas não é menos um déspota por isso (Clavreul, 1983, p. 95).

O que o autor afirma é a independência profissional médica ser uma recusa de subordinação para preservar o domínio da medicina e não para beneficiar o paciente, preservando o domínio da medicina como saber-poder. Segundo Clavreul (1983), os médicos ao lidarem com pressões externas as absorvem e as mantêm sob o próprio controle de seu grupo, reinterpretando-as segundo a lógica médica. Ou seja, o autor diz que embora o médico aja guiado pela ciência e razão, sua posição é autoritária – e não de alteridade.

Apesar da análise de Clavreul (1983) reduzir a complexidade do campo médico, ela auxilia a pensar a formação de figuras abstratas que se desenvolvem dentro da simbologia social que concebe aos profissionais médicos controle e poder e resulta, por exemplo, em repetitivas afirmações que relacionam o poder social concedido aos médicos com suas próprias definições de superioridade, como: “alguns médicos imaginam que são todo-poderosos” (Berger, 2002, p. 145, tradução nossa)¹⁵ e “os médicos se julgam semideuses” (Dias, 2015, p. 66). Essa idealização da profissão médica mostra-nos que ela está inserida em um jogo de sentidos que não é neutro.

¹⁵ Berger (2002) escreve um ensaio para dizer sobre sua experiência de convívio entre médicos. No trecho, original em inglês, diz: “some physicians into imagining that they are all-powerful” (Berger, 2002, p. 145).

Esses ideais sobre a profissão médica estão presentes, também, durante a formação médica. Em uma pesquisa sobre a formação da identidade médica, Marília Almeida (2009), entrevistou e observou alunos e professores de um curso de Medicina em uma Universidade pública no Estado de São Paulo, sem especificação do período desse acompanhamento. A autora observa a relação hierárquica que se forma durante a Graduação e diz que “os alunos do sexto ano são denominados ‘deuses’” (Almeida, 2009, p. 79) pelos alunos dos anos anteriores. Esse modo de se referir aos alunos mais avançados no curso aponta a simbologia de que quanto mais próximos de se tornarem médicos, mais prestígio e respeito eles possuirão.

Na análise de Ítala Bazzarelli e Maria Cristina Amorim (2010), sobre disputas de poder em hospitais, expõe-se diferenças generificadas entre profissões nas respostas dos participantes. As autoras realizam a pesquisa em quatro hospitais, públicos e privados, do Estado de São Paulo, sem informação do ano e contam com onze médicos participantes, dez enfermeiras e um enfermeiro. As autoras apontam, através das falas dos entrevistados, que os médicos buscam “onipotência” e “poder de decisão sobre a vida” e as enfermeiras buscam o “cuidar”. Conforme expõem:

no nível simbólico, a medicina tem um mito de origem, enquanto a enfermagem tem uma história constituída pelas experiências heroicas de suas fundadoras (Bazzarelli, 2007). O papel de curar, associado ao campo do mágico e do divino (portanto, superior), pertence ao médico; o papel de cuidar, delegado pelo médico às pioneiras (portanto, subalterno), pertence à enfermagem. A representação simbólica tem grande importância na escolha da profissão (Bazzarelli; Amorim, 2010, p. 82).

O imaginário sobre o que é ser médico conforma práticas e identidade, sendo esse último conceito um terreno de constante tensão de definições. Assim, como definir o que é a identidade do médico? Em um imbricamento entre sujeito e sociedade são diversas as identidades. Mesmo que tomemos a aquisição de um saber como fundamento de um campo profissional e representacional da profissão, as identidades vivem em crise, como demonstra Arthur Perrusi (2003). Esse autor, em sua tese de doutorado entrevistou 50 psiquiatras na cidade de Recife, capital do Estado de Pernambuco, em 2002, e demonstrou que invariantes que formam a ordem médica estão “menos na sua forma de organização institucional do que no seu sistema de representação” (Perrusi, 2003). O autor nos alerta sobre a flexibilização das identidades profissionais médicas, a depender dos pesos institucionais e relações profissionais.

O autor sugere, com isso, que valores, normas, conhecimentos e práticas podem estar sendo mais preservados e transmitidos através dos sistemas de representação (como livros e artigos) do que na prática médica cotidiana e institucionalizada. Essa discrepância está posta, também, na difícil percepção de invariabilidade no sistema de representação sobre o que é um profissional médico. Percebemos isso pela dificuldade em precisar o quanto o debate sobre a identidade médica se alterou ao longo dos anos, pois há uma estagnação das pesquisas recentes que utilizam o conceito de papel social (*role*) para versarem sobre a profissão médica. As análises das relações sociais no meio médico, durante seus desenvolvimentos, associaram profundamente o conceito de papel social às compreensões de identidade, principalmente a identidade profissional, e essa invariabilidade no sistema de representação sugere um problema de ontologia e epistemologia. Isso, como discutiremos ao longo da tese, envia as subjetividades dos profissionais.

O conceito de papel social foi útil para explicar o elo entre indivíduo e sociedade, ao questionar as estruturas de comportamentos. O conceito demonstrou que ações condicionadas são acionadas e se cumpridas formam rituais sociais. Esses rituais acabam sendo expressos como comportamentos cabíveis aos grupos, que agem conforme seus papéis sociais. Por exemplo, a sociedade espera determinadas ações e representações de um profissional médico que se cumpridas comporão o rol que leva à identificação social desse indivíduo como profissional médico, desempenhando o seu papel social de ser médico.

Essa explicação da internalização do contexto social e cultural através do conceito de papel social traz como base o entendimento de que as expressões individuais têm características fixas adquiridas através de imitações e aprendizados ao longo da vida. Sobre a formação da identidade médica e o que ela é, temos no estudo de Clarisse Machado e Andrea Wuo (2019) uma resposta. Essas autoras analisaram 145 respostas de alunos de Medicina, de uma instituição superior pública de Santa Catarina, no ano de 2018, sobre o porquê tinham escolhido cursar Medicina. Em conclusão, expõem o quanto os alunos estão “envoltos por ritos e estereótipos comuns, socialmente convencionados por padrões social e historicamente construídos pelo processo de constituição da identidade médica” (Machado; Wuo, 2019, p. 1), apesar de suas individualidades.

Porém, as autoras expressam que, mesmo diante dessa força da identidade social, a identidade médica é o “processo de socialização [que] ocorre por meio de relações de exteriorização, objetivação e de interiorização que o sujeito mantém, de forma dialética, com o mundo que o cerca” (Machado; Wu, 2019, p. 5). Junto a isso, colocam que essa identidade é moldada pelo papel socialmente definido do que é ser um estudante de Medicina ideal e, consequentemente, pela expectativa sobre o que é um médico ideal.

Tomaz Tadeu da Silva (2012) teoriza sobre a identidade e a explica como uma relação social em que “o signo é caracterizado pelo diferimento ou adiamento (da presença) e pela diferença (relativamente a outros signos)” (Silva, 2012, p. 48), afirmando que tanto a identidade quanto a diferença “estão em estreita conexão com relações de poder” (Silva, 2012, p. 48). O autor apresenta a definição de identidade como relacional, porque depende de algo fora dela mesma para existir, e como incumbida de sentido por meio da linguagem, a identidade é marcada pela diferença e a asserção da diferença envolve a negação de que não existem similaridades entre dois grupos (Silva, 2012). Ademais, o autor explica que “a marcação simbólica é o meio pelo qual damos sentido a práticas e a relações sociais, definindo, por exemplo, quem é excluído e quem é incluído. É por meio da diferenciação social que essas classificações da diferença são ‘vivas’ nas relações sociais” (Silva, 2012, p. 6).

Essa conceitualização da identidade aproxima-se do que Kathryn Woodward (2012) expõe na mesma obra. A autora, ao refletir sobre identidade e cultura, afirma que a identidade envolve o exame dos sistemas classificatórios, baseado em “nós e eles”. Segundo essa autora, “há, entre os membros de uma sociedade, um certo grau de consenso sobre como classificar as coisas a fim de manter alguma ordem social” (Woodward, 2012, p. 24).¹⁶ O entendimento da posse de significados simbólicos aplicado aos profissionais médicos possibilita explicar tanto nossa dificuldade de entrada no campo, como relatamos anteriormente no subcapítulo *Percursos da Pesquisa*, quanto a inovação desta pesquisa.

O termo Síndrome de Esmeraldite ao dizer sobre a dificuldade do profissional médico em ser paciente (assumir essa condição ou entender-se nela) diz também sobre a anulação da assimetria da diferença posta pela identidade profissional. Não há na

¹⁶ Na continuação desse trecho, está: “esses sistemas partilhados de significação, na verdade, é o que se entende por ‘cultura’” (Woodward, 2012, p. 24). Para discutir sobre cultura é preciso uma bibliografia específica, que não é o interesse de minha pesquisa. Utilizo a autora e esse trecho apenas para pontuar considerações sobre signos e poder.

interação entre médico atendente e médico paciente a diferença entre “nós” (profissionais médicos) e “eles” (pacientes) tal como na relação médico-paciente padrão. Junto a isso, como mencionamos, a literatura que aborda a problemática do profissional médico como paciente é influenciada pelas considerações da Sociologia da profissão¹⁷. Portanto, essa literatura ao considerar identidade médica através de desempenho profissional acaba por homogeneizar pessoas e, também, ao tomar a definição profissional como elemento central de análise acaba por ignorar marcadores sociais da diferença no meio médico, como as diferenças de gênero.

Embora a identidade médica seja um conceito amplamente debatido na Sociologia Médica, chama a atenção a escassez de estudos que diferenciam o comportamento do médico-paciente em função do gênero. Ainda que a discussão sociológica sobre identidade não constitua o foco central desta pesquisa, desconsiderar sua presença na literatura que a fundamenta seria desvantajoso. Isso porque uma das contribuições desta tese é cooperar com a redução da ausência do viés de gênero no debate sobre o comportamento do profissional médico quando ocupa a posição de paciente, e dialogar com uma categoria central dos estudos sociológicos sobre os profissionais médicos é necessário.

São os estudos culturais que nos informam que as identidades não são naturais e nem estáveis, mas sim construções discursivas e históricas, fragmentadas, provisórias e posicionadas. O sociólogo jamaicano Stuart Hall (Hall, 2019; Silva; Woodward; Hall, 2012) é um dos autores basilares no debate sobre a identidade em nossa atualidade. O autor expressa:

A identidade plenamente unificada, completa, segura e coerente é uma fantasia. Ao invés disso, à medida que os sistemas de significação e representação cultural se multiplicam, somos confrontados por uma multiplicidade desconcertante e cambiante de identidades possíveis, como as quais poderíamos nos identificar a cada uma delas – ao menos temporariamente (Hall, 2019, p. 12).

¹⁷ Da Sociologia das profissões emergiu a Sociologia Médica e dessa, os estudos sobre identidade médica. Na perspectiva estrutural-funcionalista, identidade é associada a adesão a papéis sociais normativos. Na perspectiva do interacionismo simbólico, ela é processo situacional e emerge de interação.

Tal leitura sobre a impossibilidade de natureza ou estabilidade da identidade está presente, também, nas abordagens mais atuais sobre sexo e gênero, como as sofisticadas reflexões da Teoria *Queer*.¹⁸ Silva (2012), comentando sobre essa teoria, afirma que:

a teoria feminista e a teoria queer contribuem, de forma decisiva, para o questionamento das oposições binárias - masculino/feminino, heterossexual/homossexual - nas quais se baseia o processo de fixação das identidades de gênero e das identidades sexuais. A possibilidade de “cruzar fronteiras” e de “estar na fronteira”, de ter uma identidade ambígua, indefinida, é uma demonstração do caráter “artificialmente” imposto das identidades fixas (Silva, 2012, p. 54)

A teorização e vivência de uma identidade plenamente unificada não é mais possível, mas isso ainda é elemento constituinte das explicações investigativas sobre o meio médico e seus conflitos. Ora, se identidade é um constante movimento de reformulação, por que os médicos não aceitam suas biografias profissionais junto às suas biografias de pacientes? Por que a identidade do profissional médico não pode ser fundida com a do paciente, quando o profissional adoece? Para responder essas questões, é necessário reinterpretar a identidade médica.

Uma das discussões da tese é abordar a identidade médica e papel social dos profissionais médicos considerando em primeiro plano a prática social de masculinidade hegemônica, explicada pela socióloga australiana Raewyn Connell, e a performatividade de gênero, explicada pela filósofa estadunidense Judith Butler. Essa lógica interpretativa foi possibilitada pelo entendimento de que as ideias de desempenho de papel social na Sociologia Médica, que dão base para o que se define como identidade médica, nos textos que versam sobre o dilema do médico-paciente, são arranjos interpretativos incombináveis com debates sociológicos mais recentes.

Hall (2012) analisa:

Está se efetuando uma completa desconstrução das perspectivas identitárias em uma variedade de áreas disciplinares, todas as quais, de uma forma ou outra, criticam a idéia de uma identidade integral, originária e unificada. [...] As perspectivas que teorizam o pós-modernismo têm celebrado, por sua vez, a existência de um “eu” inevitavelmente performativo [...] A identidade é um desses conceitos

¹⁸ Como avalia Leite (2008): “Talvez seja possível afirmar que o foco principal dos estudos *queer* seja desessencializar os pressupostos teóricos essencialistas, tais como muitos dos encontrados na medicina e nas ciências da psique, e desconstruir os discursos construcionistas, pois estes, em especial nas ciências sociais, partem de uma separação natureza/ cultura, sexo/ gênero, como se existisse um corpo prêdiscursivo e ‘natural’ no qual uma cultura, externa a este corpo, o moldasse conforme suas regras” (Leite, 2008, p. 144).

que operam “sob rasura”, no intervalo entre a inversão e a emergência: uma idéia que não pode ser pensada da forma antiga, mas sem a qual certas questões-chave não podem ser sequer pensadas (Hall, 2012, p. 63)

Isso porque, em um outro apontamento do significado de identidade, o mesmo autor diz:

É precisamente porque as identidades são construídas dentro e não fora do discurso que nós precisamos compreendê-las como produzidas em locais históricos ou institucionais específicos, no interior de formações e práticas discursivas específicas, por estratégias e iniciativas específicas. Além disso, elas emergem no interior do jogo de modalidades específicas de poder e são, assim, mais o produto da marcação da diferença e da exclusão do que o signo de uma unidade idêntica, naturalmente constituída, de uma “identidade” em seu significado tradicional - isto é, uma mesmidade que tudo inclui, uma identidade sem costuras, inteiriça, sem diferenciação interna (Hall, 2012, p. 67).

Há, então, uma problemática nas considerações da identidade médica circunscrita ao uso do conceito papel social (*role*) para versar sobre os dilemas dos médicos que se tornam pacientes. Considerar a identidade médica e suas capilaridades através de outra perspectiva amplia possibilidades de formulações para compreender o meio médico, o que é vantajoso. Não há como fazer isso densamente através de uma única pesquisa, mas nesta tese tal menção está posta ao considerarmos que o apego à figura médica como algo dual e oposto ao paciente diz mais sobre uma lógica arraigada nos imaginários (como interpretamos, enviesada pelas práticas de gênero) do que definições de papel social (*role*) sobre o que é ser médico.

A identidade médica é um conjunto de orientações assumidas pelo sujeito que se envolve em mais ou menos crise a depender de mais ou menos concordância com os elementos hegemônicos que compõem a identidade do grupo. Como poderia, então, o profissional médico não repulsar o seu “eu adoecido” se esse indivíduo passa a Graduação, a Residência e suas práticas profissionais entendendo que ele é o que trata e não o que é tratado?

Conforme analisaremos adiante, sugerimos que há relação entre a recusa dos profissionais médicos em serem pacientes e a prática da masculinidade hegemônica, pois ambas ações explicitam dificuldade em assumir posições de vulnerabilidade. Por esse elo é coerente o entendimento da definição de identidade médica amalgamada entre sentidos profissionais e generificados. Utilizamos um exemplo para elucidar essa lógica que

defendemos: se profissionais médicos trabalham por longos períodos mesmo que adoecidos (Rosvold; Bjertness, 2001), por não quererem demonstrar fragilidade, e se a Medicina se desenvolveu como prática androcêntrica, faz sentido pensarmos que a própria definição do que é ser profissional médico (junto aos conceitos de identidade médica e papel social do médico) é uma definição que exalta os modos de ser da masculinidade hegemônica. Como Silva (2012) expressa:

as classificações são sempre feitas a partir do ponto de vista da identidade. Isto é, as classes nas quais o mundo social é dividido não são simples agrupamentos simétricos. Dividir e classificar significa, neste caso, também hierarquizar. Deter o privilégio de classificar significa também deter o privilégio de atribuir diferentes valores aos grupos assim classificados (Silva, 2012, p. 49)

A classificação da profissão médica carrega significantes associados com seu desenvolvimento androcêntrico e, como interpretamos e demonstraremos durante o texto, resulta em uma cultura de masculinidade hegemônica. Essa prática social de gênero tende a levar os homens a construírem posições de passividade para as mulheres tomando a si próprios como ponto de referência. Essa lógica nos direciona a interpretar que a própria definição de identidade médica baseada no papel social do médico, ao versar sobre esse profissional como paciente, diz mais sobre dilemas masculinos do que multiplicidade de sentidos contidos na experiência de ser paciente.

Reinterpretar a identidade médica, portanto, é reconsiderá-la. Woodward (2012), no texto anteriormente citado, questiona: “Por que as pessoas investem nas posições que os discursos da identidade lhes oferecem?” (Woodward, 2012, p. 5). Similarmente, podemos questionar “o que faz indivíduos se esforçarem tanto para serem chamados de médicos?”.

Apesar da identidade ter caráter contingente, agarrar-se à ela e seu essencialismo ilusório¹⁹ “proporciona alguma certeza em um clima que é de mudança, fluidez e crescente incerteza” (Woodward, 2012, p. 13). Ademais, a definição de uma identidade traz afirmativas de pertencimento. Marília Almeida (2009), em uma pesquisa sobre a formação da identidade médica, com a qual dialogaremos adiante, auxilia a responder a pergunta feita, pois mostra que a profissão médica concede *status* de merecimento,

¹⁹ Silva (2012), no livro em colaboração com Katryn Woodward e Stuart Hall, traz como exemplo a falácia do essencialismo voltado ao gênero: “na identidade de gênero por exemplo (quando se justifica a dominação masculina por meio de argumentos biológicos” busca ter como argumento elemento natural, ignorando que “todos os essencialismos são culturais” (Silva, 2012, p. 52).

incentivado por elementos que afirmam superioridade em relação às demais profissões – e pessoas (Almeida, 2009). A autora, que acompanha interações em espaços de um curso de Medicina, traz falas de professores médicos que reforçam a concessão de “um poder, um crédito e uma diferenciação em relação ao seu lugar perante a sociedade e aos outros” (Almeida, 2009, p. 57) como: “[vocês] são os melhores do país”, “são a elite intelectual do país”.

O investimento na posição que o discurso da identidade médica oferece é guiado pela busca de um lugar social de destaque, concedido àqueles que exercem a Medicina. Clare Gereda (2022), em um artigo que fala sobre suas análises como líder de um serviço confidencial para médicos com problemas de saúde mental e dependência química, na Inglaterra, afirma que “os médicos possuem um profundo senso de identidade profissional, o ‘eu médico’. Isso lhes permite desempenhar as funções que a sociedade espera deles, mas também atua como uma barreira na busca por atendimento em caso de doença” (Gereda, 2022, p. 7, tradução nossa)²⁰. Isso é tão arraigado na imagem de si que os profissionais médicos internalizam e nas relações sociais entre seus pares, que resulta em impactos na saúde dos profissionais, como a mesma autora diz:

Há mais de uma década, lidero um serviço confidencial para médicos com problemas de saúde mental e dependência química (NHS Practitioner Health). O impressionante é que, apesar de apresentarem altos índices de doenças mentais e trabalharem dentro do sistema médico, os médicos apresentam baixas taxas de procura por serviços de tratamento. Embora existam barreiras sistêmicas, como mudanças frequentes de endereço ou turnos longos e irregulares que dificultam a busca de ajuda se necessário, o estigma, a vergonha e o sigilo são os principais fatores que os mantêm nos corredores em vez do consultório. (Gereda, 2022, p. 7, tradução nossa).²¹

A referência aos corredores, que a autora faz, diz sobre uma prática comum entre profissionais médicos, que é a chamada “consulta de corredor”, a qual abordaremos no

²⁰ No trecho original em inglês: Doctors have a deep-rooted sense of professional identity ‘the medical self’. This allows them to do the jobs society expects from them, but also acts as a barrier when seeking care. When unwell. This article discusses how the medical self is formed drawing on psychoanalytic, anthropological and psychiatric literature (Gereda, 2022, p. 7).

²¹ No trecho original em inglês: For more than a decade I have been leading a confidential service for doctors with mental health and addiction problems (NHS Practitioner Health). What is striking is despite having high levels of mental illness, and working within the medical system, doctors have low rates of presentation to treatment services. Although there are systemic barriers, such as frequently moving address or long and irregular shifts that make it hard for doctors to seek help if needed, stigma, shame and secrecy are the main factors that keep them in the corridors rather than the consulting room. (Gereda, 2022, p. 7).

subcapítulo *Apresentação dos médicos e médicas entrevistados*. O que queremos destacar agora é que a autora expõe que as barreiras criadas como resultado da força da internalização da identidade médica e do papel social (estigma, vergonha, sigilo entre o atendente e o paciente) interferem mais na busca por auxílio do que as barreiras das condições de trabalho (mudanças frequentes de endereço e longos e irregulares turnos de trabalho).

Embora a prática médica contemporânea esteja atravessada por processos de precarização e proletarização do trabalho, marcados pela intensificação dos plantões, pela perda de autonomia institucional e pela instabilidade dos vínculos empregatícios, isso não implica a dissolução do poder simbólico, epistêmico e normativo historicamente associado à figura médica. A autoridade do saber médico e as expectativas sociais que o acompanham continuam operando como princípios organizadores das relações sociais dos profissionais de Medicina e de suas formas de subjetivação.

Em síntese, as pesquisas clássicas sobre sociologia médica enfatizam o papel social e a identidade profissional como eixos centrais para compreender a relação médico-paciente. No entanto, como buscamos demonstrar, tais explicações são insuficientes para abarcar as tensões reveladas nas experiências de médicos e médicas ao ocuparem o lugar de pacientes. É nesse ponto que avançamos para o subcapítulo seguinte, no qual articulamos a formação da identidade médica com estudos que trazem abordagens sociológicas de gênero. Consideramos, em primeiro plano, o viés androcêntrico da Medicina e as práticas de masculinidade hegemônica que atravessam a constituição do que é ser médico. Consideramos, também, a performatividade de gênero como perspectiva explicativa das diferenças nas composições das identidades médicas.

3.1 IDENTIDADE MÉDICA E ESTUDOS SOCIOLÓGICOS DE GÊNERO

A literatura que fala do profissional médico como paciente - por exemplo, os textos de Chrystal Jaye e Hamish Wilson (2003), Zbiginiew Tarkowski e colaboradores (2016), Jonatan Wistrand (2016) e Mariko Morishita e colaboradores (2019) - afirma a dificuldade do profissional médico em desempenhar outro papel além do seu profissional mesmo quando ele é o paciente na relação médico-paciente. Como já posto anteriormente, é preciso trazer alguns apontamentos sobre como se forma a identidade médica para posteriormente poder discutir motivos da dificuldade de sua alteração. Nesse subcapítulo,

apresentaremos argumentos que auxiliam a compreender o que sugerimos: olhar para a formação da identidade médica através do viés de gênero.

Silva (2012), em sua reflexão sobre identidade, diferença e relações de poder diz sobre considerações do filósofo francês Jacques Derrida:

Para ele, as oposições binárias não expressam uma simples divisão do mundo em duas classes simétricas: em uma oposição binária, um dos termos é sempre privilegiado, recebendo um valor positivo, enquanto o outro recebe uma carga negativa. “Nós” e “eles”, por exemplo, constitui uma típica oposição binária: não é preciso dizer qual termo é, aqui, privilegiado (Silva, 2012, p. 57)

Esse modo de construir binaridades está posta no imaginário do que é ser profissional médico. Agir, pensar e sentir como um profissional médico constrói o “nós” em oposição à “eles”, na relação médico-paciente. Essa oposição entre o agente e o paciente é fácil perceber nas considerações sobre a identidade profissional médica e sua prática. Na relação médico-paciente um dos elementos pratica a ação e o outro sofre a ação, ou seja, o sujeito (profissional médico) trata e cura o objeto de seu trabalho (o paciente). É a partir daqui que trazemos um outro entendimento teórico, baseado no que esta pesquisa permitiu analisar. Aqui, neste subcapítulo, apresentamos considerações teóricas e no Capítulo seguinte, *Síndrome de Esmeraldite*, introduziremos a discussão através dos dados que levantamos pelas entrevistas com os informantes da pesquisa.

Aprender a ser médico não é só técnica. Os aprendizes de Medicina internalizam como devem ser, também, através de valores culturais. Em uma pesquisa sobre como a educação médica produz sujeitos generificados, Leite e Oliveira (2015), sem menção ao ano e a identificação da cidade ou da Universidade em que realizaram a pesquisa, analisam o currículo oculto de um curso de Medicina, entendendo-o como um produto cultural que localiza os indivíduos em “como podem ser” e no que “devem se tornar”. Destacamos uma parte da análise dos autores, dada através de observação participante em espaços do curso de Medicina, que diz sobre a existência de uma relação de valorização subalternizante entre médicos e médicas. Uma professora do curso acompanhado, em uma aula do primeiro período de graduação diz:

‘Na balada, vocês, meninos, têm que dizer logo que fazem Medicina, pois quando elas sabem que vocês fazem Medicina todas elas querem alguma coisa, a mulherada cai matando, afinal não é todo dia que se pega um médico. Mas cuidado, viu? Essas são do tipo que sentam no colo e fazem filho’ [...] ‘Já vocês, meninas, não podem dizer logo que

fazem Medicina, porque isso assusta os homens, vocês devem dizer primeiro que fazem Enfermagem, para só depois dizer que serão médicas, se não eles fogem' (Leite; Oliveira, 2015, p. 788).

Como os autores colocam, há um estabelecimento de capacidades cognitivas diferentes nesse discurso de instrução aos estudantes de Medicina, que configura aos homens a oferta de “evidência de sua posição social e de sua inteligência cognitiva” (Leite; Oliveira, 2015, p. 790) e às mulheres, impõe que devem esconder esses mesmos atributos. A exposição da formação médica concede privilégios de gênero aos homens, enquanto às mulheres é sugerido esconder suas capacidades para não intimidarem possíveis parceiros afetivos e sexuais. Os autores citam significações de educação diferente na Medicina a depender do gênero. No caso exemplificado, os médicos homens estão conectados a “arte de curar” (Medicina) e as médicas mulheres a “arte de cuidar” (Enfermagem). Portanto,

quando se trata de formar médicas, trata-se também de formá-las para os papéis de mulher, dona de casa, esposa e mãe. Com efeito, não foram raras às vezes em que foram descritas e encorajadas como mais propensas à clínica médica e à saúde da família, especialidades que permitiriam associar o ritmo de trabalho com o cuidado da casa e o cuidado com a própria ideia de exercer a Medicina (Leite; Oliveira, 2015, p. 789).

Essas indicações de caminhos profissionais de cuidado para as mulheres e de tratamento para homens faz diferença nos modos de compreensão de como desenvolver a prática profissional e, conforme exploraremos no Capítulo seguinte, no entendimento do que é ser paciente. Nota-se que, embora haja abrangente circulação de repertórios de gênero na sociedade, alguns espaços permanecem reforçando estereótipos como esse de naturalização de ocupações, colocando a mulher como cuidadora, auxiliar, secundária e complementar e o homem como possuidor do saber, principal e essencial.

Historicamente, o desenvolvimento da Medicina foi sendo vinculado a forma de pensar masculinizada. Isso porque seu desenvolvimento tem raízes na submissão de corpos, experiências, vivências, práticas, sentimentos, pensamentos. Mulheres foram rechaçadas pelo meio médico, tanto em sua possibilidade de prática (Martins, 2020; Marinho; Nicolau, 2023), quanto pela subjugação de seus corpos sexualizados e generificados.²² Mulheres tiveram que lutar pelo direito de estudar e praticar Medicina.

²² Corpos de mulheres são subjugados e apagados na Medicina. Exemplos mais recentes são o que Diniz (2008) menciona sobre anos em que pesquisas sobre câncer de colo de útero eram feitas com homens (cisgênero) e, em apenas no ano de 2023 terem sido realizadas pesquisas sobre absorventes para menstruação com sangue verdadeiro (Vidal, 2023).

Com isso, o desenvolvimento da Medicina se deu ignorando subjetividades, epistemes e ontologias. Joffre Rezende (2009), em um texto em que discute sobre a presença de mulheres na prática médica, nos conta um caso que escolho como ilustrativo sobre esse rechaço:

Em 1809, nos Estados Unidos, as primeiras estudantes que se matricularam em um colégio médico, na Pensilvânia, foram motivo de chacota, insultos e desrespeito por parte dos estudantes. Na mesma época, em Edimburgo, na Inglaterra, as primeiras moças que conseguiram matrícula no curso médico foram vaiadas, insultadas e agredidas pelos rapazes. A reitoria abriu um inquérito administrativo e decidiu pela expulsão das alunas, considerando-as culpadas pelos distúrbios. A imprensa chamou-as de “as sete sem-vergonha” e uma publicação médica, intitulada *Escholastic Medical*, escreveu a propósito: “nada há tão materialmente inaceitável como uma doutora em medicina. Se há paradoxo possível é a admissão da mulher na arte de curar. Se Deus tivera adivinhado que a mulher se havia de lembrar uma vez de ser doutora em medicina, certamente, não incomodaria o sono de Adão para lhe tirar a costela” (Rezende, 2009, p. 131 - 132).

A presença de mulheres na Medicina foi sendo dificultada enquanto a prática médica se tornava científica a partir das considerações da racionalidade moderna. Desde o início do desenvolvimento da razão científica houve imbricação entre os ideais dos postulados científicos com o ideal de masculinidade (Oliveira, 2004). Um exemplo é a descrição óssea do corpo da mulher, que Pedro Paulo de Oliveira (2004) traz. O pesquisador brasileiro apresenta uma análise histórica e sociológica para demonstrar como as características definidas socialmente como as de um “homem de verdade” foram construídas no Brasil, a partir de valores patriarcais, religiosos e burgueses.

O autor menciona que os anatomistas do século XVIII afirmavam que as mulheres tinham pélvis e crânio menores do que os dos homens e por isso eram menos inteligentes. Posteriormente, foi comprovado que as mulheres tinham o crânio em tamanho maior que o dos homens. Para manter a afirmação de que mulheres eram menos inteligentes do que homens, os anatomistas logo trataram de justificar o tamanho maior do crânio feminino comparando-o com os crânios dos bebês e crianças, já que era alegado que esses possuíam crânios maiores em comparação a seus corpos e mesmo assim apresentavam insuficiência cognitiva (Oliveira, 2004).

Esse exemplo mostra as influências culturais e sociais na ciência, que delegam às mulheres um lugar de ausência e escassez. A episteme e institucionalização da ciência e

prática médica foi configurando imaginários da figura do profissional médico através desse caldo de rechaço às mulheres e desvalorização de suas capacidades. Rebeca Ávila (2014) desenvolveu uma pesquisa sobre cirurgiãs no Brasil, entrevistando 29 cirurgiãs durante o período de 2011 a 2013. A autora afirma que o imaginário sobre o que é ser médico se relaciona aos atos cirúrgicos, pois as habilidades prestigiadas em nossa sociedade são correlacionadas ao corpo e ao gênero masculino, que nas especialidades médicas se concentram nas especialidades cirúrgicas arranjando uma coerência de entendimento ideário de que homens são mais fortes e emocionalmente mais controlados do que as mulheres. Citamos um trecho dessa pesquisa de Ávila (2014), no qual a autora traz a percepção de uma das entrevistadas sobre o tratamento dado a médicos e médicas dentro do próprio meio médico, especificamente o meio cirúrgico:

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. 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 (Ávila, 2014, p. 220).

Em um artigo sobre barreiras às mulheres em Escolas de Medicina, a mesma autora, Ávila (2014), afirma a existência de segregações escondidas permeadas pela “permanência de um conjunto de determinações sociais que atribuem ao trabalho do homem um peso e um valor maior do que ao trabalho da mulher” (Ávila, 2014, p. 143). Outro ponto analisado pela autora é a “evasão masculina de algumas especialidades que passaram a ser consideradas mais femininas” (Ávila, 2014, p. 144), o que significa que quando ocorre aumento de mulheres atuantes em uma profissão ocorre a deserção em massa da força de trabalho masculina e desvalorização social ou econômica da profissão.

Nesse sentido, podemos dizer que a evasão masculina entre as especialidades médicas se dá estrategicamente pelos médicos em prol de garantir os valores da masculinidade hegemônica, visando manter representações através do controle dos elementos que lhes conferem domínio. Ao longo dos anos, no Brasil, houve aumento de

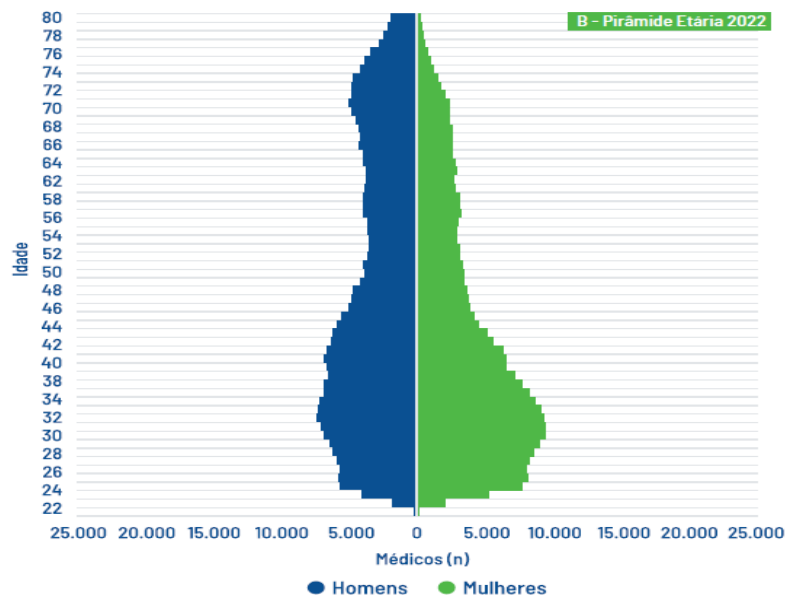
mulheres cursantes de Medicina e, conseqüentemente, houve concentração masculina e feminina nas especialidades médicas. Essa dinâmica segue similar lógica sobre a evasão masculina explicada por Ávila (2014). Abaixo, trazemos dados atualizados da divisão entre gêneros nas especialidade médicas no Brasil (Tabela 2). Antes, atentamos para uma informação a ser analisada em conjunto a esses dados.

O aumento progressivo da participação de mulheres na prática médica é um fenômeno que tem sido chamado de Feminização da Medicina (Ávila, 2014; Scheffer, 2020). Se olharmos para os dados gerais da quantidade de profissionais médicos, veremos que esse movimento é dependente de faixa etária e atuações nas especialidades médicas, indicando que a Feminização tem dinâmica recente e concentração em certas especialidade médicas. A seguir, veremos os dados sobre quais grupos etários há predominância masculina (Tabela 1) e, o que mais nos importa demonstrar, a concentração masculina e feminina nas especialidades médicas (Tabela 2).

É importante, ainda, considerarmos que a lógica médica androcentrada não desaparece só por conta do aumento do número de mulheres praticantes da Medicina, pois a relação de poder estabelecida garante estratégias de manutenção de dominação através de discursos e práticas institucionalizadas. Ávila (2014) expõe que mulheres “sofrem significativo impacto negativo provocado por estereótipos sexistas e discriminação de gênero já durante os anos de formação” (Ávila, 2014, p. 144) e essas “formas sutis de discriminação [que] encontram-se profundamente enraizadas na cultura médica” (Ávila, 2014, p. 144) expressam-se pela repetição das escolhas das especialidades médicas a depender da identificação de gênero.

De acordo com a Tabela 1, a seguir, que mostra a Pirâmide etária dos profissionais médicos no Brasil, no ano de 2022, há predominância de mulheres até 40 anos. Isso aponta que o fenômeno do aumento do número de mulheres na Medicina é recente, pois acima dessa idade estão os profissionais médicos formados durante as décadas em que o predomínio dos praticantes de Medicina era majoritariamente distante do número de mulheres formadas no mesmo curso.

Tabela 1 - Pirâmide etária da população de médicos no Brasil no ano de 2022 por gênero.



Fonte: SCHEFFER, M. *et al.* 2023.

Tabela 2 - Médicos especialistas segundo o gênero e razão masculino/feminino no ano de 2022

Especialidades	Feminino		Masculino		Razão M/F
	n	%	n	%	-
Urologia	171	2,9	5.649	97,1	33,0
Ortopedia e Traumatologia	1.328	7,4	16.563	92,6	12,5
Neurocirurgia	322	9,4	3.096	90,6	9,6
Cirurgia Cardiovascular	249	11,2	1.975	88,8	7,9
Cirurgia do Aparelho Digestivo	417	12,4	2.943	87,6	7,1
Cirurgia Torácica	134	12,5	941	87,5	7,0
Cirurgia de Mão	158	16,1	822	83,9	5,2
Cirurgia Oncológica	270	17,1	1.308	82,9	4,8
Medicina Esportiva	209	19,0	893	81,0	4,3
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	255	21,5	929	78,5	3,6
Cirurgia Geral	8.286	23,4	27.165	76,6	3,3
Cirurgia Plástica	1.645	25,2	4.895	74,8	3,0

Medicina Legal e Perícia Médica	507	26,0	1.441	74,0	2,8
Angiologia	414	27,1	1.113	72,9	2,7
Cirurgia Vascular	1.370	27,6	3.591	72,4	2,6
Medicina de Emergência	192	30,0	448	70,0	2,3
Endoscopia	1.253	31,7	2.703	68,3	2,2
Cardiologia	5.939	32,7	12.197	67,3	2,1
Medicina Intensiva	2.419	33,5	4.803	66,5	2,0
Medicina do Trabalho	6.302	34,4	12.039	65,6	1,9
Coloproctologia	773	35,5	1.407	64,5	1,8
Medicina de Tráfego	2.584	35,7	4.652	64,3	1,8
Medicina Nuclear	366	39,0	572	61,0	1,6
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	5.705	39,4	8.775	60,6	1,5
Anestesiologia	10.367	39,5	15.907	60,5	1,5
Radioterapia	343	40,5	504	59,5	1,5
Oftalmologia	6.666	42,8	8.913	57,2	1,3
Neurologia	2.564	43,5	3.336	56,5	1,3
Otorrinolaringologia	3.132	43,5	4.068	56,5	1,3
Cirurgia Pediátrica	698	45,5	836	54,5	1,2
Medicina Preventiva e Social	846	46,4	979	53,6	1,2
Psiquiatria	5.757	46,6	6.585	53,4	1,1
Oncologia Clínica	2.010	48,1	2.172	51,9	1,1
Nutrologia	846	49,0	881	51,0	1,0
Medicina Física e Reabilitação	455	49,0	473	51,0	1,0
Gastroenterologia	2.709	49,2	2.793	50,8	1,0
Pneumologia	1.914	51,8	1.782	48,2	0,9
Patologia Clínica/ Medicina Laboratorial	742	52,0	686	48,0	0,9
Nefrologia	2.584	52,3	2.356	47,7	0,9

Acupuntura	2.159	53,0	1.911	47,0	0,9
Clínica Médica	27.411	54,1	23.235	45,9	0,8
Mastologia	1.405	54,9	1.152	45,1	0,8
Patologia	1.929	57,3	1.438	42,7	0,7
Infectologia	2.445	58,4	1.742	41,6	0,7
Homeopatia	1.617	58,5	1.149	41,5	0,7
Medicina de Família e Comunidade	5.913	58,9	4.128	41,1	0,7
Reumatologia	1.687	59,9	1.131	40,1	0,7
Ginecologia e Obstetrícia	20.317	60,9	13.043	39,1	0,6
Geriatria	1.489	61,9	918	38,1	0,6
Hematologia e Hemoterapia	1.915	64,1	1.074	35,9	0,6
Genética Médica	227	66,4	115	33,6	0,5
Endocrinologia e Metabologia	4.452	72,1	1.727	27,9	0,4
Alergia e Imunologia	1.339	72,1	519	27,9	0,4
Pediatria	33.455	75,6	10.769	24,4	0,3
Dermatologia	8.236	79,7	2.100	20,3	0,3

Fonte: SCHEFFER, M. *et al.* 2023.

Quanto a Tabela 2, que mostra a quantidade de especialidades médicas e o número de atuantes a depender do gênero do profissional, trazemos dois pontos. Um, a predominância masculina nas especialidades cirúrgicas (Neurocirurgia, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia Torácica, Cirurgia de Mão, Cirurgia Oncológica, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular), sendo a predominância feminina apenas na Cirurgia pediátrica. Dois, a predominância dos gêneros dos profissionais entre as especialidades voltadas aos cuidados dos corpos genitalizados e generificados: para o corpo com pênis, há quase totalidade masculina (97,1% na Urologia) e para o corpo com vagina, útero e seios, há predominância feminina (60,9% na Ginecologia e Obstetrícia e 54,9 % na Mastologia).

A discrepância entre os gêneros dos profissionais que cuidam dos corpos diferentemente sexuais é bem maior entre profissionais na especialidade Urologia do que na Ginecologia e Obstetrícia e Mastologia. Isso pode ser explicado pelo histórico do modo de lidar com o corpo da mulher na Medicina, que resulta no aprendizado de meninas

e mulheres a habituarem-se aos seus corpos expostos. Romeu Gomes e colaboradores (2007), em uma pesquisa sobre por que homens buscam menos serviços de saúde do que mulheres, afirmam sobre a Medicina ter contribuído para que a exposição do corpo da mulher seja prática normalizada. Essa pesquisa toma como amostra 18 homens residentes na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 2004, e explica elementos machistas que fazem com que os cuidados com o corpo sejam estimulados às mulheres e não aos homens, porque “em sua socialização [as mulheres] fo[ram] mais acostumada[s] a ter[em] o seu corpo exposto para a medicina [...] principalmente com a criação da ginecologia” (Gomes; Nascimento; Araújo, 2007, p. 570).

Ademais, os dados da Tabela 2 mostram números que reforçam as afirmações sobre a existência de simbologias que rondam as definições de gênero. A concentração masculina nas especialidades cirúrgicas correspondem ao ideário de que homens são mais assertivos e racionais (Ávila, 2014) e a mesma concentração na especialidade Ortopedia e Traumatologia (92,6% de atuantes do gênero masculino) demonstra o ideário de que homens são fisicamente mais fortes. Essa lógica de generificação também é aplicada nas especialidades de concentração feminina, como Pediatria (75,6% de atuantes do gênero feminino) e Dermatologia (79,7% de atuantes do gênero feminino).

Essa repetição da escolha de especialidades conforme o gênero do profissional médico reforça as noções das características do gênero binarizado, ou seja, o que são características masculinas (ou de homens) e o que são características femininas (ou de mulheres). A expressão desses ideários constituem a identidade profissional médica, pois nos dizem, por exemplo, que mulheres não são boas cirurgiãs tal qual homens e que mulheres lidam com crianças melhor do que homens fazem. Fica evidente, portanto, o quanto a construção da identidade médica é atravessada pelo viés de gênero e não composta apenas pelas características duais entre profissional e paciente, como está disperso nos trabalhos sobre o profissional médico como paciente, sobre os quais aprofundaremos a discussão no Capítulo seguinte, *Síndrome de Esmeraldite*.

A prática da Medicina não se faz só pelo desenvolvimento dos símbolos que compõem a profissão médica. Consequentemente, a identidade médica e o papel social do médico também não. Há uma dinâmica social que menoriza os trabalhos domésticos e de cuidado familiar, que em sua maioria são realizados por mulheres.²³ Essas

²³ Consideramos a perspectiva de Silvia Federici em “O ponto zero da Revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista” (2019), que nos mostra como se dá a dissimulação do trabalho não-remunerado das mulheres em

características se apresentam pelas divisões sexuais do trabalho na saúde, por exemplo, na predominância feminina na Enfermagem, que é associada às características de zelo, atenção, cuidado, caridade e esfera doméstica (Lombardi; Campos, 2018) - e, conforme comentamos considerando os dados da Tabela 2, está presente na Medicina também.

As expressões de menorização do que é feito por mulheres são observadas, também, pelas sociólogas Glória Bonelli e Luci Oliveira (2020) em uma pesquisa sobre carreiras jurídicas no Brasil. Ao analisarem e refletirem sobre o espaço concedido às mulheres, nessas carreiras, as autoras afirmam:

o gênero é produzido nas formas como as atividades vão ganhando sentidos valorizados e desvalorizados, sendo as primeiras acumuladas por homens e as segundas, por mulheres. Observa-se que posições que tiveram mais poder, recursos e autonomia, quando perdem esses diferenciais na carreira, passam também a ser exercidas por mulheres. (Bonelli e Oliveira, 2020, p. 149)

Em relação à profissão médica, Ávila (2014) afirma similaridades, conforme apontamos anteriormente. Almeida (2009) também explicita:

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 (Almeida, 2009, p. 338).

As aspirações profissionais, as quais a autora menciona, condizem a um padrão de expectativas e condutas esperadas dos profissionais a depender de seus gêneros. Essa simbologia conecta-se à identidade médica e molda as noções de como um profissional médico deve ser. Fiona Fox e colaboradores (2009), conduziram uma pesquisa com 17 médicos generalistas atuantes no Reino Unido, sem definição de local e período de coleta de dados, para avaliarem as dificuldades enfrentadas por eles diante o próprio adoecimento. Entre os entrevistados foram 10 homens e 7 mulheres e todos relataram

aspectos de afeto e amor, independentemente da classe social. A autora nos mostra que as diferenças de classe se expressam entre a rede de mulheres, porque mulheres remuneradas podem tanto delegar os trabalhos de cuidado à outras mulheres, que têm trabalhos pouco valorizados (como babás e trabalhadoras domésticas) quanto à mulheres que possuem laços de confiança, como familiares e amigas.

algum tipo de doença. Os autores mencionam o quão é expressivo na cultura médica uma forte expectativa de competência e competitividade, que resulta em comportamentos de invulnerabilidade diante o próprio adoecimento.

O status profissional e a formação dos médicos podem influenciar negativamente as atitudes em relação à doença, tanto neles próprios quanto em seus colegas (Thompson, Cupples e Sibbett, 2001). Entre os clínicos gerais, discursos conflitantes que contribuem para um ethos de invulnerabilidade em relação à condição de paciente, profissionalismo e competência foram destacados (Jaye & Wilson, 2003). (Fox *et al.*, 2009, p. 1580, tradução nossa)²⁴

Essas considerações dos autores sobre os motivos que criam a dificuldade dos profissionais médicos se reconhecerem como pacientes, quando adoecidos, é conectada à formação da identidade médica e ao desempenho do papel social desse profissional:

Quando os médicos buscam ajuda médica, é possível que seus encontros desafiem noções de identidade e desempenho de papéis tanto para eles próprios como "médicos pacientes" quanto para o médico que os trata. A ideia de que os médicos são pacientes anômalos que confundem as categorias tradicionalmente separadas de médico e paciente indica as potenciais dificuldades de prestar e receber cuidados de saúde (McKevitt & Morgan, 1997b). (Fox *et al.*, 2009, p. 1580, tradução nossa)²⁵

Semelhante constatação sobre as exigências do comportamento do profissional médico pela cultura médica, está presente em um artigo de Zbiginiew Tarkowski e colaboradores (2016). Os autores realizam uma análise de publicações, que incluem literatura científica, memórias, relatos, diários, artigos de revista e livros sobre o tema do médico enquanto paciente. As publicações aglomeram estudos advindos de pesquisadores da Polônia, do Canadá, da Austrália, do Reino Unido, dos Estados Unidos, de Taiwan e da Suíça. É interessante nesse artigo a menção sobre uma tentativa de coleta de dados via *survey*, pelo Boletim Médico Nacional (*Biuletyn Lekarski*), em 2010, na Polônia. Os autores citam que em mais de 3.100 questionários enviados aos profissionais médicos, o retorno foi de apenas 3 respostas. Os autores citam essa pesquisa fracassada para ilustrar

²⁴ The professional status and training of doctors might adversely influence attitudes to illness in themselves and their colleagues (Thompson, Cupples, & Sibbett, 2001). Among GPs, competing discourses that contribute to an ethos of invulnerability about patienthood, professionalism, and competency have been highlighted (Jaye & Wilson, 2003). (Fox *et al.*, 2009, p. 1580)

²⁵ When doctors do seek medical help, it is possible that their encounters challenge notions of identity and role performance for both themselves as a "patient doctor" and for the treating doctor. The idea that doctors are anomalous patients who confound the traditionally separate categories of *doctor* and *patient* indicates the potential difficulties of giving and receiving health care (McKevitt & Morgan, 1997b). (Fox *et al.*, 2009, p. 1580).

a dificuldade de levantar dados empíricos sobre o tema – o que, ao nosso ver, se relaciona com a nossa própria dificuldade de acesso ao campo, aqui no Brasil.

Para contornar essa dificuldade de acesso a dados empíricos levantados como fonte primária com profissionais médicos, os autores escolheram realizar revisão de materiais publicados. Em conclusão, afirmam que o comportamento exigido pela cultura médica é o de manutenção de prestígio, autoridade, autocontrole e negação da vulnerabilidade. Os autores ainda destacam que o reforço dessa negação, que leva o profissional médico a continuar exercendo suas funções mesmo quando está doente, é requerida no meio médico apesar dos riscos à saúde que possam ser trazidos tanto aos profissionais quanto aos pacientes.

Esse padrão de conduta descrito nas pesquisas com médicos adoecidos dialoga com o que é apresentado em estudos sobre masculinidade hegemônica, como nos textos de Raewyn Connell e nas pesquisas que usam sua teoria, e nas pesquisas dos brasileiros Berenice Bento (2015) e Pedro Paulo de Oliveira (2004), entre outros. Apresentaremos essas pesquisas no Capítulo *Imbricamentos entre gênero e ser paciente-profissional médico*. Esse conjunto de pesquisas demonstram que os homens que buscam corresponder ao ideal da masculinidade hegemônica tendem a se afastar de tudo aquilo que demonstre vulnerabilidade. Nesse sentido, a cultura médica reforça práticas de masculinidade hegemônica ao dificultar a expressão de fragilidade e o cuidado de si no contexto profissional.

São pífios os dados que interpretam sofrimentos, adoecimentos e consequências da dificuldade de lidar com a cultura médica através de estratificação por gênero, na literatura em geral. Ademais, as pesquisas qualitativas sobre o exercício médico no Brasil são majoritariamente realizadas com Residentes, o que nos leva a extrair o entendimento de que há dificuldade de acesso aos grupos profissionais médicos – o que é, também, extraído de nossa experiência de entrada ao campo e pelas informações que discutimos, anteriormente, acerca do fechamento do grupo profissional médico. Apesar da limitação de dados sobre adoecimento e estratificação de gênero no meio médico, há evidências de que condições como *burnout* ocorrem mais com mulheres (Nascimento, Jesus, Garcia; 2024).

Ricardo Nascimento e colaboradores (2024) realizaram um estudo com 21 residentes na especialidade Ginecologia e Obstetrícia, em 2020, em uma maternidade-escola na região Sul do Brasil, com o objetivo de identificar os estressores vivenciados pelos participantes. Embora não discutam a influência do gênero nessa pesquisa, os autores informam que apenas 3 participantes eram homens e, com isso, afirmam “encontro de pior qualidade de vida no sexo feminino”, “queda na qualidade de vida, sem que ela volte ao patamar anterior à residência” (Nascimento; Jesus; Garcia, 2024, p. 7).

Embora a pesquisa desses autores traga dados limitados, eles afirmam que “em vários estudos sobre qualidade de vida de médicos residentes, o sexo feminino foi identificado como aquele em que houve a pior avaliação de qualidade de vida” (Nascimento; Jesus; Garcia, 2024, p. 7), e sugerem como causa a sobrecarga do trabalho profissional e doméstica delegados às mulheres.

Apesar de nenhuma das pesquisas sobre adoecimento de profissionais médicos que citamos nesse texto utilizar o gênero como elemento analítico, é coerente aproximar as sensações de invulnerabilidade, corporal e simbólica, que permeiam as percepções de profissionais médicos sobre si mesmos da prática da masculinidade hegemônica. A própria configuração da prática médica, dividida entre homens e mulheres conforme mostra a Tabela 2, é evidência de que há influência social e cultural que ensina aos profissionais médicos qual lugar deve ser ocupado por uma médica e qual deve ser ocupado por um médico. Essa perspectiva binarizada e hierarquizada impacta nos modos como os profissionais entendem sua própria prática e como constroem subjetividades, ou seja, como se entendem e como entendem o objeto com o qual se relacionam.

Para Woodward (2012),

o conceito de subjetividade permite uma exploração dos sentimentos que estão envolvidos no processo de produção da identidade e do investimento pessoal que fazemos em posições específicas de identidade. Ele nos permite explicar as razões pelas quais nós nos apegamos a identidades particulares. (Woodward, 2012, p. 33)

O que temos, então, é o entendimento de que relações de gênero vivenciadas no meio médico conformam o desenvolvimento da identidade profissional porque impactam em como o profissional age, pensa e sente a depender do seu gênero. Bruna Santana e colaboradoras (2024), em uma pesquisa com 13 médicas atuantes na cidade de Marabá, no Pará, em 2022, nos mostram que suas entrevistadas revelaram que os estereótipos de

gênero estão, de forma velada, associados à escolha das especialidades médicas. As entrevistadas destacaram a predominância de mulheres em áreas da clínica médica e os estereótipos sexuais em áreas da cirurgia.

Ademais, alguns relatos evidenciaram que as questões de assédio vão para além da formação acadêmica, estando também presentes na atuação médica das participantes. Por exemplo, uma entrevistada mencionou ter sofrido assédio por parte de um paciente homem por meio de olhares para suas partes íntimas, já outra revelou já ter observado alguns colegas médicos assediando outras colegas de trabalho. No entanto, a maior parte dos exemplos dados pelas colaboradoras diz respeito a situações de assédio durante sua formação, especialmente quando realizavam suas especializações (Santana *et al.*, 2024, p. 6).

As escolhas das mulheres, no geral, são orientadas pela tentativa de minimizar situações de constrangimento e de exposição de seus corpos, liberdades e intimidades a violações, sejam elas verbais ou físicas. Os espaços e momentos em que se manifestam atitudes de cunho sexual, por meio de chantagens, insistências ou assédios, são múltiplos e, pressupomos, ainda inomináveis por permanecerem desconhecidos ou silenciados. Não é raro, então, que ao invés de escolherem enfrentar mais barreiras para conquistar respeito em seus ambientes de trabalho, as mulheres acabem por renunciar a determinadas especialidades médicas marcadas pela predominância masculina. As mulheres são socialmente desestimuladas a seguirem seus sonhos, mas incentivadas a não cansarem quando têm que cuidar dos outros (por exemplo, sua família).

Os dados desta pesquisa resultaram em mostrar que a crise identitária manifestada pela Síndrome de Esmeraldite é interpretada e manejada de maneira diferente entre os gêneros. Analisaremos sobre essas considerações nos Capítulos seguintes, *Síndrome de Esmeraldite e Imbricamentos entre gênero e ser paciente-profissional médico*, mas por ora, sinalizaremos alguns dados teóricos que embasam as discussões que virão. As três médicas participantes da pesquisa não conheciam o termo Síndrome de Esmeraldite, enquanto três dos quatro médicos participantes o conheciam e o definiram. Essa diferença indica que o jargão Síndrome de Esmeraldite não circula no universo simbólico explicativo, prático e performativo das médicas informantes dessa pesquisa e isso significa que elas operacionalizam possíveis crises de modo diferente ao que é exposto na literatura que aborda a situação do profissional médico como paciente.

Isso se conecta diretamente à interpretação que as médicas entrevistadas tiveram quando as questioneei sobre experiências de já terem sido pacientes durante o exercício profissional. As duas médicas que são mães trouxeram a experiência da gestação como resposta e isso complexificou a análise que estávamos produzindo acerca da relação do gênero com as percepções de adoecimento ou de ser paciente dada, até então, pelos profissionais médicos. É tão interessante esse sentido que elas trouxeram porque evidencia o quão diverso é a própria formação do que é ser paciente-médico a depender do gênero e da potencialidade do corpo sexuado dentro do padrão cisheteronormativo. Ou seja, a naturalização da maternidade materializada no corpo feminino traz entendimentos do que é ser paciente e médica relacionada aos entendimentos do que é ser paciente e gestante. Esse entendimento não é posto pelos médicos, portanto, fica evidente que o entendimento do que é ser paciente-médico é generificado.

Elisabeth Badinter (1980), filósofa francesa, em um livro que aborda a afetividade da maternidade como um mito, mostra-nos como as atividades maternas tornaram-se comportamentos aprendidos e influenciados por fatores históricos, culturais e econômicos centrados no amor, no sacrifício e na abnegação. Somos acostumados à discursos de que mal-estares corporais causados pela gestação, parto e maternidade, como enjoos, noites sem dormir, dores nas costas, inchaço nas pernas e corpo, enxaqueca, dor intensa durante as contrações são recompensados pela experiência em ser mãe. Essa obrigação moral que Badinter (1980) nos fala apresenta-se materialmente nas performatividades e práticas de gênero que normatizam a função reprodutora (e reprodutiva) das mulheres.

Esse viés da recompensa em ser mãe atravessa a percepção das informantes desta pesquisa, que relataram a experiência da gestação como experiência de ser médica-paciente. Para as médicas gestantes é permitido e incentivado que desempenhem suas performatividades e práticas de gênero em seu sentido mais intenso e radical. Em certa medida, essa licença para o desempenho de gênero sobrepuja o desempenho profissional médico que reforça constantemente a noção de que ser médico é não ser paciente. Na condição de gestante, o hibridismo da identidade médica se explicita e há, até certo ponto, abnegação de si e de sua identidade médica.

As falas das médicas são narrativas situadas, produzidas no interior de um campo normativo específico, no qual a maternidade ocupa uma posição socialmente reconhecida e legitimadora do *locus* paciente. Assim, importa-nos menos situar as falas em

formulações teóricas acerca da maternidade e feminilidades e mais apontar que a maternidade, em nosso campo de pesquisa, aparece como uma possibilidade discursiva que permite às médicas negociar expectativas profissionais, limites corporais e vulnerabilidades.

Segundo Silva (2012), que discute a formação da identidade pela diferença, “a identidade que se forma por meio do hibridismo não é mais integralmente nenhuma das identidades originais, embora guarde traços delas” (Silva, 2012, p. 52). O autor diz que a hibridização das identidades advém de movimentos que complicam e subvertem a identidade, afirmando que existe mobilidade na fixidez e limitação, que são demarcadas “artificialmente” (Santos, 2012, p. 52). No contexto da identidade médica, essa mobilidade é restringida pelo viés da masculinidade hegemônica, que impede que os limites da identidade profissional sejam cruzados ou questionados. Porém, os dados desta pesquisa mostraram que esses mesmos sentidos generificados presentes no meio médico complicam a manutenção da identidade fixa, como expresso nas falas das médicas gestantes, as quais abordaremos adiante.

É interessante notar que, nesse sentido de hibridismo dado por Silva (2012) aplicado ao objeto desta pesquisa, os relatos dos profissionais médicos sobre suas próprias apreensões em adoecer e ser paciente é uma outra forma de ser médico. Os estudos sobre o papel do médico (*role*) e suas crises de identidade quando se torna paciente (*doctor as patient*) apontam uma unicidade, e ao mesmo uma fratura, na compreensão do que é ser profissional médico. Pois se esses profissionais se expressam como se fossem invulneráveis às possibilidades de adoecimento, devido a cultura médica, aqueles que apontam para essa problemática abrem caminhos para discutir uma outra forma de expressão e de ser profissional médico.

O gênero se sobressai, também, na formação da identidade médica através do modo que os próprios aprendizes de Medicina dividem as perspectivas sobre o que é ser médico ou médica. Almeida (2009), em pesquisa já citada, em que acompanha alunos de Medicina e professores para analisar sobre a formação da identidade médica, menciona sobre a curiosidade de alunas em um contato com uma pediatra:

O conteúdo da entrevista com a médica, ao final do acompanhamento das consultas, girou em torno das limitações que o exercício da medicina poderia gerar à *vida pessoal*. Entre outras perguntas, as alunas quiseram saber se a médica era casada, com quantos anos tinha se

casado, se tinha filhos e se conseguia passar tempo com eles, apesar de seu trabalho. (Almeida, 2009, p. 41)

Essas preocupações sobre como equilibrar a vida pessoal e o desempenho profissional não emergiram na pesquisa de Almeida (2009) em relação aos médicos. Esse dado reforça o que mencionamos anteriormente sobre a potencialidade do corpo sexuado dentro do padrão cisheteronormativo, que em relação às mulheres normatiza e naturaliza a maternidade e a dedicação familiar. Quanto aos médicos, essa potencialidade é direcionada a demonstrações de força e invulnerabilidade, portanto, distanciamento do que é interpretado como fragilidade.

Berenice Bento (2015) nos mostra o quanto homens têm dificuldade de expressar e assumir suas emoções e compreender e lidar com suas dores. Em uma pesquisa conduzida em São Paulo, com 15 homens e 7 mulheres, sem indicação de período, a autora entrevistou os participantes a fim de levantar como expressões de sofrimento e angústia dos homens era compreendida. Bento (2015) conclui que homens não demonstram fragilidade, sofrimentos e dores porque a masculinidade, em nossa sociedade brasileira, tem “sinônimo de força, sucesso, capacidade, confiança, domínio, controle” (Bento, 2015, p. 89). Os referenciais masculinos elaborados culturalmente influenciam todo o espaço social, incluindo a ciência e a prática médica, que ao se construir por uma racionalidade que é masculinizada, exige que uma ordem através de domínio dos homens seja seguida. Porém, a autora se preocupa em indicar que, apesar dessa ordem, há tensionamentos. A pesquisadora traz trechos de entrevistas em jornais da época e em um deles menciona:

Em 1987, a “Revista de Domingo” do *Jornal do Brasil*, apresentou uma reportagem em que cita um grupo de homens que se reúne em Santa Tereza-RJ para discutir a “maldita obrigação de ser macho”. O entrevistado, um homem de 31 anos, fala que

Sofremos, mas poucos têm consciência disto. A obrigatoriedade do sucesso em todos os campos (no trabalho e na cama), a responsabilidade sobre a família e a cobrança de uma brutalidade que não mais interessa ao homem moderno. Reivindicamos o direito de se emocionar. A opressão das mulheres é mais visível, a dos homens é sutil. Nosso pênis, obrigatoriamente, deve ter dimensões espetaculares (JORNAL DO BRASIL, 1987, s/n) (Bento, 2015, p. 17).

Essa citação mostra que apesar da imposição da masculinidade hegemônica, há tensionamento. Dados os referenciais de masculinidade atravessarem também a prática profissional, há um complexo reforço de exclusões das dificuldades de reconhecer a

vulnerabilidade dos profissionais médicos em vulnerabilidade, no caso, na condição de pacientes, ao mesmo tempo em que há um certo rechaço a essa cultura, evidenciado pelos escritos sobre a dificuldade dos profissionais médicos em buscarem auxílio quando adoecidos.

Em relação à identidade médica, a combinação dos fatores discutidos até aqui permite compreender que a própria identidade médica é generificada e exclui as experiências das mulheres no dilema de se reconhecerem como pacientes. Dado as discussões sobre a hierarquia da profissão médica e o *status* de invulnerabilidade incorporado pelos profissionais não inserir o debate sobre gênero nas análises, o desenvolvimento da identidade médica se dá pela relação em que um agente trata e cura o objeto de seu trabalho (o paciente), e isso desconsidera múltiplas formas de vivenciar a condição de paciente. Essa concepção exclui do imaginário de situações evidentes, por exemplo, o fato de que médicas gestantes são inevitavelmente pacientes.

Torna-se apreensível, portanto, que a problemática da identidade médica deve ser considerada além da identidade profissional e que o reconhecimento do *locus* de paciente não é problemática do papel (*role*), mas sim expressão de gênero. Em relação aos médicos, suas problemáticas se apresentam apoiadas em características da prática da masculinidade hegemônica, que considera como paciente aquele que possui um corpo adoecido e não-ativo, mas sim frágil e submisso - próximo ao que se considera feminino. Um exemplo da aversão a não-atividade é a internalização do presenteísmo no meio médico (Joffe, 2020), que abordaremos nos Capítulos seguintes. Esse termo significa o ato de trabalhar mesmo estando doente e nos indica a força contrária que há em relação à representação de fragilidade no meio médico.²⁶

No caso das médicas gestantes, um lugar lhes é dado *a priori*, naturalizando essa condição que as levam a ser pacientes porque ser mulher é ser gestante em potencial. Ademais, a maternidade é tida como condição mais próxima da natureza e menos da racionalidade, atributo que historicamente foi associado à essência do gênero masculino.

²⁶ O conceito de representação ocupa um importante lugar na teorização contemporânea sobre identidade, mas sua discussão não será tratada aqui, pois não é temática desta pesquisa. Porém, situo o uso do termo em concordância com o que Silva (2012) indica: “quem tem poder de representar tem o poder de definir e determinar a identidade.” (Silva, 2012, p. 55). No caso que discuto, considero que quem cria a representação do que é ser médico é o grupo médico e tanto os relatos sobre a dificuldade de lidar com o próprio adoecimento e ser paciente quanto o que estou sugerindo nessa tese é um modo de questionar os sistemas de representação que dão suporte e sustentação a identidade médica.

Ou seja, a experiência da maternidade é socialmente posta como ligada ao corpo, ao biológico, ao instinto, ignorando as interpretações de escolha ou construção social. A abstração do masculino como figura racional o conecta às noções de lógica, domínio dos instintos e regulação das emoções e sentimentos.

É por esse caminho reflexivo que sugerimos interpretar como a noção de invulnerabilidade se arraiga no imaginário do que é ser profissional médico. Hall (2012; 2019) afirma que a identidade é o que sutura os sujeitos às estruturas de significação, e de acordo com pesquisas sobre a formação da identidade médica e os modos de transmissão da definição de profissional médico como impessoal, há reforço do ensino de distanciamento afetivo e o autocontrole como atributos desejáveis do profissional médico, que são elementos que contribuem para a formação do ideal de invulnerabilidade.

Um exemplo de como se dá a internalização da impessoalidade e como indiretamente se aprende a se tornar distante da vulnerabilidade é trazido por Maria Benedetto e Dante Gallian (2018). Os autores, em uma pesquisa em que acompanham uma disciplina da Universidade Federal de São Paulo, sem indicação de período, que discute aspectos de humanização em saúde, com estudantes de Medicina e Enfermagem, falam sobre a internalização da desumanização em estudantes de Medicina. Junto a observação da disciplina, os autores entrevistam 5 estudantes de Medicina e 3 estudantes de Enfermagem e entre as narrativas ouvidas dos informantes do curso de Medicina, os autores relatam sobre um estudante de Medicina que lhes contou sobre a “experiência marcante vivida por um colega em fase precoce do curso. Este foi observar uma consulta na oncologia, em que o paciente era um rapaz de dezoito anos, portador de um tumor cerebral, para o qual haviam dado uma previsão de três meses de vida” (Benedetto, Gallian, 2018, p. 1201), e a transcrevem:

Meu colega tinha quase a mesma idade do paciente e ficou muito afetado com o que presenciou. Tratou-se de uma consulta enfocada basicamente em aspectos técnicos, quando seria procedente fazer muito mais que isso. Ele colocou-se no lugar do paciente e chorou muito quando chegou em casa. Assim como o paciente não teve nenhuma oportunidade de receber um atendimento que também suprisse suas necessidades emocionais e/ou espirituais, meu colega também **não teve nenhum suporte para lidar com essa experiência**. Deveria haver uma forma de concluir (como?) aquele atendimento ocorreu. E esse meu colega criou uma barreira psicológica em relação a situações similares. Sofreu tanto, não soube lidar e disse: “nunca mais vou prestar atenção nisso para não me prejudicar, para não sofrer”. Se a pessoa cria essa barreira já no início do curso, fica difícil aprender como se envolver

sem mergulhar em tanto sofrimento. Penso que fatos assim podem levar à desumanização. (Benedetto; Gallian, 2018, p. 1.201, grifos nossos).

A ausência de suporte emocional vivenciada pelo estudante pode resultar no que o informante sugere, desumanização, que é comportamento aproximado do distanciamento emocional, sentimental e das incompreensões sobre fragilidade e vulnerabilidade humana. O conflito entre aprendizado técnico e os limites emocionais do profissional médico em formação se constroem “na medida em que [os alunos de Medicina] avançam na graduação [e] vão aprendendo a ocultar ou ignorar suas emoções e sentimentos” (Benedetto; Gallian, 2018, p. 1.200).

Os autores apontam possíveis causas dessa ocultação e ignorância: esconder as sensações de impotência, fugir do sofrimento, imitar aqueles que lhes servem como modelo (professores e tutores) e porque têm suporte institucional para lidarem com as dificuldades postas em cenários clínicos. Essas desatenções desenrolam-se junto às exigências de um ideário profissional que normaliza o distanciamento emocional que se prolonga durante o exercício médico e reforça a prática da masculinidade hegemônica. Clavreul (1983), ao dizer sobre o poder médico voltado aos próprios médicos, atenta sobre o predomínio do discurso médico acima de outros desejos que o próprio médico possa ter.

É inexato dizer apenas que a medicina despossui o doente de sua doença, de seu sofrimento, da sua posição subjetiva. Ela despossui, do mesmo modo, o médico, **chamado a calar seus sentimentos porque o discurso médico exige**. Ao mesmo tempo em que o doente, como indivíduo, se apaga diante da doença, o médico enquanto pessoa também se apaga diante das exigências de seu saber.” (Clavreul, 1983, p. 49, grifos nossos).

Essa exigência de silenciamento sentimental da qual Clavreul (1983) diz não se restringe a uma escolha individual do estudante ou do médico, mas expressa um padrão comportamental que atravessa a profissão médica. O processo de socialização médica molda subjetividades para atender a expectativa profissional de que a vulnerabilidade é incompatível com a prática profissional. Características associadas ao masculino definido pela masculinidade hegemônica aproximam-se dos requisitos para o exercício da medicina que são disseminados pela cultura médica.

Connell (2003) afirma que há tendência de as instituições se constituírem de acordo com o pensamento do gênero predominante e, afirma, também, que as práticas de

gênero extrapolam o gênero de identificação, ou seja, uma pessoa que se identifica como mulher pode agir em prol do reforço da masculinidade hegemônica. Desse modo, é conveniente entendermos que mais importante que o gênero dos produtores da prática médica, são os esquemas de pensamento sobre gênero que percorrem no meio médico. É através desse entendimento que é possível compreender que apesar da Feminização da Medicina, o meio médico é meio de prática de masculinidade hegemônica. Isso ficará evidente quando apresentaremos, nos Capítulos seguintes, como as médicas dependem de comportamentos reforçados pela prática da masculinidade hegemônica para se manterem nos espaços profissionais que circulam e atuam.

Podemos afirmar certa homogeneização do entendimento sobre a identidade médica na literatura que versa sobre profissionais médicos como paciente. Como Silva (2012) coloca, em relação à identidade e diferença, “a identidade hegemônica é permanentemente assombrada pelo seu Outro, sem cuja existência ela não faria sentido” (Silva, 2012, p. 51). No caso da identidade médica e sua relação com o gênero, a exaltação de valores considerados essenciais aos profissionais (como racionalidade, objetividade e autocontrole) produz um ideal de médico reforçando as diferenças de gênero. Médicos e médicas são socializados a compreender suas próprias habilidades de maneiras distintas, e essas mesmas diferenças são o que orientam as justificativas das disparidades nas escolhas das especialidades e nas trajetórias de carreira entre homens e mulheres.

A concentração da escolha de atuação das mulheres médicas em determinadas especialidades, apesar da Feminização da Medicina, mostra a persistência do padrão de diferenças entre como cada gênero entende sua própria identidade médica. Ao considerar a identidade médica em articulação com os estudos sociológicos de gênero, percebemos que ser médico não é apenas resultado de processos de socialização profissional, mas também de práticas generificadas que reforçam ou tensionam hierarquias simbólicas.

Essa perspectiva é fundamental para compreendermos por que há as diferenças de situações em que a vulnerabilidade dos profissionais é negada ou minimizada, configurando uma prática próxima da masculinidade hegemônica. No capítulo seguinte, apresentaremos a Síndrome de Esmeraldite como expressão paradigmática dessa dificuldade, e no subcapítulo traremos as definições dos entrevistados da pesquisa, sobre esse termo e sobre o que é ser paciente.

4. SÍNDROME DE ESMERALDITE

Síndrome de Esmeraldite é um jargão do meio médico, que não possui descrição acadêmica nacional ou internacional, não tendo sido encontrada nenhuma atenção em pesquisas para a existência desse termo nativo da área médica. O termo “Síndrome de Esmeraldite” não aparece nos buscadores das bases de artigos de pesquisas nacionais e internacionais utilizadas (Lilacs, PubMed, Scielo e Capes), nem em português ou com possíveis traduções em outras línguas.

As definições foram encontradas em artigos de opinião escritos por médicos em revistas científico-culturais da área médica (Techy, 2006; Skare 2007), em espaços virtuais (Gazeta de Alagoas, 2018; Diehl 2020), em entrevistas de médicos concedidas a pesquisadores (Gomes, 2010; Sens, 2006), e em espaços outros, como entrevistas (Ribeiro, 2003) e escritos de profissionais que trabalham com médicos (Pimentel; 2005). Todas as definições encontradas foram em publicações brasileiras.

Síndrome é um conjunto de sinais e sintomas de determinada condição ou disfunção corporal ou psíquica que aparecem de forma simultânea ou recorrente. Dentro da prática médica, é preciso que esses sinais e sintomas sejam analisados em conjunto, e não individualmente, pois só assim é possível identificar um quadro clínico específico, mesmo que a causa ainda não seja totalmente conhecida.

De acordo com os materiais citados, a Síndrome de Esmeraldite se apresenta pelas seguintes formas: excesso de zelo que o médico tem quando o paciente é uma pessoa próxima a ele (Ribeiro, 2003); dificuldade de médicos cuidarem de médicos por conta da tensão gerada na relação (Sens, 2006); médicos serem “os piores doentes que outro médico possa atender” (Skare, 2007); atitude de interferir no seu tratamento (de um familiar ou de um conhecido) por outro médico e omitir ou alterar resultados de seus exames (Techy, 2006); e resistência aos cuidados com a própria saúde (Pimentel, 2005).

Esse conjunto de definições pode ser compreendido pela afirmação de descuido dos profissionais médicos consigo mesmo. Dados que indicam que “médicos não se cuidam” estão dispersos em matérias de revistas médicas, escritos médicos (livros e registros em espaços variados da internet) e dados científicos de pesquisas sobre altas taxas de adoecimento nesse nicho profissional. Para, então, sustentar os dados que

conferem existência à Síndrome de Esmeraldite, utilizamos estudos qualitativos sobre adoecimento entre médicos e a dificuldade de serem pacientes. Essa temática é escassa nas pesquisas brasileiras, porém possuem grande atenção em pesquisas fora do Brasil.

Causas e consequências de desatenção de médicos sobre os cuidados de si foram abordadas por pesquisadores em diversos países, sob o viés compreensivo de que a identidade profissional médica acoplam-se exigências, responsabilidades sociais e problemáticas de recursos para exercê-la de forma satisfatória. Isso resulta em altos índices de automedicação e autotratamento *self treatment* (Tarkowski *et al.*, 2016), *burnout* e suicídio (Tyssen, 2001) e vício em medicamentos devido à alta demanda psicológica e a carga de trabalho excessiva (Wistrand, 2017). Esses desencadeamentos dados pela expectativa de alta performance produzem baixa satisfação profissional, estafa, dependência de álcool e desenvolvimento de doenças psíquicas (Tyssen *et al.*, 2007; Gracino *et al.*, 2016; Nogueira-Martins, 2003; Lourenção; Moscardini; Soler, 2010; Tironi *et al.*, 2009; Dias, 2015).

Outros dados que auxiliam a compreender os modos de adoecimento no meio médico são relatos divulgados pelos próprios profissionais sobre momentos em que eles foram pacientes, como Oliver Sacks (1991), Edward Rosenbaum (1993), Geoffrey Kurland (2004), Drauzio Varella (2007), Brit Haver (2010) e José Jackson Sampaio (2022). Embora os relatos sejam bem diferentes entre si, um ponto comum é a presença da dificuldade em aceitar a perda, mesmo que temporária, do *locus* social de quem trata, diagnostica, receita medicamentos, realiza cirurgias. Wistrand (2017) denomina de “paradoxo do médico doente” (*sick doctor as paradox*) os dilemas relacionados ao impacto na identidade, no papel profissional e na percepção da imagem social quando o médico admite estar doente ou em sofrimento e decide buscar ajuda. Esse conflito identitário se dá via função profissional, porque, como o autor coloca, o médico como paciente se angustia porque se sente “menos médico”.

Há diversas pesquisas que buscam explicar quais são as expectativas sociais acerca dos médicos e os porquês das tensões que ocorrem na relação médico-paciente quando o paciente é médico. Nas pesquisas consultadas foram encontrados os seguintes conceitos que dizem sobre as expectativas e tensões: inversão de papéis (*role reversal*) (Morishita; Iida; Nishigori, 2019), dilema de papéis (*role dilemma*) (Wistrand, 2017) e ambiguidade de papéis (*role ambiguity*) (Jaye; Wilson, 2003). Nota-se que todas as

explicações perpassam pelo conceito de papel social (*role*). Tarkowski *et al.* (2016) denominam a situação do médico-paciente de relação invertida (*reversal relationship*), marcando a importância da explicação através da expectativa de papéis. A noção de curadores feridos (*wounded healers*)²⁷ também está presente na literatura que se preocupa em explicar aspectos subjetivos e psíquicos da dificuldade do médico aceitar o seu lugar de paciente.

Diversas pesquisas apontam quais consequências advém desse comportamento dos profissionais médicos em não aceitarem esse lugar. Pela recusa em buscar tratamentos e consultas com outros médicos, os médicos adoecidos praticam a autoprescrição (*self-prescribing*) (Jaye; Wilson, 2003); o autodiagnóstico (*self-diagnose*) (Jaye; Wilson, 2003) (*self-diagnosis*) (Tarkowski *et al.*, 2016), o autotratamento (*self treatment*), o presenteísmo (*presenteism*) (Morishita; Iida; Nishigori, 2019) e a automedicação (*self doctoring*) (Cockerham, 1981). Causas dessa recusa advém do medo da perda de confiabilidade e privacidade no meio profissional (Schneck *et al.*, 1998 *apud* Steffen *et al.*, 2015; Tarkowski *et al.*, 2016).

Jonatan Wistrand (2016), no texto citado, diz sobre barreiras específicas que médicos enfrentam para procurar tratamento quando adoecem. O autor utiliza, como material para análise, dois relatos autobiográficos de doenças pessoais descritas por médicos junto a um relato semificcional que aborda esse tema.²⁸ O recorte escolhido por Wistrand (2016) é abordar adoecimento por vício em morfina porque “o uso indevido de drogas e a prática médica são atividades incomensuráveis e, mais cedo ou mais tarde, a prática profissional do médico viciado será impossível de manter a menos que se obtenha

²⁷ A noção de *wounded healer* baseia-se nos arquétipos estudados pelo psiquiatra suíço Carl Jung. Essa noção do Curador Ferido, visa explicar que aqueles que são capazes de curar suas feridas aprendem o caminho e podem guiar os demais, e é utilizada em alguns trabalhos para afirmar que os médicos (curadores) que passam por doenças conseguem lidar melhor com seus pacientes. É importante notar que o arquétipo é conceito da psicologia analítica, não tendo valor científico para a Sociologia, além de ser uma noção presente em mitos e tradições religiosas, extrapolando a explicação psicológica. Possui relação com o mito de Asclépio, que será apresentado adiante nesse texto.

²⁸ Os escritos analisados são o conto semificcional *Morphine* (1927), escrito pelo médico Mikhail Bulgakov, e duas narrativas autobiográficas de médicos viciados em morfina: *God's medicine (morphine addiction)* (1952), de Dr. RHK e *Sista sprutan* (1988) (em inglês, *The last shot*), do médico norueguês Knut Alm. As traduções dos títulos citados são, respectivamente: Morfina, O remédio de Deus (vício em morfina) e O último tiro.

ajuda externa e que o médico assuma o papel do paciente” (Wistrand, 2016, p. 20, tradução nossa)²⁹.

Esse autor se preocupa em destacar que a condição de paciente vivenciada por médicos é um “paradoxo” porque o médico, mesmo doente, quer manter sua identidade profissional, já que esse indivíduo é acostumado a ser autoridade. Para explicar sobre a transição dos papéis (de médico para paciente), utiliza ideias de Talcott Parsons, explicadas anteriormente, que dizem sobre o quanto médico e paciente ocupam papéis distintos e hierárquicos. O que nos importa destacar é o apego explicativo no conflito de papéis, que embora útil, não captura a complexidade da prática médica contemporânea.

É importante atentarmos que Wistrand (2017) não se preocupa em abordar o gênero em sua análise. Porém, todos os relatos utilizados em sua análise são escritos por homens tal qual são os relatos que mencionei há pouco: Sacks (1991), Rosenbaum (1993), Kurland (2004), Varella (2007) e Sampaio (2022). A exceção é Haver (2010).

Chrystal Jaye e Hamish Wilson (2003) realizaram entrevistas com 26 clínicos gerais, atuantes na Nova Zelândia, na região de Otago/Southland, com o objetivo de investigar os modos de lidar com o próprio adoecimento. Os autores não especificam o período das entrevistas, mas citam que foram 17 profissionais do sexo masculino e 9 do feminino. Utilizaram como critério de participação o profissional já ter adoecido e concluíram sobre alguns aspectos que interferem na consulta entre médicos. Os autores não mencionam sobre diferenças nas experiências e perspectivas de participantes homens e mulheres, porém destacam barreiras simbólicas que os médicos enfrentam na busca por cuidados de saúde por conta da ambiguidade de papéis (*role ambiguity*). Os autores colocam que:

[os] discursos conflitantes são evidentes na interseção entre condição de paciente, profissionalismo e competência na consulta entre médicos. Argumentamos que isso frequentemente resulta em ambiguidade de papéis. A capacidade de abrir mão do controle e ser um “bom” paciente pode facilitar uma consulta “adequada”, mas há uma tensão

²⁹ “Drug misuse and doctoring are incommensurable activities and sooner or later the addicted doctor’s professional practice will be impossible to maintain unless external help is gained and the doctor approaches the role of the patient” (Wistrand, 2016, p. 20).

considerável em permitir que isso aconteça (Jaye; Wilson, 2003, p. 221, tradução nossa).³⁰

Os autores, ainda, dizem sobre o quanto esses profissionais que adoecem vêem a doença como fraqueza (*weakness*) e que sentem vergonha (*shame*) em serem pacientes. Além da ambiguidade de papéis enfrentada pelo médico-paciente, o médico do paciente-médico necessita de atenção porque também enfrenta desconforto (*role discomfort*), ao ter como paciente um indivíduo que compartilha consigo símbolos profissionais. Os autores afirmam que diante a ansiedade de desempenho (*performance anxiety*) “há um apelo desses entrevistados para que a formação médica inclua como ser médico para outros médicos e como lidar com colegas mais experientes que adoecem” (Jaye; Wilson, 2003, p. 221, tradução nossa).³¹

Mariko Morishita, Junko Iida e Hiroshi Nishigori, (2019) realizam revisão de literatura de pesquisas que investigam as experiências de médicos quando adoecem e como essas vivências influenciam sua prática clínica. Os autores utilizam cinco bases de literatura científica (Academic Search Complete, Google Scholar, PubMed, ProQuest, Ichushi-Web) considerando textos publicados até 2017, resultando em 57 artigos e 8 livros para a análise. O que os autores extraem como experiência comum são o comportamento dos profissionais médicos continuarem agindo como médico mesmo sendo paciente; dificuldade em assumir a posição de paciente, o que denominam de inversão de papéis (*role reversal*); automedicação (*self-medication*); autotratamento (*self-treatment*); autoatendimento (*self-doctoring*); presenteísmo e transformação em curadores feridos (*wounded healers*), que significa que os profissionais tendem a usar o aprendizado da experiência de adoecimento para compreenderem melhor seus pacientes.

Essa preocupação com o *lôcus* do profissional médico, na situação de atendente ou na situação de paciente, evoca considerações sobre fixidez de papel e aponta para a ideia de que o exercício da Medicina não se restringe a uma atividade profissional, mas

³⁰ These competing discourses are evident in the intersection of patienthood, professionalism and competency within the doctor-to-doctor consultation. We argue that this often results in role ambiguity. The ability to surrender control and be a ‘good’ patient may facilitate a ‘proper’ consultation, but there is considerable tension in allowing this to happen (Jaye; Wilson, 2003, p. 221).

³¹ There is a plea from these respondents that medical training should include how to be a doctor for other doctors and how to deal with senior colleagues who become unwell (Jaye; Wilson, 2003, p. 221).

constitui uma forma de ser, uma identidade em tempo integral: é preciso ser médico em tempo integral. Analisaremos adiante elementos do meio médico que reforçam essa ideia de ser médico é abdicar de qualquer coisa externa além da prática médica. Por ora, importa-nos apontar que isso faz com que a passagem para a posição de paciente seja vivida como ruptura ou ameaça. A dificuldade em transitar entre papéis, tão marcada nas pesquisas sociológicas sobre o profissional médico como paciente, demonstra os limites das teorias que apresentamos anteriormente, seja de viés estrutural-funcionalista ou de viés interacionista-simbólico, porque trabalham com categorias fixas e, assim, desconsideram o *lócus* do profissional médico-paciente como algo mais complexo do que a simples alternância entre papeis.

Em uma análise sobre relação médico-paciente, Andrea Caprara e Anamélia Franco (1999) fazem uma revisão de literatura em busca de aspectos da comunicação dessa relação e abordando, vivências de médicos enquanto pacientes. As autoras mencionam que os poucos médicos que escreveram sobre a experiência da doença que viveram, “revelam como a formação médica é intensamente orientada para aspectos que se referem à anatomia, à fisiologia, à patologia, à clínica, desconsiderando a história da pessoa doente, o apoio moral e psicológico” (Caprara; Franco 1999, p. 650). Essa característica da formação médica é intensamente discutida por pesquisadores, produzindo uma concordância geral sobre a impessoalidade dos profissionais para com os pacientes.

Jane Russo (2006), antropóloga, apresenta uma reflexão sobre a criação da impessoalidade no meio médico. A autora explica:

Estudantes de Medicina são apresentados ao corpo humano pelas figuras de seus livros de anatomia e, sobretudo, pelas aulas de anatomia humana. Nessas aulas têm contato com o que se chama ‘peças’ — normalmente pedaços do corpo, um braço, um órgão, um osso, raramente um corpo inteiro. Não se trata, evidentemente, do corpo tal como o estudante o vê na rua, em casa, entre seus colegas, em família. É um outro corpo. Um corpo *objetificado*, ou, como prefiro chamá-lo, um *corpo-objeto*, que não existe na vida real, apenas nos livros e nas aulas de anatomia. De fato, mais adiante em seu curso, quando faz sua entrada na clínica e passa a ver pacientes reais em enfermarias reais, o aluno jamais encontra esse corpo-objeto que serviu de base para seus conhecimentos anatômicos. Encontra *corpos-pessoas* (Russo, 2006, p. 208, grifos originais).

A priorização do olhar ao corpo-objeto sobre o corpo-pessoa os cursos de Medicina influencia os alunos a compreenderem corpos-pessoas em fragmentos, desconectados da pessoa de fato – e de sua vida, sua subjetividade, suas singularidades, que resistem a redução a mero objeto.

O meio médico, reconhecidamente como um meio competitivo, pode levar ao “embrutecimento” dos profissionais, em formação ou atuantes (Buttarelli, 2016).³² Por consequência, de acordo com Victor Hugo dos Santos e colaboradores (2020), é conformada a inexpressividade do sofrer diante o reforço de negação de espaços para que esses indivíduos expressem suas vulnerabilidades. Esses autores realizam uma revisão bibliográfica sobre currículo oculto no ensino da Medicina e concluem que há uma dinâmica do aprendizado do silenciamento do sofrimento desde a graduação de Medicina, pois “ocorre com o(a)s médico(a)s, que, quando se sentem vulneráveis, não expressam suas emoções diante do(a)s estudantes, fortalecendo a ideia de que a expressão emocional não importa e que a sua ausência é normal” (Santos *et al.*, 2020, p. 8).

Similarmente, em pesquisa com 30 profissionais médicos atuantes em consultórios privados, sem especificação do local e ano de realização, Laura Castellano e Liliana Wahba (2020) afirmam que esses profissionais são pouco atentos às suas emoções. As autoras mencionam que mesmo quando os profissionais médicos as reconhecem, encontram dificuldade para falar sobre elas e refletir sobre “como” e “o que” os afeta. Isso está relacionado à configuração desse meio profissional, pois indivíduos em formação e em exercício são estimulados socialmente à crença e à sensação de invulnerabilidade (Jaye, Wilson, 2003; Klitzman, 2008), experimentam novos medicamentos em si mesmos para fins científicos (Wistrand, 2017), apresentam formas de resistência quando confrontados com a exaustão (como, por exemplo, uso de medicamentos ou drogas ilícitas) e buscam, nas palavras de Tarkowski *et al.* (2016), terem imagem onipotente para seus pacientes e para os membros de sua própria comunidade.

³² Esse termo, que condiz a um comportamento rude e insensível, adveio da fala de estudantes de Medicina, da Universidade de Campinas, os quais tive a experiência de acompanhar durante aulas da disciplina de Sociologia. Em 2016, fui aluna do Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) em Ciências Sociais em Saúde, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade mencionada. O termo “embrutecimento” aparecia frequentemente nas aulas, durante momentos de reflexão sobre as mudanças ocorrendo nos estudantes ao iniciarem seu contato com cadáveres e pacientes. E, também, era termo utilizado para se referir a como alguns veteranos falavam do comportamento de alguns tutores.

O conjunto desses dados apontam para a formação da sensação de invulnerabilidade, corporal e simbólica, que permeia as percepções de profissionais médicos sobre o seu meio (sobre si mesmos e seus pares). Junto a isso, há dificuldade de alteridade do aprendiz médico (Lerman; Fiore; Blay, 2016) e afastamento do reconhecimento do sofrer do Outro pelo próprio discurso racional da Medicina, como Kenneth Camargo (1992), em um estudo sobre aspectos sociológicos em sua experiência como médico, nos diz:

Uma das frases que mais ouvi, tentando justificar o não-esclarecimento de pacientes sobre o que o médico pensa e pretende fazer é: "não adianta explicar nada para estas pessoas, são ignorantes" (e suas variações). O que efetivamente ocorre é que situações que poderiam ser entendidas são expostas num jargão ininteligível - a não ser para quem já é um iniciado. (Camargo, 1992, p. 219).

Todas essas interpretações de pesquisadores sobre os ambientes médicos, de ensino e de trabalho, alertam para o entrelaçamento de inabilidades de comunicação emocional (reprimidas pelo próprio meio médico) e para a ausência de vínculo com pacientes, gerados por falta de sensibilidade de se reconhecer no Outro. Os elementos de distanciamento entre o médico e o paciente são marcas sociologicamente identificáveis de classificação social, que no Brasil, se dá pela concessão de *status* e privilégios a essa “profissão imperial” (Vargas, 2010) e, como buscamos demonstrar neste texto, também por meio de vieses de gênero.

Nos estudos sobre a relação médico-paciente é evidente o consenso dos pesquisadores de que há um limbo que separa os dois lados dessa relação que se justifica pela dominação do conhecimento por parte do médico e assujeitamento do paciente. Porém, quando o paciente é médico, essa relação de poder toma outro formato, pois o paciente é ativo. Entendemos que esses distanciamentos entre médico e paciente, nos casos dos pacientes médicos, estão menos conectados às definições de *role reversal*, *role dilemma*, *role ambiguity* ou no paradoxo *sick doctor* e mais próximos à compreensão que trazemos do meio médico pela perspectiva dos estudos de gênero: o controle das emoções, como o silenciamento do sofrimento quando o corpo está adoecido, desenrola-se por um viés masculino hegemônico porque a Medicina é historicamente androcêntrica.

Todas esses estudos apresentados e mencionados até agora não significam ou categorizam a Síndrome de Esmeraldite. Os conceitos e elementos explicativos tangenciam a definição geral desse jargão: médicos não aceitam serem pacientes. Em

contribuição a essa escassez, apresentaremos a seguir as definições trazidas pelos informantes desta pesquisa.

4.1 APRESENTAÇÃO DOS MÉDICOS E MÉDICAS ENTREVISTADOS

A partir de agora, serão apresentados os dados extraídos desta pesquisa. Neste subcapítulo apresentaremos a qualificação dos e das profissionais entrevistados, trechos de suas falas e respostas a perguntas específicas feitas durante a entrevista. Traremos discussões bibliográficas para dialogar com o que foi expresso pelos participantes. A seguir, apresentaremos dados dos sete informantes, indicando suas identificações anônimas, especialidades médicas e tempo de atuação profissional, local de trabalho atual, suas idades, cor de pele e gênero e se houve ou não relato sobre ter sido paciente durante o exercício profissional. Essa última informação é a que nos importa detalhar e discutir.

Como pode ser visto pelos dados da tabela a seguir, não há discrepâncias marcantes em relação as localizações geográficas dos participantes, sendo a maioria do Estado de São Paulo, contando com apenas um participante do Estado de Minas Gerais. Em relação as idades, a maioria se coloca na faixa dos 40 anos, um pouco mais ou menos, divergindo disso o informante de 32 anos e o de 54 anos. Quanto à cor da pele, todos os participantes se declararam brancos e em relação ao gênero, todos se definiram como cisgênero.

Tabela 3. Qualificação dos participantes da pesquisa

Identificação	Especialidade e tempo de atuação profissional	Local de trabalho atual	Idade, cor da pele e gênero	Relato sobre ter sido paciente
Dr. A	Ortopedia, 9 anos	Clínica privada, Estado de São Paulo	42 anos, branco, cismasculino	Não houve
Dr. B	Pneumologia, 10 anos	Hospital público e clínica privada, Estado de Minas Gerais	46 anos, branco, cismasculino	Não houve
Dr. C	Clínico Geral, 6 anos	Clínica privada, Estado de São Paulo	32 anos, branco, cismasculino	Afastamento por estresse (Internato)

Dra. D	Geriatría, 15 anos	Hospital privado, Estado de São Paulo	43 anos, branca, cisfeminino.	Gestação
Dra. E	Oncologia clínica (paliativista), 15 anos	Hospital privado, Estado de São Paulo	44 anos, branca, cisfeminino.	Burnout
Dra. F	Clínica Geral, 12 anos	Clínica privada, Estado de São Paulo	37 anos, branca, cisfeminino.	Gestação
Dr. G	Cardiologista, 28 anos	Hospital privado e clínica privada, Estado de São Paulo	54 anos, branca, cismasculino.	Covid-19

Destacamos a existente homogeneidade racial do grupo de participantes, composto exclusivamente por profissionais que se autodeclararam brancos. As desigualdades e as práticas excludentes na educação e profissão médicas são barreiras constantes no histórico da Medicina. Edmilson Araújo e colaboradores (2023), em um artigo em que analisam o acesso de estudantes negros à graduação em Medicina, apontam como barreiras institucionais, culturais e sociais reproduzem a predominância branca nesse campo profissional. Embora os participantes de nossa pesquisa tenham sido poucos, a pouca representatividade não-branca da profissão médica é problemática geral.

As transcrições das falas dos informantes que compõem esse subcapítulo são partes do diálogo desenrolado através da entrevista semiestruturada realizada para o levantamento de dados. Da enorme quantidade de dados que uma pesquisa qualitativa produz, cabe ao pesquisador escolher quais são os principais a serem sistematizados e expostos na lógica textual. Assim, como o tempo concedido pelos informantes foi limitado a em torno de 20 minutos, direcionemos as questões de forma mais direto possível aos objeto e objetivo da pesquisa. Desse modo, o conjunto de perguntas do roteiro de entrevista foram divididas em três blocos, conforme apresentei no capítulo *Métodos*.

Adicionamos que diante da negativa de resposta para a pergunta “Você conhece o termo Síndrome de Esmeraldite?”, caso o profissional não conhecesse o termo e não soubesse do que se tratava, sugerimos uma definição. Diante negativa de resposta sobre experiências de já ter sido paciente após o exercício médico, buscávamos acessar impressões acerca de adoecimentos de outros profissionais médicos e/ou como o

informante percebia o modo de lidar com a situação de ser paciente-profissional médico, como está posto nas perguntas do segundo bloco de perguntas, tal como apresentado no capítulo *Métodos*. Ademais, aos informantes que negaram experiência de terem sido pacientes, sugerimos um exercício imaginativo sobre a condição de ser paciente, o qual abordaremos no capítulo seguinte.

Dos sete profissionais médicos e médicas entrevistados, três afirmaram conhecer o termo Síndrome de Esmeraldite (Dr. A, Dr. B e Dr. C) e negaram conhecer o termo correlato. Os demais informantes, além dos Drs. A, B e C, afirmaram não conhecer o termo Síndrome de Esmeraldite. Todos os participantes afirmaram não conhecer termos correlatos.

A Síndrome de Esmeraldite foi definida pelos informantes que conheciam o jargão como:

Síndrome de Esmeraldite é uma crença, até uma chacota, que diz que o médico morre da doença pela qual ele se especializou. Como se fosse uma vingança do destino pelo médico achar que domina tudo (Dr. A).

É uma coisa mística, como se fosse uma maldição que cai sobre os que exercem a Medicina. Como se o destino falasse: você acha que sabe tudo? Olha... vou te mostrar que não está no controle! Parece, no fundo, que é uma briga entre humanos e o divino (Dr. B).

Tem médico que tem medo, tem superstição... se Síndrome de Esmeraldite fosse verdade, como ficariam os ginecologistas? (Dr. C).

As definições trazidas pelos informantes são diversas, como se percebe pelo uso dos termos variados: crença, chacota, vingança do destino, coisa mística e superstição. Dr. A aponta um sentido restrito, ao dizer sobre a Síndrome significar o médico ficar doente da doença ou da área em que ele é especialista. Dr. A e Dr. B mencionam elementos supersticiosos ao referenciarem o termo *destino*. Dr. C menciona elemento supersticioso através de referência ao corpo por aquilo que ele julga ser coerente entre sexo biológico e gênero.

Apesar da aparência metafísica contida nas falas do Dr. A e do Dr. B, essa definição advém de fatores sociais. Há significações de termos no meio médico que aproximam o exercício da Medicina a fatores extramundanos, que colocam os

profissionais médicos em posições de onipotência (Tarkowski *et al.*, 2016). Sugerimos que esse imaginário relaciona-se com o desenvolvimento histórico da Medicina Ocidental, que embora tenha a prática baseada na ciência moderna, mantém elementos míticos relacionados a figura do profissional médico.

Durante uma parte da Antiguidade grega, o que hoje entendemos como prática médica era prática de sacerdotes, entendida como atividade que aproximava aquele que a exercia do ser divino superior. Esses praticantes eram os asclepiades, atuantes nos templos do deus Asclépios. Os tratamentos dos doentes, quando bem sucedidos, vinham do poder de Esculápio que os curava ou através das orientações sobre procedimentos terapêuticos e espirituais que o deus transmitia aos asclepiades. A divinização da figura do profissional médico encontra embasamento nessa simbologia. Posteriormente à esse período, desenvolveu-se a Medicina cunhada por Hipócrates, que ainda hoje encontra referência para a conduta médica. As figuras de Asclépios e Hipócrates estavam presentes em alguns consultórios que a pesquisadora esteve, durante o período de convites para essa pesquisa. Foram observados quadros e esculturas de suas figuras, às vezes apenas um ou outro e às vezes ambos no mesmo espaço.

Asclépios /Esculápio (grego/romano) é considerado o iniciador da Medicina. Foi salvo do ventre da mãe, cujo corpo se queimou, e criado pelo centauro Quíron, com o qual aprendeu sobre ervas e a arte da cura (Groesbeck, 1975). Esse mito, segundo Neto (2013), é coerente com a crença de que o médico deve passar por algum tipo de sacrifício para que possa exercer plenamente seu ofício, além do endeusamento que marca sua escolha. “As dores teriam tornado Asclépios capaz de compreender todo o sofrimento dos doentes, encontrando remédio para todos os males” (Neto, 2013, p. 268). Já Hipócrates (século V a.C.) é considerado o iniciador da Medicina moderna, por ter afirmado que as doenças resultam de leis naturais e não pela vontade dos deuses. A mudança trazida pelo *Corpus Hippocraticum* (coleção de textos atribuídos a Hipócrates e seus discípulos) não eliminou a religiosidade como explicação para o processo saúde-doença, mas trouxe desenvolvimento clínico à prática.

Em uma análise sobre o uso de juramentos nas faculdades de Medicina do Brasil, Almir Bitencourt e colaboradores (2007) afirmam que a utilização de juramentos médicos é amplamente difundida no Brasil, mas em contraste com tendências internacionais, ainda se baseia predominantemente no Juramento de Hipócrates. Participaram da pesquisa, baseada em questionário, 48 faculdades, sendo 38 as que enviaram aos pesquisadores os

juramentos utilizados na solenidade da colação de grau. Os conteúdos foram comparados com temas presentes ou ausentes no Juramento de Hipócrates e em outros juramentos modernos. Em conclusão, os autores colocam que faltam referências a princípios atuais, utilizados em outros tipos de juramento, além do de Hipócrates, como autonomia do paciente e justiça.

Das repetições apresentadas na comparação entre os elementos dos juramentos analisados e sua presença ou ausência no original Juramento de Hipócrates, é interessante o dado de que 26,3% - correspondente a 10 juramentos, no total de 38 analisados - invocam alguma divindade antes da realização do juramento ao exercício profissional. Os autores não especificam se tal invocação advém de faculdades católicas, por exemplo, ou se repetem estritamente a abertura da primeira versão do Juramento³³, porém, mencionam que defendem que os juramentos deveriam ser contextualizados com a realidade contemporânea e discutidos com os estudantes durante a graduação, para evitar que se tornem apenas um rito vazio.

Aspectos similares sobre o desempenho divinizado ou sacerdotal dos profissionais são existentes no meio médico, através da disseminação de ideais de perfectibilidade, infalibilidade e abdicação de atividades que não sejam relacionadas à Medicina. Os profissionais médicos aprendem que são um grupo especial porque são cumpridores de uma missão, no sentido de que devem ser médicos o tempo todo e acima de qualquer outro desejo. Laura Colenbrander, Louise Causer e Bridget Haire (2020), em uma pesquisa com dez estudantes de Medicina e profissionais recém-formados, de faculdades de Medicina de Sydney, na Austrália, abordam a existência de uma cultura de autossacrifício (*self-sacrifice*) na profissão médica.

As autoras trazem que a profissão médica caracteriza-se pela hierarquia, principalmente aos profissionais em início de carreira, e destacam o uso de abuso verbal como rito de passagem (*rite of passage*). Isso porque estudantes e profissionais são submetidos a normalização de padrões extremamente altos de desempenho que causa exaustão e privação da vida pessoal. Devido ao entendimento de que isso faz parte do

³³ O Juramento de Hipócrates, originalmente escrito no século V a.C., inicia-se: “Juro por Apolo, médico, por Asclépio, por Hígia e Panaceia, e por todos os deuses e deusas, tomando-os por testemunhas, que cumprirei, segundo meu poder e julgamento, este juramento”. Diversas adaptações foram realizadas, sendo a primeira realizada após a Segunda Guerra Mundial, na Declaração de Genebra, pela Associação Médica Mundial (*World Medical Association* – WMA) em 1948. A última revisão foi determinada na 68ª Assembleia da WMA, realizada em Chicago, nos Estados Unidos, em 2017.

treinamento em se tornar médico, aqueles que não se encaixam podem sofrer abuso e humilhação intelectual de seus superiores. As autoras situam essa problemática ao aprendizado de aceitação da hierarquia e neutralização emocional.

Conforme a fala de uma aluna entrevistada por essas autoras, há “a cultura [de] colocar a medicina acima de tudo na vida” e aspectos que reforçam essa significação também são encontrados na pesquisa brasileira de Almeida (2009). Em sua pesquisa com alunos de Medicina sobre formação da identidade médica, já apresentada anteriormente, a autora traz uma consideração sobre o quanto é transmitido aos aprendizes de Medicina que devem tê-la:

como uma religião [porque] exige do sujeito abdicar de qualquer interferência externa e da possibilidade de um modo de vida ou conhecimento diferente, para que aquele não possa ser questionado. Não é à toa que muitos dos professores se referem aos manuais de medicina (tratados de clínica médica, sobretudo) como *bíblia*. (Almeida, 2009, p. 108, grifos originais).

A internalização dos atributos necessários para que alguém se torne um profissional médico “[evidencia] a característica de sacerdócio da medicina ao preconizar a dedicação total” (Almeida, 2009, p. 110). Jean Clavreul (1983), psicanalista francês, traz interpretação similar, a partir de viés foucaultiano, alegando que socialmente nos é imposta uma ordem médica que faz a ciência e prática médica funcionar mesmo quando não há elementos racionalizados para isso. Em um livro que analisa o poder médico, o autor afirma que o funcionamento do exercício médico científico ainda se dá de modo próximo ao exercício mágico e religioso. Os trechos a seguir nos demonstram essa perspectiva:

O apagamento da dimensão subjetiva do sofrimento em proveito da dimensão objetiva do saber institui uma sacralização. Não se oferecem mais sofrimentos ao Senhor, mas a ciência. No momento em que o corpo, desmantelado em sua aptidão para assegurar sua defesa, para ser um objeto de gozo para si próprio e para o outro, ainda pode sobreviver algum tempo como constituído na linguagem médica, como constituinte de seu discurso pelo que é suscetível de ser matéria de ensino. O camponês, a quem repugnava recorrer ao médico quando estava doente, apelava para ele no momento que a morte se tornava certa. Ainda hoje pode-se deixar uma doença sem cuidados, mas não se morre sem o "socorro médico". Presença ritual e atos rituais. Diante daquele que vai morrer há sempre alguns gestos que resta cumprir, mesmo se ninguém, nem o interessado, nem a família, nem o corpo médico, acredite em sua eficácia. Não se consente em baixar os braços, fazer a confissão de uma impotência, de uma derrota. Já que é preciso morrer, melhor morrer na ordem. (Clavreul, 1983, p. 76)

A medicina faz milagres. Mas desconfia deles. Da mesma forma a Igreja recusa os seus quando não tem significação espiritual, pois são suspeitos de ser obra da heresia ou da ação do diabo. Os milagres da medicina também são sempre suspeitos de ser obra da vil sugestão quando não são interpretáveis em sua ordem, ou mesmo quando dependem de uma compreensão vulgar demais. Por isso os empiristas, charlatães, curandeiros, cirurgiões-barbeiros, todos aqueles que podem ser julgados a partir de evidências sempre constituíram uma casta a parte no meio médico, uma casta desprezada. (Clavreul, 1983, p. 77)

Para esse autor, a ordem médica é tão marcada naqueles que exercem a Medicina tal como é profundamente a marca eclesiástica, porque, comparativamente, ambas seguem rituais. Ademais, ele teoriza que a prática médica se dá perante uma suposta proteção contra qualquer falha na luta contra o seu objeto (doença). Para ele, o profissional médico constrói suposições de invencibilidade e sua prática depende da manutenção dessa imagem. Em outro momento, o autor põe que:

Para sustentar sua posição de maestria, o médico deve ser um personagem (Clavreul, 1983, p. 88).

O médico é um personagem heróico, cavaleiro da ciência e do dever. Ele se expõe a riscos consideráveis porque trata das mais graves doenças, sem que se saiba muito se é o risco de contágio que lhe confere sua auréola, ou o fato de que seu paciente quase morreu: o cirurgião é tanto mais prestigioso quanto as operações que pratica sejam mais perigosas; ele participa do risco mortal que sua intervenção faz seu cliente enfrentar.

Sinais indiscutíveis testemunham a autoridade e a importância do médico. Seus títulos lhe permitem falar alto, como o caduceu de seu carro lhe assegura uma quase impunidade perante a polícia. Sua sala de espera sempre cheia prova que nele é muito solicitado e sobrecarregado. O público enquanto espera discute, fala “dele”, e assim se constitui um estado de sugestibilidade favorável ao seu prestígio e sua autoridade. Se ele é um grande médico, só se conseguirá uma consulta após uma longa espera. De qualquer forma, ele se fará desejar. Até sua vida privada deve contribuir para seu prestígio (Clavreul, 1983, p. 89).

O que destacamos desses trechos é que apesar das considerações do autor de que médicos agem similarmente às ações sacerdotais, ele reconhece que agem com interesse. Ele afirma que “Hipócrates já dizia que os médicos são ‘homens sagrados’, e nossos contemporâneos também consideram de bom grado a medicina como um ‘sacerdócio’” (Clavreul, 1983, p. 73). Proximamente à isso, Almeida (2009) afirma ser possível “evidenciar a característica de sacerdócio da medicina ao preconizar a dedicação total” (Almeida, 2009, p. 110) e o ato de jurar perante o Juramento de Hipócrates.

Essa autora, ainda, traz uma fala de uma aluna entrevistada, que nos é demonstrativa para falar sobre a mudança da percepção, ao longo do tempo de formação, do que é a prática médica. Ela diz:

Acho que pra mim, antes de entrar na faculdade, a figura do médico era colocada acima de erros, era um pouco glorificada. Agora, vejo o médico apenas como um profissional dedicado e que, em geral, ama sua especialidade de forma plena, a ponto de se dedicar a ela, mesmo que isso exija certos sacrifícios. Aluna, quarto ano (Almeida, 2009, p. 74)

A aproximação da figura do médico à elementos divinizados ou heroicos, sejam pelas considerações da ordem médica e seu caráter sacerdotal ou pelas de autossacrifício (*self-sacrifice*) apresentam duas noções que se encaixam nas discussões sobre identidade médica. Uma condiz à ideia de que no meio médico não há espaço para ser nada além de médico e outra, que diz sobre os praticantes de Medicina serem um grupo seletivo.

Sobre o primeiro ponto, temos que o ideal de ser médico o tempo todo baseiam-se nas considerações de identidade plena, integral e completa. Essa noção de identidade, que circula na literatura da Sociologia médica e que é vivenciada no meio médico, está posta nas considerações sobre o porquê os profissionais médicos têm dificuldade em assumirem estar adoecidos e buscarem auxílio médico (além do seu próprio conhecimento). Essa fixação identitária se explicita na literatura sob a relação entre identidade médica e papel social do profissional médico.

Sobre o segundo ponto, trazemos uma fala de um informante desta pesquisa. Sua fala se direciona às significações de fechamento do grupo médico.

Ser médico é pra quem tem dom, sabe? Não é qualquer um que aprende e sabe fazer direito. Não é só formação, prática... é ter nascido pra isso. (Dr. A)

Essa fala reforça o que as pesquisas de Almeida (2009) e Rios e Schraiber (2012) afirmam, como já posto anteriormente. Essas pesquisadoras nos mostraram que a formação médica endossa a seletividade através de diversas justificativas, como nas falas dos professores de Medicina que afirmam a seleção dos alunos ter sido dada por genética e que são os melhores do país, a elite intelectual do país.

Como traremos adiante, os informantes desta pesquisa definiram o que é ser paciente e, em uma análise geral, trouxeram que ser paciente é aquele que acredita sem

duvidar no profissional médico. Essa ausência de dúvida aproxima a Medicina da lógica dogmática da religião. Embora em nossa atualidade essa similitude entre Medicina e Religião não seja praticável, porque o conhecimento empírico e científico da Medicina distancia-se do conhecimento religioso, elementos simbólicos de misticismo circulam pelas definições do que é ser paciente e, por sua vez, do que é ser médico. Assim, as definições do que é a Síndrome de Esmeraldite pelos informantes Dr. A e Dr. B se relacionam às conformações sociais e culturais que fortalecem o imaginário de superioridade da figura do profissional médico.

Essa superioridade da figura do profissional médico faz parte das abordagens sociológicas iniciais sobre a Medicina. A apresentação de Hughes (1956) sobre como determinadas atividades obtiveram acúmulo de poder investido, o levou a afirmar que a Medicina é o melhor modelo de profissão.

Cada uma das grandes profissões históricas se preocupa não apenas com um conjunto de técnicas para realizar algum trabalho útil, mas com algum aspecto da vida e/ou da sociedade em si. E quando, como frequentemente acontece, uma ocupação – uma antiga transformada por mudanças técnicas ou sociais, ou uma nova – reivindica para si o status de profissão, está dizendo ao mundo que, assim como as profissões, o trabalho que realiza se tornou de alguma forma uma questão de amplo interesse público. A medicina é o protótipo das profissões nesse sentido. Como Sigerist tão bem demonstra no primeiro capítulo de sua obra, uma história da medicina é uma história da sociedade e da cultura humanas, de sua metafísica, bem como de sua física, de sua filosofia básica da natureza, de suas ideias de saúde e doença, dos processos de terapia (fé, magia, ciência e artes) e suas noções sobre a economia e distribuição adequadas de bens e serviços, incluindo serviços e instalações de cura (Hughes, 1956, p. 21, tradução nossa).³⁴

Quanto à definição do informante Dr. C, embora haja tentativa de desqualificar uma superstição, ele faz isso através de referência ao corpo por aquilo que julga ser coerente entre sexo biológico e gênero. Há estudos que nos orientam a compreender que a naturalidade dos corpos é um dogma porque ao serem constantemente remodelados e ressignificados são resultados de um processo de materialidade normativa. Um exemplo

³⁴ Each of the great historic professions is concerned with not just a set of techniques for doing some useful work, but with some aspect of life and/or society, itself. And when, as often happens, an occupation either an old one transformed by technical or social changes, or a new one-claims for itself the status of profession, it is saying to the world that like the professions-the work it does has somehow become a mat-ter of broad public concern. Medicine is the prototype of the professions in this regard. As Sigerist so well demonstrates in the first chapter of his work, a history of medicine is a history of human society and culture, of its metaphysics as well as of its physics, of its basic philosophy of nature, of its ideas of health and dis-ease, of the processes of therapy (faith, magic, science, and arts), and its notions about the proper economy and dis-tribution of goods and services, including healing services and facilities (Hughes, 1956, p. 21).

são os estudos de Fabíola Rohden (2008) que analisa como práticas médicas regulam e fabricam corpos (por exemplo, medindo e prescrevendo hormônios). Isso nos auxilia a reforçar a afirmação sobre a produção de corpos e suas instabilidade, performatividade e estilização e, conseqüentemente, a negar sua natureza e qualquer essencialidade de sexo e gênero.

Extraímos da teoria de Butler (2003) que o corpo não é uma base neutra sobre a qual o gênero e o desejo se inscrevem depois. Os corpos não existem fora dos discursos que os nomeiam, descrevem e normatizam. Os corpos, ao serem materializados através de práticas discursivas que definem o que são e como devem ser, são constantemente remodelados e tornados inteligíveis a partir da coerência heteronormativa (Butler, 2003). Para ela, o corpo não é um dado natural anterior à cultura, mas sim materializado por normas simbólico-discursivas que não apenas regulam, mas também produzem aquilo que nomeiam. O corpo é uma construção significativa e não uma materialidade interpretada isoladamente: é entendido em relação a signos (formas do corpo, vestuários e comportamentos) e a repetição de significados, dada por normas de gênero introjetadas, levam a configurações das noções dos corpos naturais de homem e de mulher e, conseqüentemente, formulam as noções de legítima performatividade de gênero.

De acordo com Butler (2003):

O fato de a realidade de gênero ser criada mediante *performances* sociais contínuas significa que as próprias noções de sexo essencial e de masculinidade ou feminilidade verdadeiras ou permanentes também são constituídas, como parte da estratégia que oculta o caráter *performativo* do gênero e as possibilidades *performativas* de proliferação das configurações de gênero fora das estruturas restritivas da dominação masculinista e da heterossexualidade compulsória (Butler, 2003, p. 201, grifos originais).

A fala do Dr. C se insere no ideário de que não é qualquer performatividade que pode ser legitimada, porque para ele é ininteligível um médico ginecologista ser acometido por algum sintoma ginecológico, ou seja, ele discursa sobre a incoerência de um médico ginecologista que não seja cisgênero. Há nesse discurso o que interpretamos, via Butler (2019), como intransponibilidade de pensar e definir sexo e gênero (e sexualidade) além dos aspectos binarizados. Butler (2019) afirma que “as restrições ‘profundamente arraigada’ ou constitutivas podem colocar em termos de limites simbólicos sua intratabilidade e contestabilidade” (Butler, 2019, p. 174).

Butler (2019), ao conceituar a performatividade de gênero, implode a diferenciação entre o campo natural e o campo social/cultural, porque a noção de natureza perde sua posição de verdade ou de ser pré-discursiva³⁵, já que “o social atua unilateralmente sobre o natural e o investe com seus parâmetros e seus significados” (Butler, 2019, p. 154). A partir dessa autora, pensamos a própria natureza como uma parte construída da cultura, o que significa que a dicotomia entre gênero e sexo perde toda sua validade e se demonstra inconsistente. A autora nos explica porque não há divisão entre sexo e gênero como natural e social/cultural:

Quando a distinção sexo/gênero se junta a um construcionismo linguístico radical [...] o “sexo” [...] será em si mesmo uma postulação, uma construção, oferecida pela linguagem como algo que é anterior à própria linguagem, anterior à construção. Mas esse sexo postulado como anterior à construção se converterá - em virtude de ter sido postulado - no efeito dessa mesma postulação, a construção da construção. Se o gênero é a construção social do sexo e se não há acesso a esse “sexo”, exceto por meio de sua construção, então parece que além de o sexo ser absorvido pelo gênero, o “sexo” se torna algo como uma ficção, talvez uma fantasia, retroativamente instalada em um local pré-linguístico para onde não existe acesso direto (Butler, 2019, p. 26).

Desse modo, a inexistência da distinção entre sexo e gênero os leva a serem compreendidos como uma formulação performativa, que produz as chamadas diferenças sexuais. Por serem moldáveis, porque são normas sociais, os limites da masculinidade e feminilidade são constantemente reorganizados e questionados: são ou não introjetados e são construídos através de formas, vestuários e comportamentos e remodelações dos corpos. Esse conjunto de elementos associados trazem um caráter de coerência e indissociabilidade que resultam na compreensão do que é ou não inteligível para a coerência heteronormativa.

Na fala do Dr. C está posto o pensamento de que é impossível (ou desviante e anormal) uma relação sexo-gênero além do que ele considera inteligível. Ao questionar

³⁵ Silva (2012) explica que o conceito de performatividade tem origem na teoria dos atos de fala de John Langshaw Austin (1911–1960), filósofo da linguagem britânico, na qual há o entendimento de que linguagem não se limita a descrever a realidade, mas constitui ações. Ou seja, ao dizer algo realizamos uma ação. John Austin diferenciou as proposições “constativas”, que descrevem estados de coisas e podem ser avaliadas como verdadeiras ou falsas, das proposições “performativas”, que não descrevem, mas realizam uma ação ao serem enunciadas. Silva (2012) comenta que Judith Butler expande a teoria da performatividade de John Austin para a compreensão de concepção da identidade como movimento e transformação.

como um ginecologista poderia adoecer de suas doenças de sua própria especialidade, o informante considera que um homem é aquele que tem um corpo dotado de pênis e, pela lógica dita por ele, sem útero e ovários. Butler (2010) expõe como as associações diretas entre elementos diversos (ser do gênero masculino é ser homem com corpo portador de pênis/ ser do gênero feminino é ser mulher com corpo portador de útero e ovários) se compõem através de uma lógica ficcional, que se concebe como verdadeira através de sua constante repetição.

Conceber o “sexo” como um imperativo [...] significa afirmar que um sujeito é abordado e produzido por uma determinada norma, e que essa norma – e o poder regulador que ela representa – materializa corpos como um efeito dessa determinação. Contudo, essa “materialização”, longe de ser artificial, não é de todo estável. Pois, para que o imperativo chegue a ser ou se tornar “sexuado”, ele requer uma produção e uma regulação diferenciadas da identificação masculina e feminina que efetivamente não se sustentam e que não podem ser completamente exaustivas. Além disso, esse imperativo, essa determinação, requer e institui um “exterior constitutivo” – o indizível, o inviável, o inenarrável que assegura (e que, portanto, fracassa em assegurar) as próprias fronteiras da materialidade. A força normativa da performatividade – seu poder de estabelecer o que se qualifica como um “ser” – é exercida não só por meio de reiteração, mas também pela exclusão. E, no caso dos corpos, tais exclusões ameaçam a significação constituindo suas fronteiras abjetas ou aquilo que está estritamente forcluído: o não-vivível, o inenarrável, o traumático (Butler, 2019, p. 315).

A autora nos diz que a inteligibilidade entre gênero e sexo depende não só da “repetição regulada e restritiva de normas” (Butler, 2019, p. 175) como “a prática reiterativa e citacional pela qual o discurso produz os efeitos que ele nomeia” (Butler, 2019, p. 154), mas sim que

A performatividade não é nem um jogo livre nem uma forma teatral de apresentação de si, tampouco pode ser simplesmente equiparada a uma performance. Além disso, o que necessariamente estabelece um limite para performatividade não é a restrição; a restrição é, pelo contrário, o que impulsiona e sustenta a performatividade (Butler, 2019, p. 175).

Essa lógica dita pelo Dr. C expõe o que Butler (2019) diz sobre o imperativo heterossexual. A filósofa expõe que “as normas regulatórias do ‘sexo’ trabalham de uma forma performativa para construir a materialidade dos corpos e, mais especificamente, para materializar a diferença sexual a serviço da consolidação do imperativo heterossexual” (Butler, 2019, p. 154). Considerar outras possibilidades além das “restrições ‘profundamente arraigadas’ ou constitutivas [pode] colocar em termos de

limites simbólicos sua intratabilidade e contestabilidade” (Butler, 2019, p. 14). Ou seja, os limites que constituem o gênero não são fáceis de ultrapassar, mas ao mesmo tempo podem ser desafiados porque não são fixos.

Os três informantes desta pesquisa que conheciam o termo Síndrome de Esmeraldite (Dr. A, Dr. B e Dr. C), ao refletirem sobre motivos do comportamento de recusa dos profissionais médicos em buscarem auxílio quando adoecidos, trouxeram referências ao conhecimento que esses profissionais possuem. Dr. A expressa que o adoecimento é vivido de forma mais dura por um profissional médico, porque o conhecimento técnico possibilita entender riscos e prognósticos que os leigos não compreendem:

Acho que a gente sofre mais porque sabemos muito. Um paciente que não é médico é leigo em Medicina. Já um médico sabe quais são as probabilidades do desenrolar de uma doença, de uma condição. Isso afasta a maioria dos colegas... não querem lidar com verdades sobre si. Não cooperam com o atendente (Dr. A).

Esse trecho da fala do Dr. A exalta a característica de controle que os médicos detêm por serem conhecedores das doenças e seus imprevistos. Ao dizer que os profissionais médicos evitam *lidar com verdades sobre si* e que *não cooperam com o atendente* evoca o modelo da relação médico-paciente que é majoritariamente aprendido e disseminado. Ao ser menos dialógica e mais instrumental, essa relação molda a agência do profissional médico direcionada a um paciente-objeto (a ser transformado) e não a um paciente-pessoa (que age simultaneamente transformando-o). Esse molde resulta na dificuldade de lidar com questões subjetivas quando adoecido, porque se ignora que o paciente também age, interage e transforma o profissional durante o processo de tratamento.

Giovanni Aciole (2021), médico, em um livro em que reflete sobre a clínica como uma prática de cuidado e a mostra sob uma moldagem mais política e simbólica do que técnica, aponta uma perspectiva fenomenológica da relação entre o médico e o paciente. Em suma, o autor diz que o sujeito se torna paciente no encontro com o médico e esse, por sua vez, torna-se também objeto além de só agente. Na linguagem da filosofia fenomenológica que o autor utiliza, está posto que a certeza de si como paciente:

ocorre no instante em que a consciência-de-si, isto é, a consciência que tem o paciente de seu estar doente – neste caso dada em-si pelo sujeito

que se *sabe* doente – experimenta atravessar a diversidade de possibilidades pelas quais a condição de doente pode ser manifestada e, por conseguinte, ser explicada e compreendida. Tarefa a que seu *outro*, que é o médico, é o *agente* realizador, tanto quanto precisa de um *paciente* para cumpri-la [...] Cada um *em-si* representa o *para-si* do outro na medida em que precisa estar em relação, em condições de encontro. (Aciole, 2021, p. 33)

A *consciência-de-si*, presente em dois indivíduos diferentes, em que um é para o outro o objeto e o sujeito, é o agente deste diálogo e desta relação. No caso do paciente, o médico é seu agente de transformação; no caso do médico, o paciente é o objeto a transformar. Vice-versa, o médico é o objeto transformador para o sujeito a ser transformado; o paciente é o sujeito no qual se objetiva a ação transformadora do médica. (Aciole, 2021, p. 33-34)

Ou seja, o paciente se torna:

consciente de que é capaz de operar a mudança que desejava para si mesmo [...] Esta *consciência-de-si* do momento inicial com que chegou foi substituída por outra, resultante de um duplo esforço: o de aceitar e subsumir *em-si* as ponderações, informações e opiniões do outro exterior a ele (Aciole, 2021, p. 35)

O paciente, após essa transformação, não é “só um sujeito curado ou recuperado em sua condição de saúde, mas também uma consciência transformada no sentido de que rompeu parte da passividade para se colocar como um *outro* no mundo” (Aciole, 2021, p. 35) e quanto ao médico, “que começou agente inteiro da transformação desejada jaz agora, a um canto, inteiramente tornado passivo, isto é, atividade consciente à espera de um novo encontro com o seu *ser-outro* que é o próximo paciente. (Aciole, 2021, p. 35)

Para Aciole (2021), a clínica se dá por um movimento dialógico em que médico e paciente se constituem um pelo outro, alternando passividade e agência. Quanto ao que nos interessa pensar, colocamos que o médico que vira paciente precisa romper parte de sua passividade anterior (a do paciente-objeto) e se reconhecer como sujeito em transformação. Para os médicos esse é um desafio subjetivo maior, pois esse deslocamento significa romper com a identidade profissional que o ancora como sujeito ativo do cuidado.

O profissional médico apresenta maior dificuldade em abdicar do lugar simbólico que ocupa na relação clínica/relação médico-paciente, pois aceitar seu *lôcus* de paciente é aceitar ser objeto de transformação do outro e isso é algo que contraria o modo como médicos foram formados para se reconhecer: agentes, detentores de saber e de poder, legitimados e prestigiados por sua autoridade profissional.

Ao lado dessa explicação filosófica dada por Aciole (2021), em suma, o que temos sociologicamente é que o médico não quer ser inserido no papel de doente (*sick role*). O papel de doente/paciente é oposto ao o que é o desempenho do papel do médico, que como vimos, é moldado através de vivências tidas como autossacrifícios que resultam na composição de sua identidade médica. Essa lógica explicativa do papel social (*role*) é tentadora, tanto que temos os conceitos *role reversal*, *role dilemma*, *role ambiguity* e *sick doctor* na literatura que aborda a recusa do médico ser paciente. Mas, como temos sugerido, olhar para essa situação do profissional médico através da lente dos estudos sociológicos de gênero aponta uma lacuna: a definição do que é ser paciente tem viés androcêntrico, que compreende o paciente mais como passivo do que como sujeito ativo.

Ao refletir sobre os motivos do comportamento de recusa dos profissionais médicos em buscarem auxílio quando adoecidos, Dr. B também trouxe considerações sobre assimetrias do saber na relação médico-paciente. Quando foi questionado sobre diferenças entre um paciente ser médico ou não, o informante respondeu:

Tem diferenças que não dá pra negar, né? Um paciente não acredita muito que só auscultar o pulmão já é possível pressupor ou mesmo fechar um diagnóstico... fica ali insistindo que precisa de um raio-X ou exame mais elaborado. Nós estudamos anos e anos para aprender a diferenciar sons que a população não sabe. Fomos treinados. Então, creio que [como médicos] confiamos mais nos médicos e suas sabedorias (Dr. B).

Nessa fala, a perspectiva é de que apenas os profissionais médicos percebem com facilidade que os instrumentos utilizados em consulta são confiáveis (seja um estetoscópio ou o próprio corpo com sentidos *treinados* para perceber padrões em outro corpo). Em certa medida, a percepção trazida por Dr. B contraria o que se dissemina sobre médicos, que são definidos como “pacientes difíceis”. Como trataremos adiante, é relatado na literatura, e por um dos informantes de nossa pesquisa, que médicos têm por hábito realizarem consultas de corredor com colegas, o que denota a aversão em seguirem os rituais que colocam um indivíduo no *lócus* de paciente: marcar uma consulta, ter um encontro clínico no consultório do médico que o atenderá e seguir o tratamento sugerido.

Outros elementos que denotam a recusa desses rituais são os comportamentos, mencionados anteriormente, de práticas de automedicação, autotratamento, autoprescrição e autodiagnóstico. Os profissionais médicos buscam centralizar em si mesmo as figuras que eles aprenderam que são dicotômicas e opostas: o médico e o

paciente. Quando conseguem ultrapassar a barreira simbólica que os impedem de buscar auxílio quando adoecidos, agem de modo a dificultar o trabalho do médico atendente. Techy (2006), médico, em um artigo de opinião em uma Revista de divulgação científica médica, cujo está uma definição de Síndrome de Esmeraldite, anteriormente referenciada, traz alguns exemplos:

O médico-cliente pode atuar “dando palpites”, solicitando “favores” ou mesmo atuando de forma a prejudicar a evolução do problema, que teria desfecho mais favorável “se não tivesse havido auxílio”. São comuns as tentativas de quebra no bom andamento de uma entidade nosológica, quando o “colega” quer fazer os exames complementares antes de fornecer a história clínica e fazer o exame físico. Alguns omitem ou alteram informações ou resultados de exames; outros querem a receita pelas informações fornecidas por terceiros (exemplo: um cliente-médico mandou a esposa consultar e informou que tomaria os mesmos remédios, pois os sintomas dos dois “eram iguais).

Os cirurgiões, mais que outros colegas médicos, sabem o quanto é inseguro realizarem procedimentos cirúrgicos em outra equipe, em outro local de trabalho, outros auxiliares, com outro material (o aspirador não aspira, o cautério não cauteriza, o bisturi elétrico não corta, o medicamento da sua rotina não está padronizado, etc.). É como jogar em um time sem estar entrosado. Isso acontece quando o “colega paciente” acha que tem mais facilidades no hospital onde trabalha ou é conhecido, mas que não é o mesmo local de domínio do cirurgião ou anestesista que vai realizar o ato principal. As chances de complicação são maiores. O mesmo acontece quando querem fazer exames complementares, fisioterapia, etc, em locais onde estas práticas não são comuns; estas práticas às vezes retardam o início de um tratamento, por “saírem da rotina”. (Techy, 2006, p. 25)

Com os clínicos são comuns os telefonemas para consulta e receita, consulta de corredor, repetição da receita do remédio controlado para o amigo ou parente, exames complementares antes da realização da consulta, etc... (Techy, 2006, p. 25)

Na fala do Dr. B, o paciente não-médico tem maior dificuldade de entender as necessidades e limites para o diagnóstico numa consulta em comparação a um paciente-médico. Isso aponta para a confiança entre pares, que é guiada pela noção de que o conhecimento circula apenas entre o grupo profissional e não fora dele. Há fatores que não foram ditos e, portanto, não puderam ser investigados, como reflexões sobre a confiança entre pares de mesma especialidade ou não, de mesmo gênero ou não, de mesma instituição de trabalho ou não.

Diante esse comportamento dificultoso apresentado por médicos como pacientes, o médico atendente também enfrenta dilemas. Guilherme Sens (2006), em um trabalho

realizado em 2005 em que entrevista médicos clínicos e pediatras do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que também exercem atividades docentes, nos traz uma análise das falas de seus informantes que abordam essa relação específica entre médico e paciente-médico. O autor, anonimizando os falantes, diz:

C5 diz que toma muito mais cuidado, mais atenção, quando o paciente é médico. P4 diz que além da atenção maior, isto também gera maior tensão para o médico cuidador. Quase todos os entrevistados concordam que é diferente quando se trata de paciente médico. C4 afirma que atender um colega como paciente, trás uma preocupação maior, de alguém que também conhece o que você está fazendo. P3 ainda ressalta que como o médico é um paciente bem informado, ele tem expectativa maior que o paciente comum. (Sens, 2006, p. 40)

"... tu pensa assim, eu tô no meu consultório, eu sou médica, e uma médica vem me procurar, no momento que ela procura ela já viu todos os médicos que podia antes, buscou informações, então na hora em que ela decidiu te procurar ela já viu tudo isto e ela espera muito mais de ti do que um paciente comum, é uma expectativa muito grande. E a gente acaba ficando, às vezes, perde o controle de querer antecipar as coisas, de sair pedindo exames e as vezes não conversa e não dá atenção que seriam para qualquer paciente, e aquela idéia de que médico sempre complica..." - P3. (Sens, 2006, p. 40, grifo original).

[...] Em virtude destes argumentos, P3 afirma que muitos médicos preferem não marcar consulta de pacientes médicos, e ainda que falta preparo, formação médica, para médicos cuidarem de médicos. C2 diz perceber também, que médicos não são bons pacientes para seguir o tratamento indicado. P2, C6 e C8 concordam que o cuidado e o tratamento devem ser o mesmo, mas C8 acrescenta, é importante respeitar o conhecimento que o colega-paciente possui, portanto o linguajar é diferente e como conhece medicina, tem o direito de saber tudo a seu respeito, a respeito da sua doença. Pode-se estudar junto o caso, é importante poder conversar abertamente, sobre o que quer saber e o que quer deixar que o médico resolva por ele mesmo. Demonstrar confiança.

Para P4 o médico não tem conhecimento suficiente para cuidar bem de si mesmo, tem apenas criticidade. Ele embasa sua opinião na afirmação de que o médico ao relatar sua história, ele relata sua interpretação também e isso induz, mesmo inconscientemente, a extrapolações do cuidado mais agressivo ou desvaloriza a queixa. (Sens, 2006, p. 40)

Nesses achados, os médicos entrevistados por Sens (2006) confirmam experienciarem tensão quando seus pacientes são também médicos, porque ao ser um “paciente bem informado [que] tem expectativa maior que o paciente comum” (Sens, 2006, p. 40), como dito por um dos entrevistados por Sens (2006), altera a dinâmica da assimetria dos saberes na relação médico-paciente. Em condições de consulta com um

leigo, o paciente é reconhecido como um informante e seu “saber” não altera o papel do médico, que é quem possui o conhecimento para organizar as informações colhidas e, a partir disso, convencer o paciente a seguir suas orientações.³⁶

A percepção trazida por Dr. B sobre paciente médico *confiar mais nos médicos e suas sabedorias* do que pacientes leigos também diverge dos achados na bibliografia que trata sobre médicos como pacientes. Uma das explicações da relutância de médicos em se consultarem com outros médicos é a confiança entre pares. Mark Steffen *et al.* (2015), através de um *survey* com 141 profissionais médicos dos Estados Unidos, sem especificação de local e ano, analisam que uma das maiores barreiras para um médico adoecido buscar auxílio é o medo da perda confidencialidade (*confidentiality*). Isso significa que os profissionais temem que informações sobre sua saúde circulem entre colegas ou cheguem a impactar sua reputação e carreira. Isso é tão forte no meio médico que, de acordo com os dados levantados pelos pesquisadores, os serviços de saúde mais úteis voltados para o cuidado com profissionais médicos são “consultas confidenciais por telefone sobre problemas de saúde” (Steffen *et al.*, 2015, p. 51, tradução nossa)³⁷.

Os autores afirmam que essa questão da confiabilidade está diretamente ligada aos comportamentos de autodiagnóstico e tratamento (*self-diagnosis and treatment*), pois a maioria dos profissionais entrevistados na pesquisa preferiam se cuidar sozinhos do que se exporem a colegas e enfrentarem a possibilidade de terem o sigilo de sua condição comprometida. Robert Klitzman (2008) também aborda o dilema que médicos adoecidos enfrentam entre revelarem ou não sua doença aos colegas. O autor, psiquiatra e antropólogo, entrevistou 70 médicos nos Estados Unidos, que haviam passado pela experiência de serem pacientes. Esse autor menciona a apreensão que os médicos apresentam em sofrer estigma em suas carreiras morais (*moral career*). Essa afirmação tem como referência a interpretação sociológica sobre identidade e papel social que Erving Goffman trata em um de seus livros. Goffman (1961) analisa o percurso da institucionalização de doentes mentais em hospitais psiquiátricos e explica seus efeitos nas relações sociais do indivíduo e como ele passa a ver a si mesmo.

³⁶ Há uma complexidade na afirmação de que o profissional médico busca convencer o paciente a seguir suas sugestões, a qual eu não abordarei. Há uma vasta literatura que trata sobre a autonomia do paciente e a desconstrução desse lugar impositivo do médico, que fará parte de minha discussão porque foge do foco dessa pesquisa. O uso do termo convencimento se direciona apenas a marcar diferenças entre o modo de tratar paciente não-médico e paciente médico.

³⁷ No original em inglês: “*confidential phone consultation about health concerns*” (Steffen *et al.*, 2015, p. 51).

Ao dizer sobre os “efeitos iniciais da institucionalização nas relações sociais que o indivíduo tinha antes de ser internado” (Goffman, 1961, p. 25), o autor coloca que o indivíduo “começa a passar por algumas mudanças radicais em sua *carreira moral*, uma carreira composta pelas progressivas mudanças que ocorrem nas crenças que tem a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele” (Goffman, 1961, p. 25). Ou seja, o que Klitzman (2008) quer expressar é a dificuldade do médico em se deixar rotular como paciente, pois isso altera significativamente a percepção de si e o imaginário que ele tem sobre a percepção dos outros sobre ele. Em outro trecho, Goffman (1961) explica:

Cada carreira moral, e, atrás desta, cada eu, se desenvolvem dentro dos limites de um sistema institucional, seja um estabelecimento social - por exemplo, um hospital psiquiátrico - seja um complexo de relações pessoais e profissionais. Portanto, o eu pode ser visto como algo que se insere nas disposições que um sistema social estabelece para seus participantes. Neste sentido, o eu não é uma propriedade da pessoa a que é atribuído, mas reside no padrão de controle social que é exercido pela pessoa e por aqueles que a cercam. Pode-se dizer que esse tipo de disposição social não apenas apóia, mas constitui o eu (Goffman, 1961, p. 142).

Esse conjunto explicativo sobre a confidencialidade entre os profissionais médicos, atendente e paciente, e a recusa em assumir o papel de doente, por conta dos estigmas entre seu meio de relações, nos leva a afirmação de que os médicos confeccionam performance diferenciada quando o médico é paciente. Mol (2007), preocupada em explicar aplicabilidades de Medicinas, no plural, explica que performance é um processo de produção da realidade, onde diferentes ações e intervenções moldam e manifestam a existência de algo, como o corpo ou a doença.

A autora explica que “há diferentes versões, diferentes performances, diferentes realidades que coexistem no presente” (Mol, 2007, p. 9) e “as várias performances da realidade na medicina têm toda a espécie de tensões entre si, mas separá-las como se fossem uma pluralidade de opções é passar por cima das complexas interconexões que as unem” (Mol, 2007, p. 20). Embora nenhum dos informantes desta pesquisa tenha sido médico-atendente de médico-paciente, um dos debates possibilitados por essa consideração de Mol (2007) é que os profissionais médicos mobilizam diferentes performances da condição de ser paciente a depender do público diante do qual se apresentam — colegas, médico-atendente e instituições.

Os demais informantes, além dos Drs. A, B e C, não conheciam o termo Síndrome de Esmeraldite. Para instigar os informantes a falarem sobre possíveis significados similares, a entrevistadora sugeria uma definição de Esmeraldite e prosseguia a entrevista questionando sobre experiências e sentidos. A definição que sugerimos sobre Esmeraldite era “dificuldade de o profissional médico em lidar com situações em que é paciente”.

As experiências que se buscou levantar de cada um dos informantes foi através de questionamentos sobre: ter sido paciente, durante o exercício profissional; ter sido médico de médico; ter acompanhado algum adoecimento e/ou tratamento de colega médico. Quanto aos sentidos, buscou-se abordar o que os informantes compreendiam sobre a dificuldade do médico em ser paciente e quais suas impressões sobre os motivos desse comportamento.

Quando questionados sobre se já foram pacientes e suas experiências, os profissionais que responderam positivamente foram cinco: Dr. C, Dra. D, Dra. E, Dra. F e Dr. G. Conforme detalharemos a seguir, Dr. C relatou seu sobre afastamento por estresse durante o período de Internato, Dra. E contou sobre seu afastamento do exercício médico por conta de *burnout*, Dr. G falou sobre o acometimento pela Covid-19, Dra. D comparou suas próprias experiências enquanto gestante sendo paciente de um médico e de uma médica, e Dra. F, disse sobre sua gestação.

A seguir, apresentaremos e analisaremos os relatos dos informantes que compartilharam suas experiências sobre ser paciente durante o exercício médico. Começaremos por um trecho da fala da Dra. E, que nos relatou uma experiência de *burnout*:

Meu afastamento se deu depois que alterei a voz com uma colega de trabalho. Estávamos discutindo um caso e ela contestava todas as minhas opiniões... e acabei me sentindo afrontada, como se ela achasse que eu não tinha conhecimento suficiente. Estava há dias...meses... sem descansar adequadamente. Pedi desculpas, saí do local e após me acalmar solicitei reunião com o chefe do hospital. Descobri que estava com burnout e iniciei tratamento psicológico e fármaco (Dra. E).

Ao tomar a atitude de solicitar uma reunião com o chefe do hospital, a Dra. E assumiu seu comportamento inadequado e se submeteu à possibilidade de ocupar o *lôcus* de paciente. Isso é interessante porque diverge dos achados que temos mencionado até

então, sobre as ações de distanciamento dos profissionais médicos de situações que os levariam a ocupar esse lugar. Colenbrander, Causer e Haire (2020) mencionam alta taxa de subnotificação dos abusos e sofrimentos vividos por indivíduos no meio médico, por conta da cultura hierárquica. As autoras explicam que devido a apreensão de sofrerem abuso verbal e desconsideração de seus sofrimentos, alunos de Medicina e profissionais recém-formados não denunciam colegas e nem buscam auxílio de superiores para solucionarem suas situações.

Apesar do fator do tempo de atuação profissional da Dra. E ser mais longo do que o tempo que as autoras utilizam para explicar as subnotificações, que resulta em não podermos comparar devidamente as situações, no caso da Dra. E há o dilema de manutenção da imagem profissional. Afinal, se há crise em tomar o lugar de paciente, como bem exposto pela literatura que utilizamos, o comportamento de Dra. E resulta em bem sucedido gerenciamento desse conflito.

Em continuação ao relato sobre o *burnout* vivido, Dra. E guiou sua fala para apontamentos comparativos sobre sua própria experiência de adoecimento e experiências similares de outros colegas médicos. Houve menções de disparidade de gênero na forma que ela foi tratada pelos colegas e na forma que ela percebeu o tratamento desses mesmos colegas a médicos, homens, adoecidos.

Eu não sei se é por ser mulher que a gente precisa fazer o dobro ou triplo do esforço para chegar onde chegamos, em comparação com médicos, ou se é uma coisa da minha especialidade... os oncologistas com quem já trabalhei pareciam ser mais vistos com empatia, como coitadinhos se adoecessem e precisassem de tratamento. Pareciam celebridades no hospital. Comigo não foi assim (Dra. E).

Apesar da dúvida de se o esforço para o reconhecimento do trabalho de mulheres seja algo geral no meio médico ou se é algo de sua especialidade de atuação, essa informante aponta a diferença de tratamento que era dado à médicos e médicas em sua instituição de trabalho. Segundo o que Dra. E expõe, quando adoecidos, os médicos possuíam maior licença para buscarem cuidados, comparativamente à ela, que se sentiu estigmatizada.

No início da entrevista com essa informante, quando ela negou conhecimento sobre o termo Síndrome de Esmeraldite, e após apresentação da nossa sugestão sobre o significado, ela respondeu:

Ih... o que tem de médico que tem “Síndrome de reizinho” não tá escrito! (Dra. E)

O que você está chamando de Síndrome de reizinho? (Pesquisadora)

Síndrome de reizinho? Se acham superiores, principalmente os que estão em cargos hierárquicos dentro de uma equipe. E, assim... não tem muito disso de ser homem ou mulher, sabe? Apesar de que esses cargos são ocupados em maioria por homens (Dra. E).

E você acha que há diferença na aceitação de ordens dadas por esses superiores quando são homens ou quando são mulheres? (Pesquisadora)

Olha, não sei... porque ordem é ordem, né? Quem não segue é prejudicado. Mas acho que tem uma visão de desqualificar mais o trabalho quando é gerido por uma mulher, uma médica... seja de qual especialidade for (Dra. E).

Esse conjunto de falas da Dra. E demonstra o que ela vê como a representação do grupo médico e como ela percebe a performatividade de gênero e a prática social da masculinidade hegemônica. Ela diz sobre paridade entre os gêneros para afirmar a sensação de superioridade que médicos e médicas possuem, principalmente em cargos hierárquicos (*assim... não tem muito disso de ser homem ou mulher, sabe?*), porém em seguida invalida essa igualdade ao mencionar que *esses cargos são ocupados em maioria por homens*. Isso significa dois pontos. Um, que as médicas se portam semelhantemente aos médicos para manterem o respeito aos lugares que ocupam dentro da profissão e, outro, que o trabalho desenvolvido por homens é mais valorizado (*tem uma visão de desqualificar mais o trabalho quando é gerido por uma mulher*), tanto que são eles que ocupam em maioria os cargos mais altos na hierarquia institucional do hospital, como exposto por Dra. E.

Adiante, no capítulo seguinte, discutiremos melhor esses dados da desigualdade entre os gênero no meio profissional médico e suas percepções, relacionando as falas dos informantes com as considerações teóricas da performatividade de gênero e da prática social da masculinidade hegemônica, desenvolvidas, respectivamente, pela filósofa Judith Butler e pela socióloga Raewyn Connell. Por ora, manteremos a apresentação das falas dos informantes em diálogo com convergências encontradas na literatura que escolhemos para refletir sobre a Síndrome de Esmeraldite. Temos apresentado, até então, registros que discutem sobre sensações de onipotência e invulnerabilidade que os profissionais médicos têm.

O próprio termo “Síndrome de reizinho”, utilizado pela Dra. E para falar sobre comportamentos arrogantes de médicos, carrega um imbricamento com o gênero, porque aproxima a imagem de superioridade à questão patriarcal e à centralidade masculina no exercício do poder. Assim, ainda que a informante tenha inicialmente relativizado a diferença entre homens e mulheres na ocupação de cargos hierárquicos, sua fala revela como a lógica da masculinidade hegemônica estrutura tanto a distribuição desigual dos postos de comando quanto a recepção diferenciada do trabalho realizado por médicas e médicos. Nesse sentido, a “Síndrome de reizinho” manifesta-se sustentada por valores de onipotência e invulnerabilidade, que tendem a reforçar hierarquias de gênero na prática médica.

Outro relato sobre adoecimento durante o exercício da profissão foi o de Dr. G, acometido por Covid-19. Ao relatar sobre essa experiência, o informante trouxe algumas reflexões sobre o lugar ocupado (doente/paciente) e os impactos que vivenciou em sua identidade médica:

Eu nunca tinha tido a necessidade de me consultar até eu ter Covid-19 e precisar de acompanhamento [...] Por um tempo, eu quis ser paciente de mim mesmo... até ocorrer esse acometimento e eu precisar aceitar que eu não podia controlar tudo (Dr. G).

Em continuação a esse relato, a pesquisadora questionou o Dr. G sobre comparativos entre sua situação de adoecido/paciente e outras possíveis situações de profissionais médicos adoecidos/pacientes:

Tem gente que não muda, mas acho que eu consegui refletir e sair de um lugar de autoridade para um de... aceitação [...] Entendi melhor o que é estar do outro lado [...] Embora a cura não tenha dependido só de mim, eu me senti vitorioso e não acho que meus colegas tenham me visto como fraco – muito pelo contrário (Dr. G).

A resposta dada por Dr. G aproxima-se do significado do curador-ferido (*wounded healer*), encontrado na literatura. A sua experiência de adoecimento não apenas ampliou sua compreensão sobre o lugar de paciente, mas também lhe conferiu um sentido de fortalecimento simbólico na prática médica. Ademais, ao mencionar sobre ter se sentido *vitorioso* e não visto como *fraco* por seus colegas, Dr. G alude à possíveis situações vividas ou que teve conhecimento sobre como os profissionais médicos se sentem quando adoecidos: tratados pelos colegas como fracos.

O posicionamento de *aceitação* de seu lugar como doente/paciente e distanciamento de *autoridade* está relacionado ao tratamento que Dr. G recebeu de seus pares, principalmente após sua recuperação. Esse profissional sentiu-se acolhido porque os demais não o viram *como fraco - muito pelo contrário*. Há uma oposição entre os dois relatos de adoecimento do Dr. G que se sentiu *vitorioso* e a Dra. E que se sentiu tratada sem empatia, como se percebe pelas falas da entrevistada: *os (médicos) pareciam ser mais vistos com empatia, se adoecessem e precisassem de tratamento, comigo não foi assim*. Em relação à um recorte de gênero sobre esses dois relatos, há uma aproximação entre a sensação do Dr. G e o que Dra. E diz sobre o tratamento dispensado aos médicos-homens.

Nessas diferenças de tratamentos pelos pares e percepção do próprio adoecimento há vários fatores que limitam uma comparação equivalente entre os dois casos, sendo o menos sutil a informação de que Dr. G adoeceu devido uma pandemia e Dra. E não especifica se os adoecimentos dos médicos que menciona são os mesmos que o seu (*burnout*). Porém, é possível percebermos o peso da culpa individual ou não, dado pelos pares, sobre as condições: Dr. G adoeceu por algo “natural” e imaginariamente inescapável e Dra. E não.

Outro relato sobre adoecimento foi o de Dr. C. Esse informante disse sobre um afastamento por conta de estresse que vivenciou durante o período do Internato, que corresponde ao período de prática médica durante a formação. Seu relato não corresponde, portanto, a um adoecimento durante o exercício profissional médico, porém, é importante para pensarmos os enfrentamentos que indivíduos têm no meio médico, em geral. A experiência do Dr. C contém um ponto divergente da experiência do Dr. G. Dr. C disse que após seu afastamento, quando retornou ao Internato não teve apoio dos colegas e que se sentiu deslocado e isolado:

quando voltei, eu não tive muito apoio dos colegas; eu me sentia visto como fracassado, alguém que não aguentava o que se propôs fazer.
(Dr. C)

Como essa experiência se deu antes do efetivo exercício profissional, a entrevistadora o questionou sobre como seria seu comportamento atual, se hipoteticamente adoecesse, ao que ele respondeu:

Hoje, se eu não me sentisse confortável em assumir meu tratamento, eu procuraria um lugar que ninguém teria contato com meus conhecidos de trabalho. E isso é para preservar a imagem profissional, porque eu

vejo que a gente é passado pra trás quando assume alguma vulnerabilidade. (Dr. C)

Nesse trecho, Dr. C evidencia que o percurso após a experiência de adoecimento no Internato impactou o modo como ele vivencia as relações sociais com seus pares e hipotética estratégia para não sentir o mesmo sofrimento que já experienciou. Aqui, assim como Dra. E que adoeceu de algo imaginariamente escapável (Dra. E relatou *burnout* e Dr. C relatou afastamento por causa de estresse), Dr. C também pode ter experienciado estigmatização por isso.

Demais informações fornecidas pela Dra. E são importantes para pensarmos sobre reconhecimento do próprio adoecimento no meio profissional médico. Apesar da própria experiência relatada, Dra. E não pontuou a dificuldade em se reconhecer como paciente, mas observou essa dificuldade em uma colega médica, como mostra o trecho de sua fala a seguir:

Uma colega, oncologista, que já tinha tratado mulheres grávidas com câncer, tinha aversão à gravidez... até que ela engravidou. Foi um período de desespero para ela, era como se ela visse a gestação como uma doença... uma doença fatal. Ela acabou desenvolvendo algumas condições psíquicas, como pânico e depressão pós-parto, que com muita terapia, medicamentos e cuidado familiar e paciência do marido, ironicamente psiquiatra, hoje ela está ótima! Nós médicos somos seres humanos... podemos desenvolver qualquer condição tão agravante quanto a de qualquer paciente. Isso pode ser um exemplo de Síndrome de Esmeraldite? (Dra. E)

Adiante, trataremos detalhes sobre a atenção dada à relação entre doença, ser paciente e gravidez. Como veremos a seguir, duas informantes (Dra. D e Dra. F) relacionaram seus relatos sobre ser paciente durante o exercício médico com suas gestações. Essa relação, junto ao relato escolhido por Dra. E para pensar sobre um exemplo do que seria Síndrome de Esmeraldite, indica-nos que a própria questão da Síndrome de Esmeraldite é algo que circula mais em discussões sobre médicos homens como pacientes, pois as três informantes mulheres desta pesquisa desconheciam o termo. Esse dado sugere que, a dificuldade de se entender como paciente existe no meio médico excluindo considerações sobre acompanhamentos médicos em outras formas de ser paciente além daqueles considerados apenas sobre o corpo biológico masculino em vulnerabilidade, que é uma lógica que se relaciona diretamente à prática da masculinidade hegemônica.

A pergunta que Dra. E fez (*isso pode ser um exemplo de Síndrome de Esmeraldite?*) demonstra dúvida se a condição da gestação pode ser compreendida como condição de paciente. Porém, a abertura à possibilidade de compreensão da condição de uma médica gestante como comportamento de dificuldade em se tornar paciente, trazida por Dra. E, contrasta com as definições de Síndrome de Esmeraldite dado pelos médicos entrevistados que conheciam o termo (Dr. A, Dr. B e Dr. C). Esses médicos afirmaram a condição de ser paciente pela dificuldade de o profissional lidar com a perda simbólica do lugar de dominação, concedido pela posse da racionalidade médica. Já Dra. E traz a dúvida sobre o conceito de ser paciente, condicionando-o à possibilidade de ser além do estrito acometimento por alguma patologia.

Endossando essa dúvida expressa por Dra. E, temos os relatos de Dra. D e Dra. F sobre suas gestações, que abordaremos adiante. Por esses vieses trazidos pelas médicas entrevistadas, consideramos que as disputas pelo poder diante a condição de ser paciente se moldam por ontologias diferentes a depender do gênero do profissional médico. Essa interpretação não foi encontrada na literatura que trata de profissionais médicos como pacientes, conforme temos apontado ser baseada em interpretações sobre identidade médica e papel social do profissional médico. Assim, ao emergir essa diferenciação nas perspectivas dos informantes dessa pesquisa, utilizamos os estudos sociológicos de gênero para interpretar os dados levantados.

São múltiplas as tecnologias de manutenção das fronteiras entre o masculino e feminino em prol da conservação do *status quo*. Quanto a episteme médica, historicamente, ao tomar o corpo masculino como padrão cria lógicas androcêntricas ao tratar o corpo feminino como um caso particular. Assim, formam-se imaginários que resultam em normatizações e normalizações do que é universal e do que é específico. Se a lógica androcêntrica permeia a episteme e ontologia médicas, temos que as definições do que é ser profissional médico e do que é ser paciente são conformadas por esse viés. A definição de paciente como acometido por patologia e necessitado de tratamento recuperatório dado pelo profissional médico exclui outros modos de compreender o que é paciente.

A relação médico-paciente tem sido construída sob o ideário do médico como curador e o paciente como vulnerável e essa concepção afasta possibilidade de conforto em um médico se entender como paciente, como temos demonstrado. Por conta de não

termos encontrado semelhante desconforto nas experiências de ser paciente relatadas pelas informantes que forma gestantes, consideramos que esse ideário, então, se constitui imbricado à normatividade de gênero.

Um modo de compreensão do mecanismo da força normativa do gênero é dado por Butler (2003), que explica que a via de manutenção de todo o discurso e dispositivo de gênero está na performatividade. Para essa autora, é pela repetição de atos, gestos e signos (estabelecidos pela cultura) que se realiza o reforço da construção dos corpos masculinos e femininos. Para essa autora, a dimensão performativa é a “forçosa repetição de normas” (Butler, 2019, p. 175). Em sua própria definição:

a performatividade deve ser entendida não como um “ato” singular ou deliberado, mas como uma prática reiterativa e citacional por meio da qual o discurso produz os efeitos daquilo que nomeia [...] as normas regulatórias do “sexo” trabalham de forma performativa para constituir a materialidade dos corpos e, mais especificamente, para materializar o sexo do corpo, para materializar a diferença sexual a serviço da consolidação do imperativo heterossexual. (Butler, 2019, p. 21)

Ou seja, performatividade não é um ato consciente, voluntário ou ensaiado, e sim é um processo repetitivo e regulado que reitera normas de gênero. Nessa interpretação sobre o que é gênero e como ele se faz, Butler (2019) explica que as restrições dadas pelas normas sociais, discursivas e institucionais limitam o que pode ser dito, feito, vivido ou reconhecido como gênero. Tais restrições não limitam, mas sim produzem expectativas de comportamento, padrões corporais, normas sobre espaços a serem ocupados.

Embora a teoria de Judith Butler sobre o gênero seja muito elucidativa, Connell (2002; 2003) aponta sua discordância com formulações pós-estruturalistas que consideram estratégias discursivas ou performance como a única realidade de gênero. Em uma produção em que responde aos usos incorretos do conceito de masculinidade hegemônica³⁸, Connell (2002) escreve:

Mas tenho problemas com as formulações pós-estruturais que veem estratégias discursivas ou performances como a única realidade de gênero. Questões de desigualdade material são importantes para compreender o que está em jogo nessas estratégias. Questões de

³⁸ CONNELL, R. W. **On hegemonic masculinity and violence**: Response to Jefferson and Hall. *Theoretical Criminology*, v. 6, 1, p. 89-99, 2002.

corporificação são essenciais para compreender suas consequências — a violência é, afinal, uma relação entre corpos (Connell, 2002, p. 94).³⁹

Connell (2003) interpreta que o uso de teorias do discurso para definir o que é gênero trata os corpos como objetos simbólicos e abstratos. Embora não seja o foco desta pesquisa tratar as variações teóricas entre Raewyn Connell e Judith Butler, é importante mencionar algumas diferenças em suas perspectivas sobre gênero. Para Raewyn Connell, gênero é uma estrutura de relações dada por um sistema de práticas que resulta em desigualdades materiais. Ela, junto à Messerschmidt, critica as perspectivas discursivas porque:

Perspectivas discursivas enfatizam a dimensão simbólica, ao passo que o conceito de masculinidade hegemônica foi formulado dentro de uma compreensão multidimensional do gênero. Embora qualquer especificação da masculinidade hegemônica necessariamente envolva a formulação de ideais culturais, essa não deve ser considerada apenas como uma norma cultural. Relações de gênero também são constituídas através de práticas não discursivas, incluindo trabalho assalariado, violência, sexualidade, trabalho doméstico e cuidado com as crianças, assim como através de ações rotineiras não refletidas (Connell; Messerschmidt, 2013, p. 258).

Em respostas a críticas de rejeição de estruturas sociais e da materialidade do corpo, Judith Butler explica sua perspectiva:

parece que, quando o construtivista é interpretado como idealista linguístico, ele refuta a realidade dos corpos, a relevância da ciência, os fatos alegados de nascimento, envelhecimento, doença e morte (Butler, 2019, p. 32).

Afirmar que o discurso é formativo não é o mesmo que afirmar que ele origina, causa ou compõe exhaustivamente aquilo que concede; pelo contrário, significa que não há nenhuma referência a um corpo puro que não seja, ao mesmo tempo, uma formação adicional do referido corpo. Nesse sentido, não se nega a capacidade linguística para se referir aos corpos sexuais, mas se altera o próprio sentido de “referencialidade”. Em termos filosóficos, a proposição constativa é sempre performativa em algum grau (Butler, 2019, p. 32).

A autora desloca o entendimento da estrutura para algo performativo, mutável, mas ainda assim regulador e materializador de vidas. Para ela, o material não é algo oposto ao simbólico, mas sim formado junto a ele é construído através de articulações dentro de normas reguladoras. Seu objetivo não é negar a materialidade, mas evidenciar

³⁹ “But I have problems with those poststructuralist formulations which see discursive strategies or performances as the *only* reality of gender. Questions of material inequality are important in understanding what is at stake in these strategies. Questions of embodiment are essential to understanding their consequences—violence is, after all, a relation between bodies” (Connell, 2002, p. 94).

que o corpo é materializado por normas e mecanismos simbólico-discursivos. Um bom exemplo para entender o que a autora nos diz é o exercício de fazer o gênero, que não é desconectado do corpo:

Consideremos o caso da interpelação médica que (apesar de o surgimento da ultrassonografia ser recente) desloca uma criança de “bebê” para “menina” ou para “menino” e, nessa nomeação, a menina é “feminilizada” por essa denominação que a introduz no terreno da linguagem e do parentesco por meio da interpelação de gênero. Mas essa “feminilização” da menina não termina aí; pelo contrário, essa interpelação fundacional é reiterada por várias autoridades e ao longo de vários intervalos de tempo que reforçam ou contestam esse efeito naturalizado. A denominação é ao mesmo tempo um modo de configurar um limite e também de inculcar repetidamente uma norma (Butler, 2019, p. 28).

Esse trecho nos faz entender que a sexualidade enquanto corporalidade é nomeada linguisticamente e serão as experiências práticas e sua relação de aceitação ou negação da norma que nomeia o sujeito “mulher” ou “homem” que resultará na identificação de gênero. Essa nomeação não é um simples momento, mas sim uma sequência de afirmações continuamente repetidas e por isso é possível fazer e desfazer o gênero.

Ademais, essa autora preocupa-se em evidenciar existências que borram os limites discursivos de gênero, importando-lhe destacar a fluidez do gênero, para evidenciar sua instabilidade, no sentido de demonstrar que não existe fixidez de gênero:

Os gêneros não podem ser verdadeiros nem falsos, reais nem aparentes, originais nem derivados. Como portadores críveis desses atributos, contudo, eles também podem se tornar completa e radicalmente *incríveis* (Butler, 2003, p. 201, grifo original).

Ambas as autoras falam de imposições normativas e entendem a normatividade como um conjunto de dispositivos de controle (discursos, valores e práticas), os quais submetem os corpos aos regimes de verdade normalizadores. Ambas se opõem à teoria do papel e à binariedade, em tensão com os modelos categóricos de identidade de gênero, assim como criticam as crenças que levam à hierarquia e discriminação de gênero; mas os ataques que fazem à tais estruturas são diferentes.

Raewyn Connell visa explicar a operacionalidade do gênero, especialmente o masculino, como construído por mecanismos de rejeição do outro e reforço do eu. Para ela, a masculinidade é constituída enquanto estrutura gênero em que homens se modelam por meio da negação e afastamento da feminilidade, pouco masculino ou não virilizado

(Connell, 2003). Assim, para essa autora os corpos não são instrumentos neutros de prática social porque ao serem generificados realizarão certas práticas e outras não.

No caso da construção da masculinidade, Connell (2003) diz o quanto ela é moldada por meio do desempenho corporal. A autora aborda efeitos da prática social da masculinidade hegemônica na experiência corporal, na personalidade e na cultura. Quanto ao corpo, a autora diz ser impossível escapar dele:

o gênero masculino é (entre outras coisas) uma forma de sentir na pele, certas formas e tensões musculares, certas posturas e maneiras de se mover, certas possibilidades no sexo. A experiência corporal é frequentemente central para a memória de nossas próprias vidas e, conseqüentemente, para nossa compreensão de quem e o que somos. (Connell, 2003, p. 83, tradução nossa).⁴⁰

Os modos de demonstrar virilidade, potência, invulnerabilidade estão nos corpos. Com isso, a autora nos auxilia a entender que há uma “crise” quando ações não podem ser cumpridas por inabilidade física, o que configura uma vulnerabilidade. Dentro do meio médico, interpretamos que essa configuração se expressa pela dificuldade dos profissionais buscarem auxílio quando adoecidos.

As interpretações de Raewyn Connell sobre a materialidade do corpo versa também sobre a relação entre os corpos que são mais ou menos congruentes com o sistema sexo-gênero. Por exemplo, um corpo que se objetiva masculino se comporá, pela prática social da masculinidade hegemônica, como um corpo congruente ao o que é ser masculino, no caso, um corpo forte que simbolize potência e invulnerabilidade. Ademais, essa autora alinha-se, tal qual Judith Butler, com a crítica sobre a inteligibilidade do sistema sexo, gênero, desejo e prática; coloca a heteronormatividade na base de sua lógica questionadora e faz referência a estilização do corpo que tem o caráter muito mais idealizado do que concreto:

O gênero não deve ser construído como uma identidade estável ou um *locus* de ação do qual decorrem vários atos; em vez disso, o gênero é identidade tenuemente constituída no tempo, instituído num espaço externo por meio de uma *repetição estilizada de atos*. O efeito do gênero de produz pela estilização do corpo e deve ser entendido,

⁴⁰ O livro consultado está traduzido para o espanhol. O trecho é: El género masculino es (entre otras cosas) una forma de sentir en la piel, ciertas formas y tensiones musculares, ciertas posturas y formas de moverse, ciertas posibilidades en el sexo. La experiencia corporal es a menudo central en la memoria de nuestras propias vidas y en consecuencia, en nuestra comprensión de quienes somos y de que somos (Connell, 2003, p. 83). Tradução de Irene Ma. Artigas.

conseqüentemente, como a forma corriqueira pela qual os gestos, movimentos e estilos corporais de vários tipos constituem a ilusão de um eu permanente marcado pelo gênero. Essa formulação tira a concepção do gênero do solo de um modelo substancial da identidade, deslocando-a para um outro que requer concebê-lo como uma *temporalidade social* constituída. Significativamente, se o gênero é instituído mediante atos internamente descontínuos, então a *aparência de substância* é precisamente isso, uma identidade construída, uma realização *performativa* em que a plateia social mundana, incluindo os próprios atores, passa a acreditar, exercendo-a sob a forma de uma crença (Butler, 2003, p. 200, grifos originais).

A estilização do corpo é processo performativo, que condiz a fabricações discursivas que impõe o que deve ser utilizado/feito, por exemplo, por uma identidade de gênero masculina ou feminina. São convenções culturais e sociais que conformam qual o processo de estilização considerado correto a depender da correspondência à materialidade corporal masculina e feminina, objetivando manter a matriz heterossexual entre a coerência do gênero e a estilização corporal.

Os estudos que analisam como homens lidam com o próprio adoecimento, negando-o, conforme apresentaremos no capítulo seguinte, *Imbricamentos entre gênero e ser paciente-profissional médico*, trazem explicações similares ao o que se afirma sobre os profissionais médicos não quererem mostrar vulnerabilidade e, conseqüentemente, não buscarem auxílio quando adoecidos – que é o elemento que compõe a existência do jargão Síndrome de Esmeraldite.

Nos estudos sobre a dificuldade de profissionais médicos se compreenderem como pacientes, os quais utilizamos em nossa pesquisa, não há definições de gênero dos profissionais médicos – e, por isso, afirmamos que essas análises baseiam-se em considerações sociológicas que têm a identidade e o papel social como elemento central. Porém, ao considerar o histórico androcêntrico da Medicina, pressupomos que a figura descrita nessas considerações é a figura do médico praticante de masculinidade hegemônica (porque é aquele que se afasta de símbolos de fragilidade).

O imbricamento entre a subjetividade profissional dos médicos e médicas e seus gêneros conformam identidades e modos diversos de lidar com o objeto de seu trabalho (no caso, o paciente). Tendo isso como hipótese, durante as entrevistas com os informantes desta pesquisa, a pesquisadora os questionou sobre o que consideram “ser paciente” e se percebiam práticas médicas e formas de ser paciente diferenciadas a depender do gênero. Neste subcapítulo analisaremos a primeira questão e no capítulo

seguinte, analisaremos as respostas e diálogos relacionados com a segunda questão. Por conta da literatura que aborda as dificuldades dos profissionais médicos se entenderem como doentes/pacientes trazer a indissociabilidade entre o profissional e o paciente, foi pertinente fazer essas questões aos informantes desta pesquisa.

Os diferentes contextos sociais fazem com que nos envolvamos em diferentes significados sociais, e quanto a flexibilidade no meio profissional médico, Perrusi (2003) nos bem mostrou:

Os profissionais constroem coletivamente o mundo social da profissão, definindo individualmente a todo momento a sua situação. O conjunto de definições, que são também processos de identificação, perfaria um mundo social. Esse encontro de definições de situação não é sem conflito e, assim, necessita de uma negociação constante, em que se procura a equilibração, regulando os conflitos e compensando os possíveis desgastes. Por esse motivo, todo mundo social deve ser estudado enquanto uma ordem negociada (Perrusi, 2003, p. 99).

A identidade no meio profissional médico está em permanente construção e negociação, porque o profissional médico transita entre diferentes espaços ajustando-se às expectativas de colegas, pacientes e instituições. O profissional médico quando, por exemplo, se recusa a passar por consulta médica e se submeter à examinação de seu corpo e busca do diagnóstico dentro de um consultório ou clínica, está negando passar por ritos do que ele entende ser paciente.

Adiante, falaremos sobre a comum prática de “consulta de corredor” que ocorre no meio médico, que se define quando o profissional relata algum sintoma a um colega médico que tem maior proximidade, em busca de um diagnóstico ou tratamento. Essa ação significa que o profissional está negociando a manutenção da sua identidade profissional, porque nesses casos, ele não se vê como paciente porque ser paciente, no sentido restrito da relação médico-paciente, é passar por ritos: consulta, exames, busca do diagnóstico dentro de um consultório ou clínica. Nessas conversas informais não há esses ritos e, portanto, nessas interações, eles não são pacientes.

Ora, se há idealização do que é ser profissional médico, também há idealização do que é ser paciente. Por isso a importante pergunta direcionada aos informantes da pesquisa: o que é ser paciente? As definições que foram ditas estão postas a seguir:

É estar em espera para ser curado. E quem cura é o médico. (Dr. A).

Hoje em dia, acho que ser paciente é ter paciência! (risos) É... confiar no médico... porque é ele que no final das contas vai curar. A pessoa pode recorrer ao que for na sua fé, não digo que não existe isso... tem coisas que não explicamos... mas quem cura mesmo é o médico. É o estudo e o saber do médico (Dr. B).

É confiar mais no médico do que o próprio médico (Dr. C).

Olha... eu acho que ser paciente depende de como é o médico que trata esse paciente. É o médico que dá esperança... é ele que pode causar angústia... é ele que pode tranquilizar o paciente diante um caso sem cura... e é ele que pode causar raiva, também. É interessante você perguntar isso porque a maioria dos médicos não se importam em definir seus próprios objetos de trabalho, sabe? Aí fica tudo no automático e fica mais difícil sair do personagem médico acima de tudo. Por isso que muitos não querem se sujeitar a outros médicos (Dra. D).

Médico acha que ser paciente é como se fosse descer da hierarquia, ser impotente como médico... mas ser paciente é só buscar ajuda. Nenhum médico sabe tudo. Minha classe tem mania de achar que é absoluta em tudo (Dra. E).

É precisar de acompanhamento médico e ter disciplina (Dra. F).

Ser paciente é... acreditar que o médico não pode errar (Dr. G).

A maioria dos informantes definem o que é ser paciente evocando a ordem médica e se baseando em noções hierárquicas, através da associação direta entre ser paciente e a dependência do saber médico. Segundo Clavreul (1983):

Cada um de nós é seduzido, conquistado, menos por seus resultados terapêuticos que pela extensão e certezas do saber médico, e menos por estas que pela permanência de sua ordem no momento em que nosso próprio corpo nos abandona. Mas também, a medicina nos reduz ao silêncio. Nenhuma razão é objetável a razão médica, e o médico não recolhe de seu paciente senão o que pode ter lugar no discurso médico. Não se pode pretender salvar ao mesmo tempo o discurso médico e o discurso do paciente (Clavreul, 1983, p. 26).

As falas, no geral, sustentam a passividade do paciente diante a detenção do monopólio da cura pelo profissional médico. Mesmo que haja reconhecimento de que o paciente possa recorrer a fé ou outros recursos, como Dr. B explicita, esses elementos são categorizados como ineficientes perante a racionalidade do profissional médico. Essa perspectiva do Dr. B, embora aparentemente argumente em favor à ciência moderna, aproxima-se da idealização da figura asclepiana da prática médica, já tratada anteriormente, porque reforça a legitimação simbólica do mito do médico como detentor exclusivo do poder de curar.

Essa investidura da posição ativa, de saber e poder, ao profissional médico pode ser aproximada do que Connell (2003) explica sobre a masculinidade. A autora afirma que a masculinidade não condiz a uma essência, mas sim a uma posição relacional que se materializa em práticas sociais. Se transpormos isso à relação médico-paciente que é tradicionalizada no meio médico, podemos definir que o paciente é constituído na feminilização da passividade, enquanto o profissional médico se constitui como o agente dominador. A formação da identidade médica reforça ambos aspectos, ao introjetar noções de atividade e de infalibilidade como unidade da prática médica. Em sua pesquisa, Almeida (2009) aponta essas reproduções nas falas de professores de Medicina, como: “Sua obrigação é curar o paciente”, “Você é médico, estudou pra salvar vidas, você quer mesmo curar todo mundo que está na sua mão” (Almeida, 2009, p. 92).

As informantes Dra. D e Dra. E problematizam a lógica hierárquica. Elas introduzem um tensionamento no entendimento tradicionalizado do que é ser médico - reconhecido na medida em que pratica atributos de autoridade sobre o paciente e de resistência sobre contingências (como o próprio adoecimento). Quando um profissional médico está em vias de se tornar paciente sente-se ameaçado em deslocar-se do lugar normativo da masculinidade hegemônica, construída sobre a invulnerabilidade, para um lugar de dependência e fragilidade. O que Dra. D menciona sobre a automatização da prática médica condiz à naturalização da invulnerabilidade, no sentido de que essa possibilidade torna-se uma verdade e deixa de ser refletida como comportamento advindo de relações sociais e culturais.

A possibilidade de suspensão desse *lôcus* ativo, invulnerável e onipotente traz uma crise de significativa importância ao profissional médico por ameaçar colocá-lo em um lugar dependente de confiança no outro, espera por ações do outro, e, portanto, de submissão, que simbolicamente é lugar associado à feminilidade (pela perspectiva hierárquica entre os gêneros).

É importante atentarmos que a aproximação da dificuldade do profissional médico em aceitar atendimento ou tratamento da prática social da masculinidade hegemônica não significa que as mulheres não apresentem similar comportamento. Não afirmamos que médicas não se recusam a ocuparem o *lôcus* de paciente, mas afirmamos que os sentidos dados a essas vivências são de dimensão diferente dos sentidos masculinizados. Isso porque, de acordo com as falas das três informantes sobre relatos de experiência de ser

paciente durante o exercício médico, todas recorreram à condição de gestante. Ao comparar esses relatos com a literatura que versa sobre o profissional médico como paciente é possível interpretar que quando estão grávidas as médicas são direcionadas a ocuparem o lugar de paciente (no sentido trazido por Dra. F, ser paciente *é precisar de acompanhamento médico*) e, por isso, acabam sendo impelidas a se preocuparem menos com a manutenção da imagem médica. Abordaremos sobre essa questão no capítulo a seguir.

5. IMBRICAMENTOS ENTRE GÊNERO E SER PACIENTE-PROFISSIONAL MÉDICO

Como temos colocado, os estudos sobre profissionais médicos como pacientes abordam essa situação através de considerações sociológicas advindas de conceitos de identidade profissional e papel social do médico e o que trazemos é uma outra perspectiva de abordagem, que sugere a consideração da performatividade de gênero e a prática social da masculinidade hegemônica para analisar essa situação. A discussão que traremos neste capítulo visa analisar a operacionalização da diferença de gênero na percepção dos e das informantes entrevistados nesta pesquisa.

Ao abordar as experiências das médicas, referentes a gravidez como situações em que foram pacientes, é necessário reconhecer que não tomamos a maternidade como desejo homogêneo. Diferentes eixos de estudos de gênero, principalmente estudos feministas e de feminilidades, problematizam a maternidade ora como imposição normativa, ora como experiência ambivalente, ora como espaço de negociação subjetiva, recusando explicações naturalizadas. O que trazemos, a partir dos dados levantados, é uma análise de como a maternidade emerge, nos relatos das médicas, através de uma posição socialmente inteligível e legitimada, aos corpos das mulheres, no interior do campo médico

Ao abordar as experiências das médicas, referentes a gravidez como situações em que foram pacientes, é necessário reconhecer que não tomamos a maternidade como desejo homogêneo. Diferentes eixos de estudos de gênero, principalmente estudos feministas e de feminilidades, problematizam a maternidade ora como imposição normativa, ora como experiência ambivalente, ora como espaço de negociação subjetiva, recusando explicações naturalizadas. O que trazemos, a partir dos dados levantados, é uma análise de como a maternidade emerge, nos relatos das médicas, através de uma posição socialmente inteligível e legitimada, aos corpos das mulheres, no interior do campo médico

Os informantes que relataram sobre experiências de terem sido pacientes foram cinco, e entre as três mulheres participantes da pesquisa, duas trouxeram a condição da gestação como condição de ser paciente, apontando para uma definição de ser paciente que não se expressa na literatura da Sociologia médica. É coerente, então, entender que a identidade e a noção de papel social médicos amalgamam os sentidos profissionais com

sentidos genericados. Através dos trechos das falas dos informantes, postos a seguir, analisamos esse imbricamento.

Ao ser questionado sobre os impactos de adoecer ou ser paciente, Dr. B respondeu:

Talvez porque atualmente a Medicina esteja perdendo aquele glamour que tinha, os médicos estejam mais preocupados em manter uma imagem de superioridade. A Medicina hoje não é mais soberana, eu sou um trabalhador cansado como qualquer outro... então se eu adoço, apareço adoecido, sem energia, deixo transparecer isso... eu vou ter prejuízo como qualquer outro trabalhador que fica doente. [...] Diferente de médicos muito bem remunerados, empreendedores, que se adoecem e ficam sem trabalhar não têm tanto impacto na vida financeira... e ainda podem ser pacientes VIP porque têm bons contatos (Dr. B).

Na entrevista com a Dra. F, ela expressou problemas com sua gestão financeira devido a uma gestação, que a levou a diminuir os atendimentos e, por ser trabalhadora autônoma, teve redução em seu salário. Ela disse:

Na minha segunda gravidez tive alguns riscos e frequentemente desmarcava consultas com meus pacientes. Isso, obviamente, impactou na minha gestão financeira e demorei um pouco para conseguir atingir o mesmo nível de conforto que eu tinha antes da gravidez... (Dra. F)

As duas falas correspondem a críticas devido às percepções de classe social, com adição da questão de coerência sexo-gênero no caso da Dra. F. O médico entrevistado é profissional atuante em espaços público e privado e explica que se acaso adoecesse, teria prejuízo financeiro porque teria que deixar de atender em sua clínica privada. A médica entrevistada, à época de sua segunda gravidez, atuava apenas em clínica particular, o que gerou tal impacto financeiro relatado. O *lôcus* do profissional médico dentro do universo simbólico da Medicina não está só relacionado aos elementos do trabalho e remuneração, da identidade e do papel social. Esse *lôcus* também emerge das diferenças sociais entre os gêneros.

A aproximação da fala do Dr. B à uma forma de precarização do trabalho médico não enfraquece as normas de invulnerabilidade associadas à masculinidade hegemônica, podendo até intensificá-las como mecanismo defensivo frente à perda de autonomia e reconhecimento material. A reafirmação do controle, da resistência ao adoecimento e da negação da fragilidade emerge, assim, como resposta simbólica a um cenário de instabilidade profissional, reafirmando a centralidade das normas de gênero na organização da experiência médica contemporânea.

As informantes Dra. D e Dra. F reforçaram a concessão de espaço ao acompanhamento ou tratamento médico diante a condição gestacional, quando relataram sobre suas experiências de serem pacientes. Essa percepção sobre a concessão de espaço não existiu nos relatos dos médicos como pacientes (no caso, Dr. G e Dr. C, este adoecido durante o Internato).

Na minha segunda gestação, fiz questão de passar quase um mês longe do trabalho e ser assistida por uma amiga obstetra (Dra. D)

a gravidez é uma licença pra você cuidar de si e do ser que depende de você né? Eu não sei se sentiria a mesma liberdade se ao invés de estar grávida eu estivesse doente (Dra. F).

Essas falas mostram que a gestação se conforma pela normalização da submissão do corpo da mulher ao acompanhamento ou tratamento médico. Essa submissão, como coloca Dra. F, não é facilmente aceitável quando a necessidade de ser paciente é outra. As diferenças percebidas, por essa informante, em seu meio de atuação profissional entre ser paciente grávida e ser paciente por alguma condição patológica, expressa a performatividade de gênero no meio médico, que se mistura à prática social da masculinidade hegemônica.

A expressão do gênero no contexto médico é negociada entre normas sociais e profissionais, e pela fala da informante Dra. F mostra-nos que o corpo da mulher, quando gestante, recebe uma certa legitimidade para ocupar o lugar de paciente, diferentemente do corpo marcado por alguma doença. Nesse sentido, a experiência da Dra. F indica que as vivências das médicas gestantes são atravessadas por expectativas de gênero e pela naturalização de hierarquias masculinas no espaço clínico. A gestação, ao se configurar como um estado “socialmente aceitável” de dependência, torna visível a performatividade de gênero: ser paciente é, ao mesmo tempo, desempenhar uma posição normatizada de fragilidade e cuidado, que não se estende facilmente à experiência das profissionais médicas em outras condições de vulnerabilidade.

Em outro trecho da entrevista, Dra. F afirma que *médicos não gostam de parecer abatidos*. A divisão exposta por ela entre as situações de ser médica e paciente enquanto gestante ou por outra causa (que demonstraria abatimento) demonstra a agência das médicas no meio médico culturalmente masculinizado. De acordo com a fala da Dra. F, ela sentiu maior liberdade para ser pacientes como gestante porque essa é a expectativa social da normatividade de gênero que impõe que a mulher só se completa quando for

mãe. Nesse caso, ela não necessitou fazer negociações em seu meio de atuação profissional porque sua ação de buscar acompanhamento médico durante a gestação não divergia do que se é esperado. Essa *licença pra você cuidar de si* não é dada aos médicos homens porque deles é esperada outra prática social. Quando são pacientes necessitam negociar com seu meio de atuação porque a expectativa de gênero é a demonstração de invulnerabilidade.

Bonelli e Oliveira (2020) afirmam que “outros corpos que não refletem as imagens esperadas pelos pares [...] precisam lidar com a ausência que essa representação produz, por vezes tentando mimetizar o modelo valorizado” (Bonelli; Oliveira, 2020, p. 147). Aproximamos esse entendimento da afirmação de que o meio médico é espaço de masculinidade hegemônica, o que faz com que as profissionais mulheres sofram pelas ações reproduzidas por essa lógica e/ou mimetizem ações. Nesse trecho, Dra. F direciona sua fala à compreensão de que a doença é vista como vulnerabilidade no meio médico, já que ser paciente quando gestante é ter *licença* de o ser, provavelmente não a tendo caso fosse paciente em decorrência de um adoecimento.

Essas autoras explicitam que o contraste de gênero no mundo profissional é construído por meio da distribuição desigual de privilégios e desvantagens que favorece o percurso dos homens, porque o ambiente é receptivo à eles, e cria dificuldades para as mulheres, que precisam se ajustar ao espaço. A menção sobre a dificuldade da gestão financeira durante o período de gravidez que a informante Dra. F trouxe, demonstra um aspecto desse ajustamento. Ademais, como apontaremos adiante, essa mesma informante falou sobre os cuidados com os filhos ser tarefa que ela desempenha mais do que seu marido, que é cirurgião.

No conjunto das falas da informante Dra. F, que traremos mais trechos adiante, é marcante as disparidades de gênero e a distribuição desigual de privilégios no exercício profissional – no caso, essa médica que é mãe admite a sobrecarga vivida. As práticas generificadas que compõem o meio médico, explicitam-se, também, no trecho a seguir. Dra. D ao abordar sobre sua posição profissional e seus diferentes modos de agir, a depender com quem se relaciona, diz:

No hospital, por eu ser tutora, tenho que ser mais mão de ferro, porque ali é um lugar que demanda que eu seja ouvida, porque tem muita coisa sob minha responsabilidade. Lógico que isso não quer dizer que deixo

a sensibilidade de lado... mas... tenho que dosar. Já me chamaram de durona por isso (risos). Para comparação: na minha clínica tenho maior liberdade de ser uma profissional que demonstra mais afeto a depender da abertura de cada paciente... geralmente são as mulheres mais idosas que me dão isso... sempre estou ganhando alguma coisinha delas. (Dra. D)

No hospital, a maioria das pessoas com quais você trabalha são de qual gênero? E quanto a demanda de seus pacientes? (Pesquisadora)

Ah, no hospital são homens... não digo os alunos, mas minha equipe médica é superior. Na clínica, a maior frequência, com certeza, é de mulheres – e idosas. (Dra. D)

A informante pontua que a depender do contexto de atuação profissional, suas ações são situadas enviesadamente pelas atribuições de significado de gênero. No hospital, a médica sente a necessidade de comportamento de mando, em mimetismo com a masculinidade hegemônica, e na clínica, por estar em maior contato com mulheres, comporta-se de modo menos rígido. Na continuação da entrevista, foi-lhe perguntado sobre o tom de voz utilizado nos espaços profissionais em que ela circula, e a resposta foi:

Meu tom de voz é mais doce, talvez mais baixo, na clínica, e mais forte, mais rigoroso no hospital – não com os pacientes, claro, mas com a minha equipe (Dra. D).

Essa vigilância de comportamento mostra uma interação complexa da flexibilização das identidades profissionais médicas (Perrusi, 2003) a depender das marcas generificadas do profissional e seu ambiente de atuação. Essa alteração comportamental é similar ao o que Rebecca Ávila (2014) apontou em sua pesquisa sobre cirurgiãs e as barreiras à escolha da especialidade médica, por conta do gênero:

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^a. Lúcia. Todo plantão ela está aqui”. Além de exigir muito de si mesma exigia muito também dos residentes e das residentes sob sua orientação (Ávila, 2014, p. 286).

Elementos questionadores sobre a exigência de demonstrações das marcas de gênero apareceram, também, na fala do Dr. C. Segundo o que ele mencionou durante a entrevista, sua esposa, que também atua em Clínica Geral, e ele mantém frequentes

diálogos sobre as diferentes formas como são tratados pelos pacientes e sobre como atuam diferentemente na profissão por conta de ele ser homem e ela ser mulher. Dr. C ao ser questionado sobre as diferenças da prática profissional a depender do gênero, responde:

Meu pensamento sobre esse tema é bem organizado em comparação com os meus colegas, viu? É porque eu e minha esposa, que também é clínica geral, conversamos muito sobre como é ser médico e como ser médica. E eu acredito que ser homem ou ser mulher diferencia como a pessoa exerce a Medicina. Apesar que é uma coisa maluca né? Cobram que nós homens médicos sejamos sensíveis e ficam dizendo que isso é característica de mulher (Dr. C).

Eu duvido que se minha esposa for extremamente objetiva em um diagnóstico, sem mostrar ser dócil e bem feminina, vão gostar dela. Olha só... eu tenho uma filha, adolescente, que está naquela época de que não gosta de se vestir como padrão... usa roupas largas e vive de tênis. Já minha esposa, acorda mais cedo para se maquiar e arrumar o cabelo, e vive de salto! Acho que o ambiente clínico demanda que ela faça essa marcação. Já eu tenho mais liberdade porque tanto faz se estou de camiseta ou camisa por baixo do jaleco (Dr. C).

Durante a entrevista, foi solicitado a esse informante que abordasse mais detalhadamente esses exemplos de diferenciação entre ser médico e ser médica, e sua fala se baseou nas marcações de gênero que sua esposa faz. Ele, um indivíduo de barba simétrica que usava um relógio de pulso de corrente larga, de cor preta, e uma camisa social de uma marca famosa por confeccionar roupas masculinas, não mencionou nenhuma de suas marcações. Isso demonstra o quão mais fácil é para os homens compreender a performatividade de gênero das mulheres, porque, afinal, elas são habituados a questionarem e categorizarem as mulheres e não a si mesmos.

Ao comparar a liberdade de sua filha adolescente, fora do meio médico, com as exigências do meio médico que levam a sua esposa a marcar seu gênero, nosso informante evidencia o quão generificado é esse meio. Bruno Fontanella e colaboradores (2012), entrevistaram 11 usuários de serviço de Atenção Primária em um município no interior do Estado de São Paulo, nos anos 2008 e 2009, a fim de abordarem reflexões sobre o uso do jaleco branco pelos profissionais médicos. Os autores apontam o jaleco branco como internalização de reverência aos símbolos do poder da Medicina, mencionando que essa vestimenta constitui uma marca identitária, baseada em ritos de transições, como *white coat ceremonies* (cerimônias do jaleco branco) em algumas escolas médicas (em que alunos passam da fase pré-clínica para a fase clínica).

Esses autores analisam que embora o uso dessa vestimenta facilite a veiculação de microrganismos (o que tem levado a algumas sanções de seu uso), ela é adotada como símbolo conotativo de pureza e limpeza. Esse arraigamento simbólico gera reprodução de pensamentos e atos dos profissionais ao longo do tempo, refletindo nas noções que aproximam a prática médica às abstrações divinizadas e resultam em ideais de afastamento do que é característico dos seres humanos, incluindo vulnerabilidades e potência de adoecimento. Sendo assim, por que a esposa do Dr. C não usa o jaleco branco fechado?

No início do desenvolvimento dessa pesquisa, quando fui paciente e circulei pelo meio médico, pude observar um padrão que regulava comportamentos e aparências dos profissionais médicos das clínicas e hospitais em que estive. As médicas reforçavam em seus corpos um tipo de entendimento do que é ser feminino: a maioria usava adereços como brincos que se destacavam, sapatos com saltos, jalecos brancos acinturados e maquiagem facial (batom, sombra nos olhos e rímel ou cílios postiços). Essas práticas de autoprodução generificadas nos dizem acerca da tendência de instituições de se generificarem (Connell, 2003), a depender dos esquemas de pensamento sobre gênero que percorrem esse meio e que guiam a materialidade das práticas sociais (corporais) de gênero.

A prática de gênero extrapola o gênero de identificação, exatamente porque suas coerências são ficcionais. E essas práticas podem ser ou de liberdade (se há consciência do que é reforçado, como no caso das práticas *queer*) ou de manipulação (se há conformação com a normativa de gênero, sem consciência do reforço dessa normatividade). Dentro do quadro que analisamos nesta pesquisa, é coerente interpretarmos que as representações generificadas postas na fala do Dr. C condizem à compreensão social de que só cabe um sexo e um gênero no corpo, um sempre tendo que expulsar o outro. Essa construção de dimorfismo radical, bem analisada por Thomas Laqueur (2001) e que será explicada adiante, é reproduzida na lógica médica em muitos aspectos. Um dos resultados dessa reprodução está no modo de se apresentar como “feminina” pelas médicas, que é evidenciado tanto pela performatividade de gênero quanto por uma estratégia de manutenção do *status* profissional.

Se a cultura médica está próxima à prática social da masculinidade hegemônica, a marcação do “feminino” pelo comportamento das médicas condiz à concordância com

o que se refere ser mulher nesse meio - ou seja, tudo o que é oposto às noções de virilidade e força. Por outro lado, essa mesma prática exige dos profissionais que sejam emocionalmente “frios” e que demonstrem “dureza”, tal como posto pela Dra. D que afirma utilizar um tom de voz *mais doce e mais baixo* na clínica em que a maioria de suas pacientes são idosas e um tom de voz *mais forte e mais rigoroso* com sua equipe de trabalho, em que a maioria são homens. Essas mudanças lógicas de comportamento a depender do espaço ocupado pelas médicas conferem, ao mesmo tempo, reforço e tensionamento da normatividade de gênero.

Evidências sobre diferenciações de gênero na prática médica também foram citadas pela Dra. E:

Eu tenho um amigo médico que ocorreu, já, diversas vezes, de eu atender o paciente e ele nunca mais voltar... e procurar esse meu amigo e com ele, sim, prosseguir o tratamento. Como nós somos bem abertos um com o outro, ficamos pensando na minha referência e contrarreferência, que são habilidades da comunicação com o paciente... e nisso ele me contou que esses pacientes chegavam para ele dizendo que eu era grossa e impaciente. Lógico que me chateei, mas é esse mesmo modo de agir, sendo assertiva, que me faz ser elogiada por tantos outros pacientes. Então, fico achando que não é algo pessoal, diretamente comigo, mas que é algo a ver com o que esperam do comportamento de uma médica como mulher: passível, que escuta e escuta e não se posiciona! Ah, e que sorria o tempo todo! (Dra. E)

Judith Hall e Debra Roter (2002), numa revisão de estudos sobre influência do gênero na escolha do profissional médico pelo paciente, apontam que os modos de agir dos pacientes podem depender do gênero do profissional médico. As autoras fazem uma meta-análise de sete estudos observacionais em consultas médicas ambulatoriais, produzidos nos Estados Unidos e na Holanda, na década de 1990. As autoras concluem que pacientes respondem ao estilo de comunicação mais participativo e empático e que esse estilo geralmente é exibido por médicas. Com isso, apontam que o gênero do profissional médico influencia não só como ele fala, mas também como o paciente se comporta e participa da consulta.

As autoras também afirmam que pacientes são mais assertivos com médicas e tendem a interrompê-las mais. Embora elas não expliquem possíveis fatores, podemos questionar: seria por que os pacientes se sentem menos intimidados por médicas e tendem a falar mais? Ou seria por que pressupõem que elas têm interesse em detalhes? Ou por

que acham que a situação precisa ser melhor explicada para mulheres? Ou por que tendem a ter um menor reconhecimento da autoridade delas? De qualquer modo, o dado apresentado marca uma diferença de gênero que impacta na relação médico-paciente.

Em um outro texto (Hall; Roter, 2001), sem definição de aplicação de métodos, as autoras afirmam que a maioria dos estudos apontam que não há muita discrepância na escolha do profissional médico quando a queixa apresentada pelo paciente não é específica de gênero (por exemplo, uma mulher com problema ginecológico tende a buscar uma médica). As autoras concluem que “as pacientes escolhem uma médica com mais frequência do que um paciente do sexo masculino (e) tanto pacientes do sexo masculino quanto do sexo feminino escolhem predominantemente médicos do sexo masculino” (Hall; Roter, 2002, p. 673). Ou seja, as mulheres, em comparação aos homens, escolhem ser atendidas por médicas mulheres, mas apesar dessa tendência das mulheres buscarem mais médicas que os homens, o padrão geral ainda é de preferência por médicos homens. Esse padrão de escolha advém da representação de maior autoridade de médicos, em comparação a médicas, e da consideração de que médico é mais confiável. Esse padrão reforça a ideia de que a competência médica equivale a uma prática masculina.

Outro relato que aborda diferenças nos comportamentos de médicas e médicos, tanto no exercício da profissão quanto no *lôcus* de paciente, foi o da informante Dra. D. Quando questionada sobre experiência de ter sido paciente durante o exercício profissional, ela respondeu:

Eu tive dois partos, um com um médico da instituição que trabalhava na época e outro em um local da minha escolha. As duas assistências foram bem diferentes... em resumo, para você entender: na primeira gestação, eu trabalhei até quase o dia do parto, porque havia decidido que não precisava parar minha rotina por conta disso. Meu marido, também médico, vivia a mesma loucura de trabalho que eu... então, era mais fácil o parto ser ali na nossa cidade e com um colega de trabalho. A experiência não foi totalmente ruim, mas em comparação com o segundo parto, eu penso o quanto não quis me dar paz naquele momento... foi tudo muito automático. Na minha segunda gestação, fiz questão de passar quase um mês longe do trabalho e ser assistida por uma amiga obstetra... e tudo foi muito mais tranquilo. Acho que foi por ter esse lado feminino de uma amiga me auxiliando no processo de transformação do meu corpo... porque acho que mulheres entendem mais sobre mulheres, né? Dias antes do parto, minha amiga viajou para a minha cidade e esteve presente na minha rotina. Foi um momento mágico, que agora eu aconselho para todas as colegas médicas

grávidas: escolha uma obstetra próxima à você e organize que ela lhe dê exclusividade como paciente no período de pré-parto (Dra. D).

Ao abordar sobre suas experiências gestacionais, entendendo-as como vivências em que foi paciente, Dra. D sugere haver maior liberdade para médicas, em comparação a médicos, em serem criadoras de redes de cuidado entre mulheres. Apesar de que nesse relato possa haver elementos da proximidade afetiva, porque a informante se refere à médica atendente como *amiga*, existe uma marcante diferença de atuação entre o médico do primeiro parto e a médica do segundo parto da Dra. D.

Em uma pesquisa, Lia Paula (2018) traz relatos sobre acompanhamentos de partos, através de observação participante em um curso de formação de doulas na cidade do Rio de Janeiro. A autora, em seus escritos, marca a diferença de tratamento entre um médico e uma enfermeira no momento de um parto natural, afirmando que o primeiro acessava o corpo de uma parturiente “sem perguntar, sem delicadeza, nem respeito” (Paula, 2018, p. 19) e a segunda acompanhava dando “suporte, com uma ternura que passava a gestante confiança, orientação e calma” (Paula, 2018, p. 45).

Compondo dados para esse debate sobre gestação e atendimento generificado, Debra Roter *et al.* (1999), pesquisaram a satisfação de pacientes a depender do gênero dos obstetras. Os autores acompanharam 87 pacientes em consultas pré-natal com 21 obstetras, sendo 11 homens e 10 mulheres, nos Estados Unidos. O que concluíram foi que mesmo que obstetras homens conduzissem consultas mais longas (em torno de 26 minutos) e se envolvessem em mais diálogos do que as obstetras mulheres (consultas em torno de 21 minutos), a satisfação das pacientes era maior com médicas mulheres. Isso demonstra, segundo os autores, que o gênero do profissional reflete em sensibilidades às expectativas de gênero; já que as mulheres são geralmente percebidas como mais comunicativas emocionalmente do que os homens.

Embora Hall e Roter (2001) afirmam ser evidente que médicas se envolvam mais em aconselhamentos com seus pacientes e são mais propensas a fazer perguntas de natureza psicossocial do que médicos homens, afirmam que não há abordagem conclusiva sobre a relação da comunicação entre profissional médico e paciente a depender do gênero do profissional, pois na literatura revisada há estudos que apontam maior satisfação com médicas e outros que encontraram o efeito oposto ou nenhum efeito. Apesar dessa inconclusão, é possível utilizarmos outros dados para demonstrar que se circula na relação

médico-paciente uma percepção binária e essencializada sobre o gênero, que é produzida em performatividades, incorporações e ontologias, no meio médico.

Mary Himmelstein e Diana Sanchez (2016), médicas estadunidenses, aplicaram questionários a 546 homens, sem definição do local e ano da pesquisa. Como resultado, obtiveram que homens têm preferência de serem consultados por médicos, por conta de associarem suas masculinidades às expressões de preconceito de gênero. Os homens entrevistados definiram masculinidade como endosso à dureza e práticas e falas anti-feminilidade (*anti-femininity*), que significa promoção de desdém pelos homens que assumem “papéis femininos” (*feminine role*), e isso cria o desdém geral pelo o que é feito por mulheres. No caso, as autoras afirmam que a anti-feminilidade inclui a ideia de que as mulheres são menos competentes do que os homens na Medicina.

Um dado que nos interessa, ainda no trabalho de Hall e Roter (2001), é que as médicas “são menos protetoras do *status* profissional e da aparência de experiência infalível” (Hall; Roter, 2001, p. 674), pois, como as autoras afirmam, “as médicas são mais propensas a consultar um livro ou outra referência quando estão com pacientes, e são mais propensas a consultar outros médicos durante uma visita do paciente do que os médicos” (Hall; Roter, 2001, p. 674). Em conexão com a episteme e ontologia médicas, é possível pensar que às mulheres foram ensinadas à normalizarem submissão e exposição. Por serem menos socializadas como invulneráveis, em comparação aos homens, as profissionais médicas podem não se importar tanto com a manutenção de seus *status* de superioridade.

O que quero dizer é que a própria crise de identidade médica que leva os profissionais médicos a esconderem vulnerabilidades e sofrerem diante da apreensão de serem percebidos como vulneráveis é em si uma preocupação generificada. De acordo com os dados de nossa pesquisa, a Síndrome de Esmeraldite é uma categoria masculina porque as mulheres não visam marcar seu *lôcus* de invulneráveis, tanto corporal quanto simbolicamente. A invulnerabilidade corporal não é mantida durante a condição de gestante, pois a mulher expõe o seu corpo em consultas, e a invulnerabilidade simbólica não foi uma preocupação demonstrada pelas médicas que relataram suas condições de paciente como gestante. A *licença para cuidar de si*, como dito pela Dra. F, concedida pela gestação é, também, em si, uma questão generificada, porque mostra que no meio médico, o autocuidado é desigualmente aceito e distribuído entre homens e mulheres.

A problemática é que o cuidado de si das médicas gestantes configura-se como legítimo porque está, na verdade, a serviço da saúde do feto e à função reprodutiva e não da mulher em si. Esse enquadramento se inscreve em um longo desenvolvimento do saber médico historicamente construído de forma androcêntrica. Tal saber afirma definições de subjetividade vinculadas a atribuições sociais a depender da coerência sexo e gênero, cabendo às mulheres a tarefa de um desempenho que resulte na maternidade. A condição de ser mãe, ao ser colocada como um dos elementos primordiais nesse ideário do que é ser mulher, exige que demais desempenhos e desejos das mulheres sejam minorizados. Por exemplo, como traremos em breve, uma das informantes, Dra. F, explicita que em relação ao seu desempenho profissional, ela precisa ser primeiro mãe e depois médica, porque precisa deixar de lado possíveis almejos na carreira.

O ideário do que é inato às mulheres e homens atualmente é amplamente discutido. Diversas foram (e são) as alegações cientificamente androcentradas, que resultam em sexo e gênero serem frequentemente tratados como categorias ontológicas — ou seja, como uma realidade essencial, algo que simplesmente “é”, de forma fixa e indiscutível. Cordelia Fine (2018), psicóloga, ao revisar estudos de língua inglesa de biologia evolucionista e de relação da testosterona com a cognição e ação, publicados desde a década de 1970, demonstra o quanto alegações científicas sobre a testosterona têm sido usadas para justificar desigualdades de gênero, embora as afirmações sejam coerentemente frágeis. A autora critica explicações que consideram que a maior concentração do hormônio testosterona em homens é causa de comportamentos agressivos, maior desejo sexual e alcance de cargos de liderança.

Rebecca Jordan-Young, socióloga, e Katrina Karkasis (2019), antropóloga, trazem considerações similares ao argumentarem que a ciência tem reforçado a ideia de que a testosterona é a essência da masculinidade. As autoras analisaram estudos científicos, de língua inglesa, a partir da década de 1970, e políticas e debates da década de 2010, nos Estados Unidos, para alegarem que, no geral, as explicações sobre a testosterona reforçam a ideia de que é a medição dessa molécula nos corpos a responsável por fenômenos que são, de fato, sociais e culturais.

O que temos, conseqüentemente, é a redução dos comportamentos individuais a causas bioquímicas, tal como adotado pela ciência médica no geral. Tal reducionismo gera explicações que resultam em afirmações falaciosamente a-históricas/universais e,

portanto, entendidas como naturais. No Brasil, duas pesquisadoras importaram-se em demonstrar o histórico de permeabilidade entre a produção científica médica e o contexto cultural sobre o sexo biológico e os modelos de relações de gênero, em nosso país. Fabíola Rohden (2008), antropóloga, preocupa-se em demonstrar como a especialidade médica voltada aos estudos dos corpos femininos provocou incursões jurídicas e políticas no século XIX que resultaram em constante definição e esmiuçamento desses corpos, tomados como objeto de estudo. Marina Nucci (2010), cientista social, importa-se em detalhar o quão comum foram as descrições de mulheres através de noções de inferioridade, em estudos da década de 2010.

Nucci (2010) aponta exemplos descritivos (cérebro *menor*, lobo frontal *menos* desenvolvido, células cerebrais serem *mais moles*) que justificam alegações de que mulheres possuem inteligência biologicamente inferior aos homens. O conjunto das elaborações estudadas por Fine (2018), Jordan-Young e Karkasiz (2019), Rohden (2008) e Nucci (2010) mostram o desprezo que uma parte da literatura científica tem em relação ao uso de dados que debatem o quanto o sexo e o gênero são construções histórica e social. Importa-nos destacar a existência dessas críticas porque grande parte dessas produções científicas, criticadas pelas autoras, são adotadas pelo meio médico. Ademais, essas autoras baseiam-se e se aproximam das perspectivas já trazidas por Laqueur (2001) e Butler (2003).

As abrangentes contribuições de Laqueur (2001) afirmam o papel simbólico da função anatômica como sinal de diferença entre os sexos. O autor nos mostra que desde a assunção dos ideais científicos modernos, o corpo humano é marcado como masculino e o feminino é apenas “apresentado para mostrar como é diferente do masculino” (Laqueur, 2001, p. 205). A disseminação desses princípios objetivados como neutros ignoraram aspectos culturais e estéticos que resultou no sexo social projetado no sexo biológico e a fisiologia dos corpos adaptada às demandas da cultura (Laqueur, 2001). Desde a compreensão aristotélica se repetem noções sobre a passividade do corpo feminino, como Laqueur (2001) analisa em sua pesquisa sobre a invenção dos sexos. Não à toa, há a naturalização do corpo feminino como aquele que engravida, e que ideologicamente deve ser o único que o faz, pois senão o sistema sexo-gênero se desordena. E, para continuar seus efeitos ficcionais é preciso que se mantenha inteligível (Butler, 2003).

A apreensão de “desorganização” da natureza, manifestada pela dificuldade social de compreensão e aceitação das vivências não-cabíveis na inteligibilidade de gênero, reforça as insistentes afirmações de diferenças inatas nas formas de ser homem e ser mulher. Essas são amplamente divulgadas a partir de ramificações de base biológica, através de noções de corpo, cérebro, código genético e hormônios, que sob várias moldagens estão presentes nos tantos estudos recentes que visam afirmar as diferenças físicas e químicas dos corpos como essências que compõem essas diferenças, e com isso, binarizam as vivências. E essas afirmações de diferenças inatas limitam a uma circunscrição quais devem ser as práticas e performatividades de cada gênero.

Esse conjunto simbólico, prático e moral (no sentido que impõe um dever) do desempenho de gênero está infiltrado na Medicina sob múltiplos vieses. Rodrigo Moretti-Pires (2017), em uma pesquisa que analisa a formação médica, tomando como foco as dinâmicas de gênero, mostra, entre seus argumentos, a existência de um forte elemento machista na formação médica. O autor analisa dados que extrai de três grupos focais, no ano de 2016, formados por estudantes de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, totalizando 18 participantes. Entre os relatos dos estudantes na pesquisa de Moretti-Pires (2017), destacamos um caso analisado, referente à circulação de um vídeo de duas alunas se beijando em uma festa acadêmica de Medicina.

Moretti-Pires (2017) narra que esse ocorrido gerou incômodo entre os estudantes, devido à invasão de privacidade e ao desrespeito com as envolvidas, e que, diante da repercussão do vídeo, as organizações estudantis do curso (Centro Acadêmico e Atlética) emitiram uma nota em rede social. Essa nota foi criticada por participantes da pesquisa:

Meninas que beijam meninas, ainda mais acadêmicas do curso de maior prestígio social, é algo que fere o sentido unívoco do sexo, em vários sentidos. Tanto na questão da heterossexualidade compulsória, mas também no sentido de mulheres que tem desejo e não servem a homens. [...] mesmo pressionados por grande número de pessoas que divergiram da naturalidade com quem foi tratado o fato, as organizações estudantis da Medicina (Centro Acadêmico e Atlética) emitiram uma nota, depois de muito tempo, mas com caráter genérico e, na percepção dos participantes dos três grupos focais, insuficiente dada a gravidade do assunto.

Segundo os depoentes, essa manifestação nas redes sociais, visou mais manter externamente a imagem de “boas pessoas”, do que propriamente um posicionamento político frente à questão “Uma coisa totalmente impessoal, falando “somos a favor de quem é homossexual, não temos preconceitos. Nós somos legais”. (GFH). Ao mesmo tempo, as

envolvidas eram estudantes da primeira fase do curso e não se sentiram à vontade para reivindicar outras medidas, afinal, “Não queriam ser marcadas. Não queriam ser “a chata que foi atrás”, não queriam “causar confusão dentro do curso” (GFH), o que aponta para como a vigilância e a sanção aos que se desviam é presente no imaginário dos estudantes de Medicina, operando e organizando práticas, possibilidades e impossibilidades aos diversos grupos.

A hierarquia existente se manifestou mesmo entre os que, de certa forma, deram suporte emocional as envolvidas, mas com o tom da necessidade de adequação ao lugar que elas ocupam enquanto mulheres e estudantes de primeira fase na “cadeia alimentar”, sendo que “muita gente veio falar com elas: “eu sou mais velho. Não faça mais isso. Não conta pra ninguém sobre vocês que pode acontecer alguma coisa. Tem muita pressão de cima, tem sempre alguém contendo e tentando conter por cima.” (GFH). (Moretti-Pires, 2017, p. 107)

Esse trecho da pesquisa centraliza a problemática da regulação das sexualidades e gênero, porque mostra tanto o posicionamento institucional, de acordo com o relato dos Grupos Focais, em reforçar a manutenção da coerência sexo-gênero baseado na normatividade heterossexual, quanto o tratamento do beijo entre meninas como exotismo:

A despeito da constante vigilância sobre a sexualidade, não se dá em todos os espaços e nem para todas as pessoas. Trata-se de uma vigilância seletiva, em que há tratamento diferente aos que são considerados divergentes das expectativas do que concebe-se como tipo médico. “Duas meninas se beijaram numa festa e alguém resolveu pegar o celular e ficar filmando elas. O vídeo foi compartilhado. Você se pergunta qual é o intuito disso? Por que se tem um homem e uma mulher se beijando, ninguém faz esse tipo de coisa?” (GFH). (Moretti-Pires, 2017, p. 107)

O autor defende que o reforço do ideário de quais são os comportamentos adequados durante a formação médica resulta em conformação das identidades profissionais. Em suma, o que a pesquisa traz, em relação ao *lôcus* de mulheres no curso de Medicina, é a existência de constante prejuízo e práticas de submissão, sendo a violência contra a mulher operada explícita e implicitamente. São, então, diversas manifestações da hierarquia entre os gêneros no meio médico, que resultam na internalização de performatividades e práticas sociais.

Na fala da Dra. F, a seguir, há endosso da generificação de posições ocupadas dentro da profissão médica. Após essa informante falar sobre o seu período gestacional e a dificuldade que isso lhe trouxe em relação à sua gestão financeira, a pesquisadora questionou-a sobre a rede de apoio materno após sua volta ao trabalho. A resposta foi:

Mesmo que eu deixasse meu primeiro filho em creche integral, à noite teria que ser eu que ficaria com ele... abrindo mão de plantões. Se tivessem algum problema na creche, com certeza teria que ser eu que sairia do trabalho para acudir. Isso tem a ver com o que te falei antes sobre o peso do gênero, só que também tem a ver com escolhas profissionais: meu marido é cirurgião, eu era só clínica geral... eu conseguia ter mais liberdade pra sair do hospital do que ele. (Dra. F)

Eu tive que abrir mão de desenvolver melhor minha carreira... mas, assim... meu marido me deu todo o apoio e a decisão de termos filhos foi uma decisão conjunta. Não foi só ele, não foi só eu. (Dra. F)

No jogo entre a identidade profissional e o desempenho performativo de gênero, na fala da Dra. F explicita-se que o marido dela é médico antes de ser pai e ela é mãe antes de ser médica. Ao afirmar *meu marido é cirurgião, eu era só clínica geral*, Dra. F traz uma significação de hierarquia entre as especialidades, que não se sustenta sem a desigualdade de gênero. Embora admita o *peso do gênero* sobre os cuidados maternos, Dra. F alega que esse peso também é consequência das *escolhas profissionais* entre ela e seu marido, cirurgião. Porém, como já mostramos anteriormente, a escolha da especialidade médica é resultado de composições sociais que levam as especialidades médicas a se generificarem e que estão expressas nos dados da divisão binária no trabalho médico (Ávila, 2014; Scheffer, 2020; Scheffer *et al.*, 2023).

A composição de fatores que resulta nas escolhas das especialidades binarizadas advém de reforços de imaginários do que é ser médico. Como Ávila (2014) afirma, a figura do que é ser médico é próxima àquele que realiza atos cirúrgicos, porque são compreendidos como racionais e habilitados a lidarem com situações complexas. Uma afirmação que extraímos da pesquisa dessa autora é que a figura simbólica do que é ser médico condiz aos elementos referenciados socialmente como masculinos, e portanto, as próprias práticas exigidas dos profissionais médicos ligam-se à identificação masculina da prática social da masculinidade hegemônica. Segundo a definição de Connell (2003), as práticas de gênero são relacionais e quanto à masculinidade hegemônica, ela só se estabelece em um espaço se houver correspondência entre o ideal cultural e o poder institucional, seja coletivo ou individual.

"Masculinidade hegemônica" não é um tipo fixo de personalidade, sempre o mesmo em todos os lugares. Em vez disso, é a masculinidade que ocupa a posição hegemônica em um determinado modelo de

relações de gênero, uma posição sempre discutível. (Connell, 2003, p. 110, tradução nossa).⁴¹

O conceito de “hegemonia”, derivado da análise de Antonio Gramsci sobre as relações de classe, refere-se à dinâmica cultural pela qual um grupo exige e sustenta uma posição de comando na vida social. Independentemente da época, a cultura sempre preferirá alguma forma de masculinidade. A masculinidade hegemônica pode ser definida como a configuração da prática de gênero que incorpora a resposta aceita, em um determinado momento, ao problema da legitimidade do patriarcado, que garante (ou é percebido como garantidor) da posição dominante dos homens e da subordinação das mulheres. Não quero dizer com isso que aqueles que mais visivelmente ostentam a masculinidade hegemônica sejam os mais poderosos. Podem ser exemplos como atores de cinema, ou mesmo figuras fantásticas, como personagens de filmes. [...] No entanto, a hegemonia só será estabelecida se houver certa correspondência entre o ideal cultural e o poder institucional, seja coletivo ou individual. (Connell, 2003, p.111, tradução nossa).⁴²

Ávila (2014), em sua pesquisa, ao observar relações entre residentes e docentes de Medicina, afirma que “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” (Ávila, 2014, p. 265). Essa relação educacional exemplifica a valorização, no meio médico, de comportamentos que demonstrem invulnerabilidade. O arraigamento da definição de invulnerabilidade com a noção do que é masculino minimiza posicionamentos que levam as mulheres a desempenharem atos entendidos como de “pessoas fortes”. Isso influencia nas escolhas das especialidade médicas:

Embora em diferentes versões ouvi, repetidas vezes, expressões como a seguinte: “Mulher que faz cirurgia não pode ser molenga, chorona.

⁴¹ “La ‘masculinidad hegemónica’ no es un tipo de personalidad fija, siempre igual en todas partes. Se trata más bien de la masculinidad que ocupa la posición hegemónica en un modelo dado de las relaciones de género, posición que es siempre discutible” (Connell, 2003, p.110).

⁴² “El concepto de ‘hegemonía’, derivado del análisis que hizo Antonio Gramsci de las relaciones de clase, se refiere a la dinámica cultural por medio de la cual un grupo exige y sostiene una posición de mando en la vida social. Sin importar cual sea el momento, la cultura siempre preferirá alguna forma de masculinidad. La masculinidad hegemónica puede definirse como la configuración de la práctica de género que incorpora la respuesta aceptada, en un momento específico, al problema de la legitimidad del patriarcado, lo que garantiza (o se considera que garantiza) la posición dominante de los hombres y la subordinación de las mujeres. Con esto no quiero decir que quienes de forma más visible portan la masculinidad hegemónica sean los más poderosos. Puede tratarse de ejemplos, como los actores de películas, o incluso figuras fantásticas, como los personajes de las mismas. [...] Sin embargo, la hegemonía solo se establecerá si existe cierta correspondencia entre el ideal cultural y el poder institucional, colectivo sino es que individual” (Connell, 2003, p.111).

Tem que ser forte, durona. E essa força não tem a ver com força física, mas com personalidade forte” (Ávila, 2014, p. 265).

Outro elemento que implica na escolha da especialidade é a maternidade. Como Ávila (2014) traz, há “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” (Ávila, 2014, p. 79). A autora detalha que se deparou constantemente com “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” (Ávila, 2014, p. 225) e que demonstra que essas afirmações não se justificam por

real incompatibilidade entre carreira cirúrgica e maternidade, ou [pela] 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 correspondesse 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. (Ávila, 2014, p. 224)

É coerente entendermos que se as disposições de gênero impactam nas escolhas das especialidade médicas e nas definições da própria profissão, impactam em como esses indivíduos entendem o que é ser paciente e, logicamente, em como é ser paciente sendo profissional médico. As falas das informantes que foram gestantes marcam intensamente essa última diferença, a qual buscamos analisar.

Connell e Messerschmidt (2013) explicam que “o gênero é sempre relacional, e os padrões de masculinidade são socialmente definidos em oposição a algum modelo (real ou imaginário) da feminilidade” (Connell; Messerschmidt, 2013, p. 265). Os mecanismos sociais que operam a partir da ideia da oposição entre mulheres e homens acompanham a construção da identidade profissional médica, o que não impede práticas que reiteram a hierarquia de gênero, mesmo que sejam exercidas por mulheres. Segundo Connell (2003), outros gêneros também praticam a masculinidade hegemônica, e entendemos o posicionamento da Dra. F, ao comparar os pesos do próprio trabalho profissional com o desempenhado pelo marido, dando-lhe maior valoração, como um exemplo dessa prática, que não é restrita aos homens.

A prática social da masculinidade hegemônica no meio médico pode ser entendida como um conjunto reiterado de ações e valores partilhados coletivamente, que

posicionam os sujeitos em determinados lugares na hierarquia de gênero e profissão. Leite e Oliveira (2015), em trabalho já citado em que falam sobre a formação médica, afirmam que o ensino no curso de Medicina não visa formar médicas só para serem profissionais, mas também donas de casa, esposas e mães. Assim, Dra. F tinha mais liberdade de sair do hospital do que seu marido porque as instituições são conformadas a fornecerem um posicionamento de trabalho superiorizado aos homens, e às mulheres restam desempenhos menorizados e exercício de tantas atividades externas ao trabalho, como o cuidado com os filhos.

Há favorecimentos formativos e institucionais que privilegiam o gênero masculino para que desempenhe melhor sua profissão e seja melhor reconhecido profissionalmente (Ávila, 2014). Esses incentivos não se isentam do contexto cultural, que facilita aos homens o uso das horas fora do trabalho em prol de si mesmos — seja no aprimoramento profissional, seja no lazer —, ao passo que, para as mulheres, o tempo é continuamente direcionado ao cuidado de outros. Esse quadro produz as conhecidas jornadas duplas ou triplas femininas, em que esse trabalho de cuidado não remunerado se soma às exigências do trabalho profissional.

Para aprofundar a compreensão sobre as justificativas generificadas de comportamentos no meio médico, buscamos em artigos científicos dados categorizados por gênero a respeito do adoecimento entre profissionais médicos. Através disso percebemos que a maioria dos estudos disponíveis sobre a saúde de integrantes do meio médico advém de uma ampla bibliografia que avalia riscos de suicídio entre estudantes de Medicina e entre profissionais médicos em exercício. Nos estudos brasileiros, percebemos escassez de dados científicos (quantitativos e qualitativos) sobre o suicídio entre profissionais médicos e em relação ao gênero os dados são inconclusivos porque os estudos possuem diferentes modos de cruzamento de dados entre gênero e taxas de suicídio.

Embora as causas do suicídio sejam multifatoriais, a leitura da literatura internacional e brasileira sobre o tema evidenciou que médicos se suicidam mais do que profissionais de outras áreas. Esse dado abre caminho para que a própria profissão médica seja considerada um possível fator de risco. Quanto ao gênero, encontramos críticas sobre análises que o consideram de forma simplista. Sari Lindeman *et al.* (1996), após uma revisão sistemática de artigos sobre mortalidade de médicos e médicas, publicados entre

1873 e 1993, em diversos países, criticam a simplificação de análises que resultam em afirmações de que a taxa de suicídio entre médicas é significativamente maior do que entre médicos. Segundo esses autores, há simplificação nessas alegações porque não correspondem ao o que os dados indicam de fato. Eles afirmam que as taxas de suicídio entre médicas e médicos não são tão distantes, mas sim que o índice de suicídio entre médicas é altamente elevado em comparação com a população feminina em geral.

Os autores nos mostram que tais simplificações resultam em disseminação de afirmações de senso comum, dizendo que “um problema específico é a apresentação simplista em resumos, sumários, comunicados de imprensa ou editoriais que facilmente criam mitos populares, como ‘taxa de suicídio entre médicas é significativamente maior do que entre médicos’” (Lindeman *et al.*, 1996, p. 274, tradução nossa)⁴³. Embora os autores não apontem as consequências do que denominam mito popular, a conclusão apresentada auxilia no deslocamento de explicações essencialistas e comparações binárias entre homens e mulheres para explicações que considerem o exercício da medicina atravessado por expectativas sociais e sobrecargas simbólicas advindas das singularidades de gênero.

Esses aspectos subjetivos implicados na experiência profissional médica de homens e mulheres emergem nos comportamentos de sensação de invulnerabilidade e exposição aos riscos que estão entrelaçados ao estereótipo masculino hegemônico, permeado por símbolos de comportamento de risco e demonstração de força (física e emocional). Uma das camadas que esse entrelaçamento pode possuir é a internalização do presenteísmo no exercício profissional médico. Steven Joffe (2020), professor de ética médica dos Estados Unidos, em um artigo de opinião sobre o tema, publicado em jornal científico, diz que devido às perspectivas de invulnerabilidade de seus corpos, os médicos internalizam o presenteísmo (ato de trabalhar mesmo doente) e percebem o absenteísmo como uma falha.

Claudia Center *et al.* (2003), que promoveram um estudo com 15 especialistas sobre suicídio, nos Estados Unidos em 2002, para avaliarem o estado do conhecimento

⁴³ O trecho completo, no original em inglês é: “A particular problem is simplistic presentation in abstracts, summaries, press releases or editorials which easily create popular myths, such as “... suicide rate among female physicians. . . is significantly higher than among male doctors” (Lindeman *et al.*, 1996, p. 274).

sobre depressão e suicídio entre médicos e as barreiras ao tratamento, observaram que a cultura da medicina concede baixa prioridade à saúde mental dos médicos, mesmo apesar de evidências de aumento progressivo de casos de suicídios nessa profissão. A fala a seguir, de uma participante desta pesquisa, aborda sobre essa normalização de sofreres e o quanto a exibição dos sofrimentos ou tratamentos é fator central para a estigmatização da “fraqueza” do profissional médico:

Eu acho que, como médica oncologista e paliativista, sempre fui vista como alguém que aguenta tudo... trabalho desgastante, perda dos pacientes... mas quando eu precisei de cuidado, porque adoeci por burnout, havia perguntas na minha família do tipo: “como você sempre deu conta de tudo e agora tá desse jeito?” e conversinhas com colegas médicos, assim: “paciente não gosta de médico que demonstra não estar bem”; “como você vai passar confiança pros seus pacientes depois que voltar do afastamento?”. Depois do meu afastamento e perícias do CRM, consegui um emprego em outro hospital... porque eu procurei! Acho que quis me distanciar dos colegas que me julgavam e deixar essa fase enterrada, sabe? (Dra. E).

Dinesh Bhugra e colaboradores (2019), em uma pesquisa com médicos e estudantes do Reino Unido, observam haver diferenças de gênero importantes quanto à demonstração de sofrimento. Os autores realizaram uma pesquisa via questionário *online* a fim de avaliar o bem-estar e saúde mental dos médicos e estudantes de Medicina. Foram 4.347 respondentes, sendo 1.417 estudantes de Medicina e 70% mulheres. Os autores apontam:

os homens eram mais propensos a usar álcool, drogas ou automedicação/prescrição como meio de enfrentamento do que as mulheres [...] As mulheres, no entanto, eram mais propensas a buscar apoio **fora** do local de trabalho ou estudo do que os homens. As mulheres também eram mais propensas a achar o apoio aceitável do que os homens (Bhugra, 2019, p. 4, grifos nossos).

Os autores complementam que a busca por apoio em fontes diferentes do local de trabalho reflete ou que o apoio não estava disponível, nesses locais, ou que os profissionais médicos não queriam ser vistos acessando-o. Connell e Messerschmidt (2013) nos dizem que a masculinidade hegemônica não se assume “normal num sentido estatístico; [já que] apenas uma minoria dos homens talvez a adote. Mas certamente ela é normativa” (Connell; Messerschmidt, 2013, p. 245). Portanto, essa normatividade exige que *todos* se posicionem em relação a ela (e não apenas os grupos de homens), sendo cabível que masculinidades são postas, também, em atos por pessoas com corpos (e identificações) não-masculinos. A atitude de busca por apoio fora do local de trabalho,

por mulheres, pode ser em prol de evitar constrangimentos do tipo vivenciados por Dra. E.

A família, como eixo externo ao eixo profissional dessa médica, atribui-lhe uma moralidade aproximada da prática social da masculinidade hegemônica, porque a desincentivam a cuidar de si, oprimindo sua expressão de vulnerabilidade. À ela, não foi permitida uma *licença para cuidar de si*, como Dra. D disse sobre a própria experiência, porque sua vivência de ser paciente teve como causa um adoecimento e não gestação. As médicas entrevistadas que foram gestantes, foram obrigatoriamente pacientes por conta de outro e não de si e do próprio corpo, no sentido restrito. A médica que não foi gestante, Dra. E, trouxe o relato de uma colega gestante para falar sobre ser paciente. E ao falar sobre a própria experiência de ser paciente, apresentou-nos a pressão pelos pares médicos de que sua reputação com seus pacientes seria atingida porque *paciente não gosta de médico que demonstra não estar bem*. Nos casos em que as médicas relataram sobre suas gestações, não houve permissão para cuidar de si de fato: houve permissão para cuidar de si porque tinha que cuidar do outro.

Connell (2003) traz afirmações sobre a ciência e a tecnologia serem vertentes da masculinidade hegemônica, que estabelece sua autoridade pela proximidade de tudo que se denomina racionalidade (em contraposição ao que se conecta com o emocional). De modo similar, Oliveira (2004) nos fala, em sua análise sobre a construção social da masculinidade, que “a ciência e suas ‘descobertas’ [conspiraram] para legitimar a supremacia androcêntrica” (Oliveira, 2004, p. 54). A ciência e a tecnologia médicas disseminaram seus ideais através da ordem médica que, de acordo com (Clavreul, 1983)⁴⁴, é tão poderosa que “a medicina não pode ser julgada porque ela é seu próprio legislador [...] é preciso fiar-se à sabedoria dos próprios médicos julgando-se entre eles” (Clavreul, 1983, p. 93).

Essa ordem é um elemento constitutivo de nossa sociedade, resultado de elaboração científica moderna, entrelaçada às disseminações de saber-poder, analisados por Foucault (1977), que se mantém por dispositivos de controle por meio do atravessamento dos corpos. Para manter seu poderio, “com justa razão [...] os médicos se

⁴⁴ Clavreul (1983) nos afirma, sobre a ordem médica: “não se pode resistir a ela, porque não se tem nenhuma ‘razão’ a lhe opor” (Clavreul, 1983, p. 47), pois “está sempre presente em nossa vida, desde nosso nascimento numa maternidade até nossa morte no hospital, desde os exames pré-natal até à ‘verificação’, na autópsia” (Clavreul, 1983, p. 40).

preocupam com sua imagem” (Clavreul, 1983, p. 90). Se, no meio médico, a idealização do profissional é o homem invulnerável, entendemos que a motivação do “heroísmo” após a recuperação do Dr. G se deu porque seu adoecimento foi fortuito e em época de exercício profissional. O mesmo *status* não foi vivenciado por Dr. C que adoeceu durante o Internato, outra fase da formação e exercício médicos:

Na época do Internato, eu tive que me afastar porque eu não estava dando conta. É um período que parece que tudo fica suspenso, você ainda não sabe se vai conseguir fazer a Residência na especialidade que quer, na instituição que quer... quando voltei, eu não tive muito apoio dos colegas; eu me sentia visto como fracassado, alguém que não aguentava o que se propôs fazer. O meio médico é muito competitivo... é um tal de ter colega feliz pelo seu baixo desempenho. Isso é triste. (Dr. C)

E se a mesma situação ocorresse atualmente (já sendo profissional posicionado no mercado de trabalho), você acha que seria como?

Graças a deus, hoje eu tenho liberdade pra... se precisar, me cuidar em um lugar que os colegas nem saibam. No Internato, não tinha como falar que eu estava viajando, que fui resolver problemas da família em outro estado, outro país, sei lá... porque ninguém abandona o Internato! É uma prisão. Hoje, se eu não me sentisse confortável em assumir meu tratamento, eu procuraria um lugar que ninguém teria contato com meus conhecidos de trabalho. E isso é para preservar a imagem profissional, porque eu vejo que a gente é passado pra trás quando assume alguma vulnerabilidade. É o que eu disse... o ambiente médico é de guerra, é um querendo se dar melhor que o outro. Não vejo muito que tem essa de coletivo, de preocupação, infelizmente (Dr. C).

Na já citada pesquisa de Steffen *et al.* (2015), a confidencialidade entre os médicos foi o segundo motivo mais citado como barreira para os profissionais médicos buscarem atendimento (o primeiro motivo, levantado entre os participantes de sua pesquisa, foi a falta de tempo). Na fala do Dr. C está exposta essa preocupação de não querer ser visto em atendimento/tratamento por pessoas conhecidas em seu ambiente de trabalho. Esse desconforto também aparece em outras formas. Tarkowski *et al.* (2016) afirmam que ao adoecer muitos profissionais médicos preferem buscar tratamento com colegas próximos, e isso torna mais frágil a fronteira da confidencialidade, já que as redes social e profissional se sobrepõem.

Essa escolha de profissionais conhecidos para serem seus médicos atendentes também aparece no relato de Rosenbaum (1993). Em seu percurso em busca de um diagnóstico, o autor só frequentou consultórios ou de colegas médicos ou de médicos

indicados por familiares médicos. Porém, antes de ter coragem para marcar essas consultas, ele diz ter feito

o que os médicos costumam fazer quando ficam doentes. Para evitar a tensão e a espera de uma consulta normal, cercam um colega no hall, ou entre uma xícara de café e outra, e descrevem seus sintomas. Chamamos isso de “consulta de corredor”. É grátis, rápida, indolor e quase sempre inútil (Rosenbaum, 1993, p. 20).

Como mencionamos antes, a consulta de corredor pode ser uma estratégia dos profissionais médicos para não ocuparem o lugar tradicionalizado de paciente. Ademais, o mesmo pode ocorrer nas consultas entre colegas, o que, contudo, intensifica o risco de mistura entre as relações pessoal e terapêutica. Techy (2006) também cita o quão comum é no meio médico a consulta de corredor e pedidos entre médicos de “receita do remédio controlado para o amigo ou parente, exames complementares antes da realização da consulta, etc...” (Techy, 2006, p. 25).

Esses achados dialogam com o que Almeida (2009) traz em sua pesquisa. A autora, para demonstrar que “[a] idealização, que coloca o médico em um lugar não humano, livre dos percalços causados pelo adoecimento, reflete-se na conhecida dificuldade do médico admitir-se como doente” (Almeida, 2009, p. 122) cita a fala de um professor, do curso de Medicina que ela acompanha em sua pesquisa:

Médico atender paciente médico é muito difícil, acaba atendendo em corredor porque acaba sendo constrangedor no consultório, o médico se colocar no lugar do paciente é constrangedor. Professor, clínico geral (Almeida, 2009, p. 122, grifos originais).

No subcapítulo anterior, *Apresentação dos médicos e médicas entrevistados*, trouxemos considerações de Mol (2007) sobre performances. No caso da condição de paciente e a aversão que os profissionais médicos têm em seguirem os rituais que colocam um indivíduo no *lôcus* de paciente, o que se apresenta não é apenas uma crise de identidade do profissional médico que adoece, mas a coexistência de múltiplas realidades: aquela que inscreve sintomas e diagnósticos na *anamnese* clínica; aquela que associa esse *lôcus* ao estigma e aquela marcada pelo medo ou vulnerabilidade. As tensões entre essas realidades se manifestam na oscilação constante entre ser médico e ser paciente, entre performar competência e vivenciar fragilidade.

O comportamento dos profissionais médicos gera uma repulsa entre eles mesmos, dentro da própria classe médica. Alexandrina Meleiro (2000), em pesquisa já citada, em

que entrevistou pacientes internados no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor-HCFMUSP), traz o dado de que entre os 61 médicos, 80% afirmaram dificuldade em tratar o paciente médico. Uma das falas de um entrevistado pela pesquisa de Meleiro (2000) diz:

“São os piores, não seguem a orientação que a gente dá. É difícil tratar de médico.” Médico nefrologista do Hospital das Clínicas FMUSP. (Meleiro, 2000, p. 140, grifos originais).

Sens (2006) também afirma que “existe todo um contexto cultural por trás dos profissionais da área médica, que leva às constatações e à confirmação de que realmente é mais difícil tratar um paciente médico” (Sens, 2006, p. 77) e, por isso, muitos médicos preferem não marcar consulta de pacientes médicos. A busca pela preservação da imagem profissional, como mencionado por Dr. C, está nos dois lados da relação entre médicos, como atendente e como paciente.

Há a possibilidade de que a experiência relatada por Dr. C, sobre o afastamento por estresse durante o Internato, o tenha feito compreender seus ambientes de trabalho de forma pessimista, onde as atitudes são apenas de interesse individual e sem empatia entre os pares. Mas, pela sua fala, extraímos o dado de que a exigência de demonstração de invulnerabilidade aumenta conforme os anos de socialização na cultura médica. Além disso, não se pode ignorar que vulnerabilidades são performadas de modo diverso, pois situações e contextos a influenciam. Por exemplo, talvez a sensação de *herói*, que Dr. G, profissional médico adoecido por Covid-19, nos relatou, não teria existido se o motivo de seu adoecimento fosse outro.⁴⁵

A evitação de constrangimentos no meio de trabalho, expressa por Dr. C ao pensar sobre um hipotético adoecimento, não condiz só à confiabilidade e manutenção da imagem profissional, mas condiz também a uma percepção generificada. Ao pontuar um possível modo de sofrimento, no sentido de crise identitária do profissional médico em recusar o lugar de paciente, Dr. C preocupa-se com a exposição de si desempenhando outro papel social, além do papel médico. Esse sofrimento é elemento central na abordagem dos trabalhos acadêmicos e, também, no jargão Síndrome de Esmeraldite.

⁴⁵ É preciso que fique evidente que não diminuimos a exaltação dos profissionais atuantes durante a pandemia de Covid-19. Pelo contrário, lamentamos todos os lutos evitáveis, as mortes e as negligências. O questionamento posto é um esforço intelectual para percebermos a relação entre culpa e vulnerabilidade no meio médico, a depender do gênero e do período de formação ou de exercício profissional.

Os homens não são, histórica e socialmente, habituados a terem o seu corpo exposto, mas essa prática é normalizada, naturalizada e introjetada quando o corpo é feminino, como o é explicitamente na gestação. Assim, o próprio questionamento sobre a dificuldade de se colocar nesse espaço de corpo examinado e simbolicamente vulnerável é questionamento que tem viés masculinizado. Ademais, a própria Síndrome de Esmeraldite é categoria criada por problemáticas que existem mais no comportamento de homens do que de mulheres.

Sérgio Carrara e colaboradores (2009) analisam a política nacional voltada para a saúde do homem e apontam, sob argumentos históricos, que alguns corpos tiveram mais visibilidade na construção da saúde pública: os homossexuais por serem “perigosos”, as mulheres por serem responsáveis por uma “raça forte e sadia” e as crianças e os “velhos” por serem “frágeis”. Essa abordagem, segundo os autores, levou os corpos dos homens à penumbra nesse processo de medicalização e de políticas de saúde voltadas a “populações específicas”, retirando-lhes poder de conhecimento de seu próprio corpo. Destacam, ainda, que as medidas específicas de saúde voltadas para as mulheres, em nosso país, iniciam-se nos anos 1930 a partir da saúde materno-infantil, o que nos faz perceber o quanto o critério de reprodução focado na gestação é classificatório de atenção à saúde e à fragilidade, sendo a mulher “frágil” e necessitada de atenção porque sangra e ovula.⁴⁶ Essa configuração afeta os homens, porque enquanto o investimento da Medicina sobre os corpos femininos institucionalizou-se já no final do século XIX, pela Ginecologia (Rohden, 2008), a Andrologia tornou-se especialidade médica apenas recentemente – e pautada em preocupações acerca da disfunção erétil (Carrara; Russo; Faro, 2009).

O foco na disfunção erétil como ponto central da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem é problematizado pelos autores e nos diz sobre a masculinidade hegemônica. “Ao centrar a felicidade dos homens na potência sexual, vista como capacidade de obter uma ereção, a campanha [para a saúde do homem] acaba reforçando a centralidade dos valores que supostamente pretende combater” (Carrara, Russo, Faro; 2009, p. 666). O combate seria pela desconstrução do imaginário de invulnerabilidade

⁴⁶ Algumas autoras trazem as perspectivas sociais (e cultural) que regulam a compreensão sobre a menstruação. Entre elas, Chris Bobel em *New Blood: Third-Wave Feminism and the Politics of Menstruation* (2010) que aborda como a menstruação tem sido usada para controlar as mulheres – e como as feministas da Terceira Onda têm desafiado essas normativas –, e Emily Martin em *The egg and the Sperm* (1991) que analisa como as representações científicas da reprodução humana são permeadas por estereótipos de gênero, que interferem em como a menstruação e a ovulação são descritas.

dos homens e a política reduz o “ser homem” ao desempenho sexual, ou melhor, à atividade sexual (e não passividade).⁴⁷

Esses enraizamentos culturais atingem tanto as subjetividades, que levam indivíduos a entenderem que praticar masculinidade (hegemônica) é ocultar vulnerabilidade e sinais culturalmente compreendidos como falta de virilidade - e isso é fator impeditivo de busca por serviços de saúde e atos de autocuidado. Os profissionais médicos estão imersos nessa cultura e a reforçam, porém sob pretextos. As explicações sobre a ocultação da vulnerabilidade, que está na dificuldade de se compreender como paciente, aparecem nas entrevistas e na literatura como ações mais ou menos próximas à técnica (posto que a crise em ser paciente seria uma crise de identidade profissional) ou apreensão de punição⁴⁸. As causas para essas ocultações no meio médico é a prática da masculinidade hegemônica, e as explicações encontradas na literatura, que as discutem, não se sustentam isoladamente para qualificar os comportamentos que definem a Síndrome de Esmeraldite.

Embora Connell (2003) afirme que masculinidade não existe em oposição à feminilidade, porque são categorias inerentemente relacionais, um pensamento de antagonismo estruturou essa definição, que se reproduz ao longo do tempo. Thomas Laqueur (2001) analisa a invenção da polaridade dos sexos, definidos em masculino e feminino. Em sua busca histórica, afirma-nos que as diferenças existentes antes do século XVIII eram de graus e não de espécies. Os corpos com vagina eram formas debilitadas de um corpo e sexo único (o corpo com pênis sendo aquele de forma perfeita). A partir de tal datação, saberes diferenciaram os corpos, criando as noções de sexo binário e a Medicina prossegue sendo um dos elementos que compactua com a manutenção dessa estrutura.

⁴⁷ É tão enraizada a ideia de ser homem à posse corporal de um pênis e à atividade na prática sexual, que esse imaginário leva a lógica de que ter um pênis e não usá-lo é não ser homem. Ademais, esse imaginário afasta os homens (possuidores de pênis e ativos) dos exames básicos de prevenção de câncer, doenças com altos índices de mortalidade, ao ponto de campanhas de saúde pública precisarem afirmar constantemente que o exame de próstata não condiz à mudança da sexualidade!

⁴⁸ Pensamos nesta punição como complicações com o órgão regulamentador do exercício da Medicina (Conselho Federal de Medicina), dado que no Código de Ética Médica, de 2019, consta nas Disposições Gerais que: “o médico portador de doença incapacitante para o exercício profissional, apurada pelo Conselho Regional de Medicina em procedimento administrativo com perícia médica, terá seu registro suspenso enquanto perdurar sua incapacidade”. Center *et al.* (2003) abordam apreensões de afastamentos e medo de perda de licença através de uma pesquisa sobre a cultura médica.

Masculinidade e feminilidade são subsumidas antes a posições de domínio e subalternidade do que ao sexo e aos corpos (Miskolci, 2013). Em um relato de caso sobre sua própria doença não descoberta pelos médicos, Brit Haver (2010), uma psiquiatra, traz alguns apontamentos que nos interessam. Em busca de um diagnóstico, nos conta sobre como os profissionais médicos consultados minimizaram sua condição física menosprezando suas percepções enquanto profissional e mulher. Relata-nos que sabia que sua condição não era psiquiátrica, mas que nenhum médico acatou suas sugestões. Quando um médico a diagnosticou com depressão, ela o questionou sobre os critérios e ele lhe respondeu: "Bem, como psiquiatra, você deveria saber, não é?" (Haver, 2010, p. 2). Seleccionamos algumas frases de seu relato que demonstram esses questionamentos:

Como psiquiatra, eu sabia que nenhuma condição psiquiátrica explicava meus sintomas. [...] mas nenhum dos médicos demonstrou interesse em minhas sugestões [...] eles simplesmente pararam de me ouvir com a mente aberta e disseram que não havia mais nada que pudessem fazer por mim. Eu me senti péssima [...] Quando pedi a ele [médico] que mencionasse alguns critérios para o diagnóstico de depressão, ele respondeu: "Bem, como psiquiatra, você deveria saber, não é?" [...] Com base na minha história, pode-se perguntar se as mulheres são mais facilmente diagnosticadas com transtornos "funcionais" ou mentais quando os médicos não encontram um transtorno orgânico que explique seus sintomas (Haver, 2010, tradução nossa).⁴⁹

Similarmente às conclusões de Haver (2010) sobre o tratamento dispensado por médicos a depender do gênero com quem lidam, temos os dados levantados por Alexandra Brewer *et al.* (2020) que mostram que na transição formal do estudante ao profissional, durante o treinamento em Medicina, as mulheres são subestimadas e recebem críticas mais severas e *feedback* menos favorável do que os homens. Ao analisarem 2.765 avaliações de desempenho de Residência Médica, nos Estados Unidos durante os anos de 2013 a 2015, os pesquisadores demonstraram o quanto estereótipos de gênero, muitas vezes intangíveis, estão frequentemente incorporados às estruturas organizacionais. Eles afirmam que critérios de avaliação durante o treinamento médico, contratação e promoções na carreira consideram o gênero do profissional. Portanto, progressões dependem de gênero e não apenas de profissionalismo.

⁴⁹ *As a psychiatric myself, I knew that no psychiatric condition explain my symptoms. [...] but none of the doctors showed any interest in my suggestions [...] they simply stopped listening with a open mind, and said there was nothing more they could do for me. I felt terrible [...] When I asked him to mention some criteria for the diagnosis of depression, he responded: "well, as a psychiatric you should kno, shouldn't you? [...] Based on my history, one might ask if women are more easilly diagnosed with "functional" or mental disorders when doctor do not find na organic disorder explaining their symptoms (Haver, 2010).*

Esses pesquisadores analisam que o papel do estudante é "feminizado" e o papel do trabalhador é tradicionalmente "masculinizado", em profissões historicamente dominadas por homens. Explicam que o papel de estudante é determinado por características como organização e disciplina, que se aproximam do que é idealizado como feminino, e o papel de trabalhador definido por tomadas de decisões seguras, que é característica idealizada como masculina. Por essa perspectiva que generifica simbolicamente a hierarquia da carreira médica, sendo o mais baixo patamar o de estudante, entendemos as evidências de que os homens têm maior facilidade em se enquadrar na visão de um trabalhador e líder ideal no ambiente de trabalho do que mulheres igualmente qualificadas.

Embora as mulheres mimetizem comportamentos tidos como masculinos para serem respeitadas em ambientes majoritariamente masculinos — como argumentam Bonelli e Oliveira (2020) e relatou a Dra. D, ao mencionar que altera o tom de voz, tornando-o mais firme, diante de sua equipe predominantemente masculina —, as desigualdades entre mulheres e homens se mantêm. Isso é notório pela desigualdade salarial existente entre homens e mulheres com mesma qualificação e em mesmo cargo.

Giulia Mainardi *et al.* (2019) realizaram um estudo utilizando dados de uma pesquisa feita com 2.400 profissionais médicos brasileiros em 2014. A pesquisa contava com questões referentes a gênero, idade, localidade, jornada de trabalho, número de plantões realizados, tempo de experiência profissional, especialidade médica e atuação no Sistema Único de Saúde ou no sistema privado. Mainardi *et al.* (2014) analisaram os dados através de um modelo estatístico, cruzando-os, a fim de descobrirem causas da diferença de remuneração a depender do gênero dos profissionais. Em conclusão, os autores afirmam que para além do gênero não encontraram qualquer fator que pudesse explicar as diferenças de rendimentos.

As expressões da menorização da mulher esteve presente, também, na fala da informante Dra. E, que afirma perceber que há

uma visão de desqualificar mais o trabalho quando é gerido por uma mulher, uma médica... seja de qual especialidade for (Dra. E).

A alteração da voz apareceu, também, no relato da Dra. E, que nos contou ter sofrido uma intervenção disciplinar após ter alterado a voz com uma colega de trabalho. Dra. E foi sensível ao reconhecer que ultrapassou um limite. Um médico, acostumado a

ser líder, reconheceria? Estudos sobre como médicos lidam com enfermeiras, por exemplo, nos dão indícios sobre hierarquia de gênero na relação com o Outro, no meio médico. Bazzarelli e Amorim (2010), em pesquisa já citada sobre disputas pelo poder em hospitais falam das percepções de médicos sobre sua própria importância, por compreenderem que “a vida das pessoas está constantemente nas [nossas] mãos” (Bazzarelli; Amorim, 2010, p. 77) e, de acordo com falas de médicos entrevistados, há justificativas da rigidez e arrogância com enfermeiras como “normal”. Apesar de a pesquisa não detalhar a compreensão das enfermeiras sobre o comportamento dos profissionais médicos a depender de seus gêneros, temos que esse é um exemplo de prática masculinista disfarçada de neutralidade profissional.

Brewer *et al.* (2020), na análise anteriormente citada, comparam a avaliação de mulheres durante a graduação em Medicina e após a iniciação do desempenho profissional, e afirmam que é nesse último estágio que as más avaliações predominam. Os autores não elaboram hipóteses, mas é plausível pensarmos que, de acordo com o que eles mencionam acerca do papel de estudante ser associado ao papel feminizado, quando as mulheres iniciam suas carreiras profissionais divergem dessa expectativa de passividade porque é nesse período que assumem comportamento de liderança.

Entre tantos trabalhos que demonstram a disparidade de tratamentos entre os estudantes, temos o de Santana *et al.* (2024), em pesquisa já citada, que trouxeram relatos de interferência do gênero na formação e prática médica que, como bem apontam, não são isolados. Santana *et al.* (2024) trazem a conclusão de que professores do curso de Medicina (e não só) são mais rígidos com alunas para lhes darem bronca, em comparação aos alunos; mas se querem tentar aproximações sexuais, as favorecem. As autoras mostram que há classificação das mulheres não pelas suas competências técnicas, mas pelo critério de quem as avalia ter ou não interesse sexual na estudante avaliada. Nesta pesquisa, as autoras discutem sobre assédio no ambiente de formação e trazem a fala de uma médica que diz que seu preceptor, durante a Residência, selecionava para a aprendizagem prática apenas “as mulheres que ele gostava da aparência” (Santana *et al.*, 2024, p. 6, grifos originais).

Esses lugares dados às mulheres e aos homens compreendem o que Butler (2003) critica: o ser humano é designado a determinado sexo/ gênero de acordo com sua anatomia genital, desde o nascimento, e lhes são impostas expectativas sociais em relação

à família, ao trabalho, à maneira de se portar e se vestir. A coerência sexo-gênero é fictícia, e não há, de fato, uma linearidade que os indivíduos devem seguir entre corpo anatômico – sexo biológico – gênero – orientação sexual - sexualidade – desejo, sendo essa combinação, em si, uma imposição social e cultural. Não existem as “caixinhas” que os mecanismos de controle de gênero forçam os indivíduos a ficarem, e durante as práticas sociais e performatividades, todos esses elementos se embaralham e algumas configurações afrontam a inteligibilidade de gênero.

Apesar de afrontamentos, os reforços da inteligibilidade de gênero baseada nos ideais binários é cotidianamente sustentada por ações de divisão entre funções sociais, caracterizando o que são atividades de mulheres e atividades de homens. A Medicina, imersa nesse caldo sócio-cultural-político, ajusta-se a essa dinâmica e se expressa, também, de modo dicotômico. A prática social e a performatividade de gênero influenciam nas subjetividades, no modo de cuidar e ser paciente.

A seguir, trataremos da diferença da percepção de ser paciente e profissional médico a depender do gênero e abordaremos como a performatividade e o enviesamento da masculinidade hegemônica, que conformam o exercício médico, influenciam no modo de perceber-se vulnerável ou não e se permitir ou não à submissão de outro profissional em prol do cuidado consigo.

5.1 DISTINÇÕES ENTRE SER PACIENTE MÉDICO OU MÉDICA

Um dos elementos inéditos na discussão sobre o meio médico que esta pesquisa levantou foi a aproximação da compreensão de ser paciente à condição gestacional, que as médicas entrevistadas trouxeram. Essa informação nos levou a caminhos reflexivos sobre as noções de cuidado (quem deve ser cuidado e quem deve ser o cuidador) que circulam no meio médico. Embora haja uma inteligibilidade normativa que diz que corpos em vulnerabilidade devem ser cuidados, e, portanto, gestantes devem ser cuidadas, as médicas que foram gestantes mostraram, através de suas falas, que ser paciente não é apenas um estado clínico e de cuidado, mas também um posicionamento social atravessado por normas de gênero e hierarquias profissionais.

Diante da ausência de literatura acadêmica que discute o lugar da médica como paciente, trazemos nesse subcapítulo algumas considerações resultantes da análise dos

dados desta pesquisa em diálogo com interpretações de outros pesquisadores que se preocupam em categorizar os sentidos do cuidado em relação ao gênero. A condição da necessidade de cuidado posta em ser paciente e em ser paciente como gestante complexifica as negociações entre autonomia, dependência e expectativas sociais dentro da prática médica.

Nas falas das médicas informantes dessa pesquisa, expressaram-se necessidades constantes de manejo entre demonstração de mais ou menos feminilidade, por exemplo, na alteração de voz da Dra. D a depender do gênero e posição de seus interlocutores e no uso dos apetrechos da esposa do Dr. C. No trecho a seguir está posto, também, uma necessidade de manejo, que versa sobre o equilíbrio entre ser mulher e ser médica. A informante Dra. D, durante uma fala que respondia sobre alterações no modo de praticar a Medicina a depender do gênero, diz:

Na época da minha Residência... e acho que até hoje... me pego pensando: “qual o sentido de eu me deixar tão de lado pra poder cuidar dos outros?”. Eu sofri alguns períodos de querer abandonar tudo, tentar outro caminho, outra profissão... principalmente quando quis engravidar. Mas... quando a gente se apaixona por algo é difícil aceitar outra rota. Então eu fiquei e essas coisinhas vão sendo aos poucos superadas... têm que ser né? (Dra. D).

A paixão que Dra. D direciona a sua profissão e a minimização de seus desejos, expresso no uso do termo *coisinhas*, se aproximam da noção de sacrifício que ronda a profissão médica, cuja menção fizemos anteriormente. O sofrimento vivido por essas informantes em relação à incompatibilidade entre seus desejos pessoais e carreira profissional são evidentes e, no geral, essa crise (que é uma crise do gênero feminino) não é levada em consideração no debate sobre a identidade médica na discussão sobre médicos como pacientes. O entendimento sobre o que é ser paciente apresenta demais versões além dos casos de adoecimento e de exames preventivos, que são as situações tradicionalizadas sobre o que é ser paciente.

Os casos de adoecimento e de exames preventivos são debatidos na literatura porque são questões que colocam a masculinidade hegemônica em xeque. A gestação, como um exemplo de ser paciente, não entra no debate sobre as assimetrias da identidade médica e pressupomos ser porque a submissão do corpo grávido da mulher é dada *a priori*. Ou seja, como geralmente as grávidas não apresentam resistência para serem pacientes, pois o arcabouço simbólico que incentiva o cuidado com o feto e a necessidade

de acompanhamento médico, consultas e exames, não é elemento posto em discussão, a questão de ser médica e paciente, na condição de gestante, não é um *locus* o qual a literatura sobre profissional médico como paciente se atente.

Apresentamos anteriormente algumas considerações sobre como as médicas ajustam a demonstração de invulnerabilidade ou afeto, a depender da predominância de gênero do ambiente em que estão. Mol (2007), preocupada em explicar aplicabilidades de Medicinas, no plural, propõe que a realidade é produzida por meio de performances, como já apontamos anteriormente. Ou seja, a realidade se dá por ações concretas que moldam e dão forma ao que entendemos como corpo, doença e cuidado. Através dessa autora entendemos, por exemplo, que um diagnóstico não é apenas a constatação de um fato biológico, mas o resultado de práticas: coleta de exames, leitura de imagens, decifração de números e o modo como o médico comunica a conclusão a qual ele chegou ao paciente. Cada uma dessas ações não apenas descreve a doença, mas a faz existir de uma determinada maneira.

Através dessa interpretação, a autora diz sobre a multiplicidade do objeto, explicando que multiplicidade não significa pluralidade. A unidade aparente de um objeto só existe porque práticas e relações heterogêneas são articuladas de forma a parecerem coesas. Quanto mais se reforça essa ideia de coesão, mais invisíveis se tornam os arranjos alternativos que poderiam produzir outras formas do objeto. Se transferirmos essa interpretação para a discussão sobre o significado de ser médico e ser paciente podemos afirmar outras formas de ser médico ou de ser paciente, que não são facilmente visualizadas porque sua coesão não é constantemente reforçada tal como a coesão que dá a ideia de unicidade à versão do que é ser médico e do que é ser paciente.

Ao afirmar que multiplicidade não significa pluralidade, a autora ainda considera que a ideia de unidade se dá como resultado de ocultação de performances que fabricam realidades a partir de conexões com elementos diversos. No sentido dado pela autora, performance é sempre situada, pois depende das circunstâncias em que ocorre e das redes de atores, discursos e objetos que a compõem. Por essa perspectiva, os ajustes que as médicas realizam na demonstração de invulnerabilidade ou afeto a depender do gênero e da posição de seus interlocutores correspondem, além da normatividade de gênero, à performance de identidade médica.

Ampliando o que Mol (2008) afirma sobre arranjos de práticas, normas e discursos se sobrepõem para criar a impressão de uma Medicina, podemos pensar que o mesmo se dá em relação à identidade médica única e estável e a noção de cuidado, também estável. Os modos de entender o que é cuidado diferem a depender do gênero, como abordaremos a seguir.

Abordar as diferenças entre os sentidos do cuidado é importante porque elas impactam na própria prática médica, na definição do que é ser paciente e na menor ou maior dificuldade do profissional médico aceitar sua condição de paciente. De acordo com o que foi apresentado até então nesse texto, sugere-se que a prática médica é compreendida como uma relação constituída por conflito (entre polos ativo e passivo), em que para ser efetiva, uma das partes envolvida deve submissão a outra. Porém, como veremos, há indicativos de entendimento pelas informantes que foram gestantes de compreenderem a prática médica como cooperativa e preventiva – e não só restaurativa, como o é de modo generalizado.

As informantes da pesquisa, em meio às suas respostas individuais e relatos de experiências, trouxeram ataques ao modo que o meio médico entende a situação de ser paciente. No subcapítulo *Apresentação dos médicos e médicas entrevistados*, transcrevemos as respostas completas de cada informante após a pergunta “O que é ser paciente?” e duas das três informantes, Dra. D e Dra. E, trouxeram esses ataques diretamente ao afirmarem comportamentos hierárquicos dentro de sua classe profissional. Repito aqui trechos de suas falas:

a maioria dos médicos não se importam em definir seus próprios objetos de trabalho, sabe? Aí fica tudo no automático e fica mais difícil sair do personagem médico acima de tudo. Por isso que muitos não querem se sujeitar a outros médicos (Dra. D).

Médico acha que ser paciente é como se fosse descer da hierarquia, ser impotente como médico... mas ser paciente é só buscar ajuda. Nenhum médico sabe tudo. Minha classe tem mania de achar que é absoluta em tudo (Dra. E).

A informante Dra. E, ao responder a pergunta, não direciona sua fala a demonstrar um entendimento individual sobre o que é ser paciente, mas sim generaliza e abstrai o que é ser paciente para os indivíduos de sua profissão. Lembremos que essa informante relatou sua experiência de *burnout* e, como traremos em breve, ela disse que compreendeu

sua busca por auxílio e tratamento como *um ponto fora da curva* no seu meio profissional de atuação, pois os profissionais médicos tendenciam a não agir dessa forma.

Leite e Oliveira (2015), no trabalho já citado, afirmam que o modo de educar os profissionais médicos afetam suas próprias formas de existir como médico ou médica. Os autores dizem que apesar de haver uma suposta isenção de considerações sociais, culturais e políticas na formação profissional da Medicina, na realidade, ela resulta em objetividades e subjetividades em concordância ou não com a hegemonia cultural. Se a prática médica é cultural, é preciso pensarmos sobre seus elementos constitutivos, e um desses elementos é a consideração sobre cuidar.

Ilze Zirbel (2020), em um trabalho em que discute teorias do cuidado, distingue o cuidado sob uma perspectiva generificada. A autora afirma que o cuidado realizado por indivíduos masculinos é tido como protetor e provedor, voltado ao âmbito público e o cuidado realizado por indivíduos femininos é voltado para os aspectos do âmbito privado. Zirbel (2020) difere o cuidado praticado por homens e por mulheres trazendo exemplos. Quanto ao cuidado masculino, a autora diz que ele é socialmente definido como o cuidado público, de controle político e com objetivo de gerar lucro, porque é relacionado a um cuidado de tipo provedor e protetor.

Segundo o que a autora expressa, os homens realizam o cuidado provedor através do trabalho assalariado livre de responsabilidades domésticas, e o cuidado protetor através de desempenhos masculinizados, como a proteção da sociedade pela força policial, já que esse é realizado em maioria por homens, com ações de opressão e violência. Quanto ao cuidado praticado por mulheres, Zirbel (2020) diz ser do tipo de cuidado que tem como objetivo o desenvolvimento de capacidades dos que são cuidados e, portanto, se associam ao manejo de ações privadas. Nas palavras da autora, o cuidado dos homens mobiliza o medo para alcançar a obediência dos demais e o das mulheres mobiliza a autonomia dos que são cuidados.

No imbricamento entre curar e cuidar que existe na prática médica, podemos pensar que, social e culturalmente, há incentivo para que as práticas de cuidado na Medicina sejam distintas a depender do gênero. Como Leite e Oliveira (2015) trazem em sua análise:

Se seguirmos as pistas discursivas deste currículo, o desempenho bem-sucedido em Medicina apoia-se em um reiterado contraste entre a força

para enfrentar os rigores do exercício médico, alheio, por pressuposto, à “sensibilidade feminina” (Leite; Oliveira, 2015, p. 789).

O que os autores querem trazer é uma crítica às noções generificadas de desempenho da prática médica. Citamos um trecho da pesquisa desses autores no Capítulo *Identidade médica e estudos sociológicos de gênero*, em que eles transcrevem a fala de uma professora do curso de Medicina que discursava sobre como alunos e alunas deveriam se portar na *balada*, incentivando que as meninas retivessem a informação de serem estudantes de Medicina:

[é preciso ter] inteligência cognitiva para dominar um repertório de conceitos e técnicas particulares, uma coisa que, se as mulheres detiverem, devem reter, a fim de não assustar seus pretensos parceiros afetivos e sexuais. (Leite; Oliveira, 2015, p. 789).

Retomamos esse exemplo para pensarmos o meio médico através de uma pressuposta relação simbólica que pode se desenvolver nas subjetividades dos profissionais médicos, acionadas pela identificação de gênero. Ao comentar a transcrição mencionada, os autores afirmam que há

um discurso que valora modos de existir e trabalhar, os quais tornam inteligíveis determinadas posições corporificadas de médicas e médicos. [Esse discurso] estabelece uma relação de valoração subalternizante entre médicos homens e médicas mulheres, cujas significações estão respectivamente conectadas a “arte de curar” – a Medicina – e a “arte de cuidar” – a enfermagem. Desta forma, entrelaça-se uma dupla articulação de gênero: uma que atribui ao feminino o lugar do cuidado e ao masculino o lugar da virilidade, ao mesmo tempo em que estabelece entre eles capacidades cognitivas diferentes. (Leite; Oliveira, 2015, p. 789).

Essa análise dos autores se relaciona aos modos de cuidado postos por Zirbel (2020). Pode-se pensar uma prática médica relacionada ao controle, quando exercida por médicos, e outra prática relacionada a prevenir ou diminuir danos, quando exercida por médicas. O que queremos a partir dessa interpretação não é reforçar a binarização estereotipada entre os gêneros, mas sim trazê-la como parte explicativa do motivo do discurso divergente sobre ser paciente que surgiu nas falas das médicas entrevistadas.

Se os tipos de cuidado são diferentes, os manejos realizados frente ao sofrimento em ser paciente como médico ou médica são, então, arranjos de modos diferentes. Para abordar as especificidades que encontramos sobre ser paciente como médica, apresentaremos as percepções de todos os informantes sobre o tema, para assim reforçar os argumentos acerca da diferenciação.

Conforme apresentado anteriormente, as questões da entrevista semiestruturada realizada com os informantes desta pesquisa, visam abordar experiências dos profissionais médicos como pacientes e seus sentidos. Desse modo, com o objetivo de acessar tais percepções, quando o informante negava ter tido experiência individual de ter sido paciente durante o exercício médico, sugerimos um exercício imaginativo, através da questão: Se você passasse por alguma situação que tivesse que ser paciente, quais seriam suas dificuldades?

A seguir, transcrevemos as respostas dos informantes que negaram terem tido experiência de terem sido pacientes durante o exercício profissional. Foram os informantes Dr. A, Dr. B. e Dr. C.

Depende do que eu teria que tratar. Se fosse algo muito complexo e eu precisasse de internação, é claro que teria uma certa negação porque isso traria um choque para a minha rotina. Vejo muito isso nos meus atendimentos. É difícil pro paciente ter que mudar sua vida de uma hora para a outra. (Dr. A)

Nunca precisei ser paciente. Mas... pensando bem, todos os médicos são vez ou outra, mas não do jeito tradicional, que vai no consultório, é examinado, tem pedido de encaminhamento de exames... a gente faz “consulta de corredor”, já ouviu falar? Nas situações que precisei de alguma indicação mais especializada... algum tipo de acompanhamento [de uma condição], foram desse jeito. Todos os médicos sabem que isso não é o ideal, mas é igual a gente falar pro paciente não se automedicar. Ninguém vai ao médico por uma dorzinha que passa com medicamento de farmácia. (Dr. B)

Como profissional não [fui paciente]. Tive o que te contei sobre o Internato. E é aquilo que te falei... se precisasse de tratamento, não ia buscar por perto. Acho que essa seria a maior dificuldade: a falta de confiança nos colegas (Dr. C).

Os informantes Dr. A e Dr. B guiaram suas falas a pensarem sobre o tipo de adoecimento. No trecho da fala do Dr. A está posta a apreensão de ter que se distanciar do trabalho e atividades cotidianas. Em continuação a essa fala, a entrevistadora o questionou sobre como seria se acaso o tratamento não fosse algo muito complexo e que não precisasse de internação, com o objetivo de fazê-lo dizer sobre outras impressões de ser paciente além de adoecimento, ao que Dr. A respondeu: *eu lidaria melhor se não tivesse que alterar minha rotina.*

Anteriormente, apresentamos considerações bibliográficas que afirmaram o quão comum é, no meio médico, a ocultação de sintomas, o autodiagnóstico, a automedicação,

as consultas de corredor e o presenteísmo, que são estratégias com o objetivo de evitar o enfrentamento entre ser médico e ser paciente. A fala do informante Dr. A está nesse direcionamento, porque afirma que sua maior dificuldade em ser paciente seria assumir o *locus* de paciente diante uma situação mais gravosa, que o levasse necessitar de internação. Os médicos, conforme temos visto, geralmente, julgam que não precisam de outros médicos e o informante Dr. B trouxe sua percepção nesse sentido.

O informante Dr. B compara suas ações com comportamentos generalizados para justificá-las normalizadas. Apesar do reconhecimento de risco de interações medicamentosas e da função do médico diante algum sintoma, há também o reconhecimento de que os indivíduos de sua classe não agem de acordo com seus discursos. Esse informante menciona que nunca precisou ser paciente e, em seguida, reflete sobre consulta de corredor. O que isso significa?

Nossa interpretação é de que o entendimento de ser paciente enquanto profissional médico não condiz apenas ao adoecimento, mas sim aos signos e elementos que performam a relação com outro profissional médico. A prática de solicitar orientações dos colegas sobre os próprios sintomas também é prática da relação médico-paciente, que na literatura consultada e discutida anteriormente, aparece como a dificuldade de os médicos lidarem com a troca de papéis na relação médico-paciente⁵⁰.

Para compreender melhor essa significação do *locus* do profissional em situação de ter que lidar com outro médico sem estar em sua função, foi questionado aos informantes, que mencionaram a experiência de adoecimento de um familiar, o que sentiram nessas situações. A seguir, transcrevemos trechos das falas desses informantes:

Quando meus filhos adoecem, deixo aos cuidados da pediatra, que é de total confiança (Dra. D).

Quando minha filha era pequena, minha esposa que sempre lidou com isso. Eu ficava preocupado, claro, e a gente discutia uma coisa ou outra sobre o tratamento que a pediatra dava. Mas nunca teve alguma grande discordância... um conflito. Minha esposa se dava muito bem com a pediatra. Ela já conhecia o trabalho dela por indicações de outras amigas (Dr. C).

Os elementos dessas falas conotam performativas de gênero. A informante Dra. D expressa o quão importante é, para ela, a rede de cuidado com seus filhos advinda da

⁵⁰ Pelos termos, já mencionados: *role reversal* (Morishita; Iida; Nishigori, 2019), *role dilemma* (Wistrand, 2017), *role ambiguity* (Jaye; Wilson, 2003) e, também, *reversald relationship* (Tarkowski *et al.*, 2016).

confiança depositada na médica. Lembremo-nos que Dra. D relatou sua experiência de gestação acompanhada por uma amiga e, aqui, uma lógica similar se repete acerca da rede de cuidados que é criada entre mulheres. Essa mesma expressão está no que o informante Dr. C diz na última parte do trecho acima: *Minha esposa se dava muito bem com a pediatra. Ela já conhecia o trabalho dela por indicações de outras amigas.*

Lembremo-nos, também, da qualificação que fizemos de Dr. C. Ele é o médico que disse manter frequentes diálogos sobre as diferenças de gênero entre sua atuação profissional e a de sua esposa, também atuante em Clínica Geral. Apesar de ter dito que seu pensamento sobre gênero era bem organizado em comparação aos seus colegas, no sentido de que ele sustentava um posicionamento mais crítico em relação às disparidades de gênero, nesse trecho da entrevista não houve menção sobre a responsabilidade do cuidado com os filhos ser de sua esposa. Ou seja, esse informante ignora os comparativos de gênero nessa situação.

Zirbel (2020) fala-nos sobre como grupos masculinos criaram álibis para não exercerem as inúmeras atividades que o cuidado exige. A autora diz que as funções masculinas expressas no cuidado masculino como protetor e provedor, receberam o *status* de atividades superiores por serem de proteção e produção. Por isso, essas atividades masculinizadas funcionam como justificativa para que homens não se envolvam nas “atividades cotidianas implicadas na manutenção da vida do corpo ou dos aspectos emocionais e de desenvolvimento das pessoas que fazem parte da rede de conexões nas quais vive” (Zirbel, 2020, p. 10). Ou seja, há isenção social aos homens que os dispensam da dupla jornada, por exemplo.

Uma hipótese dada a partir da lógica do cuidado cooperativo, exercido por mulheres, associado a essa performatividade das médicas em serem responsáveis pelo cuidado dos filhos, é que na interação com outros profissionais médicos elas dialogam e desempenham uma relação não conflituosa. Essa abordagem no modo de lidar com outro profissional também é apresentada nas falas das médicas que relataram a experiência de ser paciente como gestante. Em prol de seus filhos, as médicas que são mães disputam menos a manutenção de seu *lôcus* profissional.

Retornando às narrativas sobre ser paciente, as respostas dos demais informantes sobre suas experiências e as dificuldades enfrentadas, foram:

Quando engravidei e, principalmente, no primeiro parto. A dificuldade foi o medo de algo dar errado, mas acho que toda mãe passa por isso (Dra. D).

Quando tive burnout. Estava no limite e busquei ajuda... e o pior enfrentamento foi o julgamento, o falatório dos colegas de trabalho. Mas essas experiências [da dificuldade de lidar com a situação de ser paciente] são consenso na nossa área. Todo mundo sabe que a maioria dos médicos são assim. Eu fui um ponto fora da curva. (Dra. E).

Foi a complicação na gravidez que foi a pior experiência. Estar à mercê das decisões de outro profissional foi muito ruim (Dra. F).

Fui paciente na Covid-19 e o que senti foi medo, claro... Não tinha vacina, não tinha tratamento certo... enfrentar uma internação na pandemia não foi nada fácil... mas eu saí vitorioso, graças a deus (Dr. G).

Todas as narrativas, de experiências ou imaginativas, são complexas porque apresentam sentidos variados sobre o que é ser paciente e várias percepções sobre os significados dessa condição. O informante Dr. C apresentou considerações similares ao o que encontramos na literatura como prática comum dos profissionais médicos, como: a tendência em esconder os sintomas por conta de falta de confiança entre pares (Steffen *et al.*, 2015; Tarkowski *et al.*, 2016), desconfiança da manutenção de privacidade no meio profissional (Schneck *et al.*, 1998 *apud* Steffen *et al.*, 2015; Tarkowski *et al.*, 2016) e medo de sofrerem estigma em suas carreiras morais (Klitzman, 2008).

Outro reforço dessas afirmações de comportamento comum entre profissionais médicos, em relação a recusa em serem pacientes por causa do estigma dos pares, está na fala da Dra. E. Essa informante afirma que *todo mundo sabe que a maioria dos médicos tem dificuldade de lidar com a situação de ser paciente* e assume sua divergência ao considerar que ela foi *um ponto fora da curva* quando buscou auxílio diante sua condição de *burnout*. Esse comportamento da Dra. E junto aos relatos de gestação das informantes Dra. D e Dra. F indicam que elas assumiram uma condição de ser pacientes distanciadas da questão da crise identitária profissional.

Especificamente, as médicas que trouxeram como relato de experiência terem sido pacientes quando gestantes não direcionaram suas respostas a causas patológicas. Na literatura da Sociologia médica, doenças são as causas da apreensão de prejuízos à reputação profissional, sendo uma forma de se tornar paciente indesejada. A gestação, socialmente, é uma condição almejada, e considerá-la como causa de ser paciente é um arranjo que complexifica a teoria acadêmica.

As informantes Dra. D e Dra. F relataram apreensões sobre estar sob o domínio de outro profissional, que condizem mais ao medo de causar dano ao outro (bebê) e não ao próprio corpo. Em certa medida, a supressão do próprio corpo existe porque esse é um corpo histórica e socialmente disciplinado à permissibilidade de acesso, porque é corpo de sexo e gênero cisfeminino.

As médicas gestantes não sofrem pelos mesmos símbolos de manutenção do *status* profissional tal qual exposto na literatura consultada para essa pesquisa, como a apreensão de perda do *locus* de profissional médico ao assumir o *locus* de paciente, problemática que discutimos nos capítulos anteriores, principalmente no Capítulo *Síndrome de Esmeraldite* ao apresentar as pesquisas que consideram o papel social do médico (*role*) como categoria central de análise para falar sobre o profissional médico como paciente. Embora haja diferença nas formas da submissão do corpo à outro profissional se em busca de um diagnóstico ou se por acompanhamento de gestação, é possível compreender que as mulheres gestantes voluntariamente expõem e submetem seus corpos às intervenções de consulta em prol do cuidado ao outro.

Essa voluntariedade não se apresenta e não se torna hipótese para os médicos porque esse tipo de cuidado não lhes é social, cultural e politicamente exigido, porque são homens. Não tivemos a oportunidade de questionar os médicos sobre suas percepções a respeito da gestação — seja como acompanhantes, seja como profissionais. Porém, os dados levantados são suficientes para responder a questão: Qual a diferença de ser paciente e estar submetido à outro médico, a depender do gênero do paciente-médico?

De acordo com a análise das falas dos informantes, para as médicas participantes ser paciente foi posto de modo abrangente, não se relacionando apenas com a problemática do corpo adoecido e invulnerável. A noção de fragilidade, entendida pelos homens através da masculinidade hegemônica reforçada pela cultura médica na composição da identidade médica, é outra para as mulheres: a gravidez não traz uma fragilidade no sentido do adoecimento, mas é a situação que as fazem estar submetidas à outro profissional.

A gestação, talvez, não permita “consultas de corredor” e a submissão da médica a outro profissional é complexa porque impõe que ela desempenhe prática dupla no mesmo corpo, ao ser paciente como médica ao mesmo tempo que é paciente como mãe. A indivisibilidade do corpo da médica que, acaso, não quisesse se submeter aos processos

de ser paciente de outro médico quando grávida, parece, nessa lógica médico-cultural, impossível. Assim, as diferenças de gênero influenciam, também, a liberdade de escolha em ser ou não paciente, pois médicos que adoecem e decidem não buscar auxílio de outro profissional não enfrentam as mesmas consequências que recairiam sobre médicas gestantes que, hipoteticamente, não fizessem o acompanhamento da gestação.

Lembre-mos da afirmação posta no trecho da fala da informante Dra. F, que interpreta:

a gravidez é uma licença pra você cuidar de si e do ser que depende de você né? Eu não sei se sentiria a mesma liberdade se ao invés de estar grávida eu estivesse doente (Dra. F).

Essa última afirmação reproduz a invulnerabilidade que é normativamente performada como padrão comportamental dos profissionais médicos. Para ela, estar em relação com outro profissional médico, na situação de paciente sem ser causada pela gestação, não lhe traria a mesma sensação de liberdade, porque, afinal, as médicas também entendem que ser paciente é ocupar um *locus* submisso. Porém, suas preocupações acerca dessa submissão não são em relação ao próprio corpo exposto e em vulnerabilidade (no sentido de se deixar ser investigada). A permissibilidade de acesso ao corpo grávido é ação inquestionada, dentre os relatos desta pesquisa, porque é ação já disciplinada e composta entremeada a noções de afeto (a permissibilidade ao próprio corpo de dá em prol da vida do feto).

Das três médicas entrevistadas, apenas a informante Dra. D não passou pela experiência de ser gestante. Ela afirmou conhecer o estigma de ser paciente no meio médico quando relatou sobre seu acometimento por *burnout*. Esse foi ocasionado pelas relações profissionais de caráter funcional, pois o meio médico percebe a situação de ser paciente como a perda de símbolos que mantém o profissional médico no topo da hierarquia relacional entre médico e paciente. Quando a médica engravida, não há representação dessa perda, mas há compreensão de que ser paciente é estar submissa à outro profissional.

Para facilitar o entendimento da relação entre as experiências das três médicas participantes dessa pesquisa com os sentidos expressos sobre o que é ser paciente, juntamente às suas percepções de disparidades de gênero, elaborei a tabela abaixo, que destaca trechos de suas falas, em prol de qualificar as informantes e suas percepções.

Atento para essa relação porque essas mulheres trouxeram entendimentos diversos do que tenho dito ter encontrado na literatura sobre o profissional médico como paciente.

Tabela 4. Dados expressos pelas médicas entrevistadas

Informantes	O que é ser paciente?	Experiências relatadas
Dra. D	<i>depende de como é o médico que trata esse paciente</i> <i>muitos (médicos) não querem se sujeitar a outros médicos (Dra. D).</i>	Dosagem da sensibilidade ao ser tutora; uso de voz mais suave com pacientes mulheres; medo de algo dar errado no primeiro parto (obstetra homem); segundo parto e escolha de profissional amiga para acompanhar a gestação e fazer o parto; desejo de engravidar e impossibilidade por incompatibilidade durante a Residência.
Dra. E	<i>é só buscar ajuda.</i> <i>Minha classe tem mania de achar que é absoluta em tudo (Dra. E).</i>	<i>Burnout</i> e reconhecimento de busca por auxílio (<i>Eu fui um ponto fora da curva</i>); comparação de sua prática com amigo médico; referência à amiga médica e gravidez para exemplificar a Síndrome de Esmeraldite.
Dra. F	<i>É precisar de acompanhamento médico e ter disciplina (Dra. F).</i>	Gravidez como licença para cuidar de si; cuidado com os filhos (marido cirurgião; medo de complicação na gravidez por estar à mercê de outro profissional.

Há um longo histórico da ciência médica que discursa sobre a mulher dever ser estudada de forma particular (Laqueur, 2001; Rohden, 2008; Nucci, 2010). Baseados em genitálias, o corpo do homem é o padrão a ser estudado e o outro (corpo da mulher) é a diferença a ser incluída. O corpo do homem não precisa ser “dito” porque é compartilhado por todos. É esse o corpo que é referência tangível aos imaginários.

Se o masculino é o corpo modelo da medicina ocidental biomédica, “qualquer suposição de avaria no corpo masculino arrisca perder suas prerrogativas como corpo universal e expõe uma corporalidade que deveria ser apagada.” (Leite; Oliveira, 2015, p. 787). Já o *outro* corpo pode ser exposto. O homem ainda é o sujeito universal do exercício da Medicina, tanto como o modelo perfeito sujeito-objeto quanto como o que propulsiona

essa ciência (agente). A mulher é objeto-sujeito: primeiro é objeto, depois tem permissão de ser sujeito. O homem, antes de tudo, já é o sujeito.⁵¹

Ao mesmo tempo em que o corpo da mulher é exposto, patologizado e constantemente medicalizado, o corpo masculino permanece invisível como objeto de investigação, reforçando sua posição de universalidade. Essa diferença de tratamento não apenas organiza os discursos médicos que incidem sobre os corpos das mulheres, mas também organiza a forma como profissionais médicos vivenciam o lugar de paciente. Essas diferenças de gênero, e a hierarquia criada sobre tal, modulam a experiência de ser médico-paciente e médica-paciente.

É possível dizer que as médicas não se sentem vulneráveis como paciente-grávida (em relação aos ataques simbólicos à sua imagem profissional) porque agem como pacientes em prol do cuidado do outro. Essa análise faz sentido ao considerarmos que as desigualdades de gênero naturalizam o cuidado como um atributo da prática feminina. Majoritariamente, são mulheres as enfermeiras, as técnicas de enfermagem, as cuidadoras domiciliares, as babás, as profissionais da limpeza e demais atividades essenciais de manutenção dos corpos vivos, alimentados e asseados. Dentro da Medicina, essas desigualdades existem e moldam a subjetividade dos profissionais e seus exercícios e percepções.

Essa percepção geralmente é inacessível e para auxiliar em seu entendimento, trazemos os dados da pesquisa de Denise Pimenta (2019), que descreve a sobrecarga de cuidado atribuída às mulheres como justificada por laços afetivos e obrigações culturais. Através de uma intensa etnografia realizada em Serra Leoa, na África, durante os anos de 2014 a 2016, a autora demonstra o impacto da epidemia de ebola nas vidas das mulheres, concluindo que isso se deu porque são elas as responsáveis pelo “cuidado perigoso” (Pimenta, 2019). Foram mulheres que estiveram mais expostas ao adoecimento porque eram as que cuidavam (banhavam, alimentavam e, no geral, supriam as necessidades da existência) de seus familiares e parentes. A autora nomeia as relações de cuidado, indo além do já demonstrado em diversas pesquisas feministas: o trabalho de cuidado, atribuído quase sempre às mulheres, não é apenas invisibilizado e mal remunerado, ele envolve também o risco de morte.

⁵¹ Os corpos femininos foram o objeto da Medicina e as mulheres puderam ser sujeitos, dentro do meio médico, quando começaram a praticar a ciência médica. A função da Medicina é garantir não só a saúde, mas também a normalidade do gênero. Essa disciplinarização se apresenta de diversas maneiras.

Pimenta (2019) nos auxilia a entender que assim como o perigo de morte é generificado nas situações de extrema vulnerabilidade de saúde, o cuidado é generificado e ocultado por vieses romantizados. Embora sua análise lide com questões de violência, guerra e sobrevivência, aproximamos sua conclusão à nossa pesquisa porque a partir de sua descrição é possível evidenciar que o cuidar do Outro impede que as mulheres se vejam como sujeitas aos riscos. Ou melhor, que se vejam como impossibilitadas em não vivenciar os riscos em prol do Outro.

Ora, se a gestação é alteração corporal diversa da alteração causada por patologias e mesmo assim as médicas discursam sobre experiências de ser paciente enquanto gestante é porque não consideram a condição de paciente-profissional médico tal como os homens. Isso não significa que se acaso uma médica adoeça não enfrente crise identitária profissional de mesma proporção do que um médico, mas significa que ao refletirem sobre sua posição de ser paciente os sentidos dados são outros. A preocupação com os símbolos representacionais médicos e a manutenção de seu *status* e imagem de invulnerabilidade são elementos de menor importância para as médicas que foram gestantes.

A experiência da gestação se sobrepõe ao que é relatado na literatura sobre conflitos do profissional médico ao se submeter à outro profissional médico em casos de necessidade de assistência, cuidado, busca por diagnóstico e ações que levem o profissional a ser paciente. Essa diferença na percepção é de extrema relevância sociológica e mostra sutilezas que associam controle e atividades de cuidado a uma tipificação de gênero. De acordo com a percepção trazida pelas informantes dessa pesquisa, podemos dizer que a própria imposição científica e tecnológica médica de acompanhamento de corpo gestado e do feto que coloca as mulheres em seus lugares de paciente. Com sintomas ou não, com dores ou não, com patologia associada à gestação ou não, as médicas grávidas tornam-se pacientes por conta de outro corpo (em formação), que não o seu.

A reprodução da vida é uma característica central das considerações sobre a “essência feminina”, que ignoram a multiplicidade das performatividades de gênero. Os discursos que colocam a reprodução (gestação e maternidade) como destino dos corpos que performam a coerência sexo-gênero feminino, trazem variados tipos de controle e

vigilância sobre esses corpos.⁵² Diante disso, é possível pressupor que, nas percepções de ser paciente no meio médico, o cuidado ao Outro, em sua versão mais ingênua atrelada ao que se discursa sobre alteridade na prática médica é algo relacionado às representações de feminilidade, e ser homem pode ser assumido, nessa perspectiva, como não ter que cuidar de ninguém - inclusive nem de si mesmo.

O cuidado masculinizado maneja elementos de manutenção de poder (Zirbel, 2020), e dentro da Medicina um de seus formatos se apresenta pela discussão do lugar do médico como paciente. Como exposto via literatura consultada, tal discussão se baseia pela perda dos símbolos que estereotipam o que é ser médico, conformados pela masculinidade hegemônica. Annemarie Mol e colaboradoras (2023), em um livro que falam sobre performances do cuidado, também abordam as ações de cuidado divididas entre os gêneros, relacionando o cuidado doméstico como feminino e o cuidado público, caracterizado por definições de trabalho, como masculino, e comentam um exemplo da complexidade dessa dicotomia dentro da própria teoria sociológica.

Essas autoras mencionam que o início dos estudos da Sociologia Médica foram voltados para o poder social, o *status* e o salário, que acompanharam a ascensão da profissão médica, na perspectiva paternalista, não dialogando com estudos sobre o cuidado:

Em vez de explorar a devoção ou a generosidade com que os médicos se dedicam ao cuidado, os sociólogos da medicina escreveram sobre o poder social, o status e o salário que acompanharam a ascensão da profissão médica. Curiosamente, chamar o cuidado materno de “trabalho” foi uma forma de agregar valor a ele, enquanto que enfatizar que o cuidado médico é trabalho teve um tom de crítica, como se algo ruim estivesse sendo desmascarado ali. Não houve diálogo entre os (celebrados) estudos de cuidados maternos e os (devastadores) estudos de médicos paternalistas (Mol; Moser; Pols, 2023, p. 4-5).

As autoras explicam que cuidado, historicamente, foi relegado à esfera privada, especialmente no contexto do trabalho doméstico e do cuidado materno, sendo invisibilizado e desvalorizado. Por outro lado, o “cuidado profissional”, como o médico, foi associado ao domínio público e à autoridade. As autoras argumentam que tal divisão é artificial porque, na prática, o cuidado permeia tanto o público quanto o privado, exigindo abordagens integradas e sensíveis às especificidades de cada contexto, cada

⁵² Controle e vigilância que entendemos como sociais, culturais, políticos, econômicos, morais – em si, ontológicos à normatividade cisgênero. Relaciona-se à isso os estudos de Michel Foucault, que a partir da década de 1970, conceitua-nos dinâmicas como o biopoder e biopolítica.

local, cada situação. O que nos interessa extrair dessa análise é que mesmo dentro do “cuidado profissional” médico, há discrepâncias entre os tipos de cuidado a depender do gênero que o pratica – não só exposto pela concentração de gênero em especialidades, mas tão sutilmente posto no próprio modo de como o profissional médico se entende como paciente.

Um exemplo de modos diversos de dispensar atenção ao paciente, relacionado ao gênero, está no que Donald Barr (2004), escreve. Em um curto artigo de opinião, o autor menciona ter se deparado com uma pesquisa que trazia o dado de que médicas, de cuidado primário, esperavam em torno de 3 minutos antes de interromperem a fala dos pacientes para direcionarem o diálogo para as questões de diagnóstico. Já os médicos levavam, em média, 47 segundos para terem a mesma ação.⁵³ Já vimos, conforme apontado neste texto, que vieses culturais sexistas tornam complexa e heterogênea a formação pedagógica de médicas e médicos (Moretti-Pires, 2017; Leite; Oliveira, 2015) e essas representações são tão profundas e arraigadas na prática médica ao ponto de médicas, quando solicitadas a relatarem experiências de terem sido pacientes-médicas, como feito nesta pesquisa, divergirem sobre a tradicionalidade do que é ser paciente.

A socialização dos homens, sob a masculinidade hegemônica, torna-os mais agressivos e mais competitivos. No trabalho em que revisam o conceito de masculinidade hegemônica, Connell e Messerschmidt (2013) trazem uma variedade de pesquisas que afirmam a socialização masculina, em sociedades modernas ocidentais, ser dada pela demonstração de força física, agressividade, controle de emoções, virilidade, heterossexualidade e domínio sobre mulheres e demais formas de expressão masculina que não a hegemônica. Apesar de Connell e Messerschmidt (2013) apontarem a flexibilidade das normas de masculinidade, entendendo-as como diversas a depender de raça, classe e orientação sexual, há disseminação de compreensão de tipo negativo da masculinidade hegemônica.

O comportamento competitivo e a demonstração de controle de emoções, que caracterizam a socialização masculina, manifestam-se no meio médico na forma como os profissionais se apegam a uma identidade idealizada como racional, coerente e imune a

⁵³ “Female primary care physicians waited an average of 3 minutes before interrupting the patient to redirect the discussion toward issues more relevant to diagnosis. Male physicians waited na average of 47 seconds.” (Barr, 2004, s.p.)

falhas que revelem a precariedade da articulação entre sexo, gênero, performatividade e prática. O que queremos dizer é que, de acordo com a literatura sobre a problemática do profissional médico na condição de paciente, caso esses profissionais não correspondam a tais práticas, estarão atingindo não apenas sua identidade médica e seu papel social, como afirma a literatura, mas também a própria performatividade de gênero que sustenta esse tipo de masculinidade.

Em suma, é possível afirmar que os estereótipos sociais que marcam os espaços ocupados pelos gêneros na profissão médica resultam no desejo de identidades médicas racionalizadas e ilibadas de qualquer rasura que seja ocasionada pela precariedade da coerência entre sexo-gênero-performatividade-prática. Elementos que reforçam esse viés estiveram presentes nas falas dos informantes, como trazemos no trecho a seguir.

O profissional tem que ter um corpo legal, bem estruturado e definido. Não tem como o paciente confiar em mim se eu não passar essa imagem. Eu sei que tem doenças que dificultam alcançar um corpo saudável... mas só dificultam, não impedem! Com esforço é possível. Mesmo os médicos que falam que não tem tempo e isso e aquilo... aguenta mais de 12 horas de trabalho direto e não vai aguentar tirar uma ou duas horas para ir para uma academia? Mas assim... dependendo com o que o médico ou médica trabalha, tem que correr atrás (Dr. A).

Esse trecho da fala do Dr. A exemplifica o que Connell e Messerschmidt (2013) denominam incorporação social⁵⁴. Através desse conceito, os autores explicam como se dá a internalização da masculinidade hegemônica através de representações particulares e ao uso dos corpos, criando tipificação de pessoas e hierarquia das relações de gênero). Os autores refletem que a habilidade corporal de meninos torna-se um indicador principal da masculinidade porque:

Os corpos participam na ação social ao delinearem os cursos da conduta social – o corpo como participante da geração de práticas sociais. É importante que não apenas as masculinidades sejam entendidas como incorporadas, mas também que sejam tratados os entrelaçamentos das incorporações com os contextos sociais (Connell; Messerschmitt, 2013, p. 269).

Ou seja, os corpos estão envolvidos ativamente em processos sociais e o uso do corpo na prática médica está tão presente na fala do Dr. A quanto nas interpretações que trouxemos sobre a desconsideração de médicas gestantes sobre a crise em ser profissional

⁵⁴ A grafia, em língua portuguesa, é incorporação social. Trata-se de um conceito, explicado no texto.

médico e paciente. No trecho a seguir, Dr. A prossegue sua fala e nos mostra a valoração acerca dos corpos de seus pares, também masculinos.

Aqui na minha clínica, eu e meus parceiros – somos em cinco – não abrimos mão do nosso treino diário. Nem sempre conseguimos irmos na academia no mesmo horário, por questões particulares, de família ou outras tarefas, mas nos esforçamos o máximo para um apoiar o outro nessa manutenção. Estamos planejando um estúdio de equipamentos para nós... estamos ampliando nossa clínica e esse espaço privado facilitaria não perdermos o foco, porque aí não teria desculpa né? (Dr. A)

Esse trecho da fala do Dr. A transmite um discurso de desejo das marcas da inteligibilidade cultural na materialidade do corpo, porque, para ele, ser masculino é ser muscularmente forte. Esse espaço privado de equipamentos para treino diário, a qual ele se refere, seria tanto para produção de saúde, como ele diz, quanto para produção de um tipo de masculinidade. Na pesquisa de Almeida (2009), sobre a formação da identidade médica, a autora cita a fala de um estudante que vai ao encontro dessa prática expressa pelo informante Dr. A:

Eu me senti excluído no início devido à forte cultura da atlética de malhar, ser bonito. Aluno, quarto ano. (Almeida, 2009, p. 86, grifos originais).

A fala do estudante, trazida por Almeida (2009), mostra que a disciplina corporal funciona como marcadora de pertencimento no meio estudantil médico, e junto ao o que Dr. A expressa, há uma lógica no corpo que é mobilizado como recurso inscrito em hierarquias de gênero. O treino físico e a valorização estética corporal operam como estratégias de afirmação identitária masculinizada. Como posto em estudos sobre masculinidades (Connell, 1987; 2002; 2003; Bento, 2015; Oliveira, 2004), os homens que buscam manifestar a masculinidade hegemônica tendem a se afastar daquilo que demonstra vulnerabilidade e se aproximar de marcas que representam força e virilidade – material e simbólica. É interessante que ao mesmo tempo que as marcas corporais masculinas são evidenciadas, o cuidado com o próprio corpo é deixado de lado por apreensão de demonstração de fragilidade, como apontam os dados dos estudos que mencionamos a seguir.

Winnie Lopes e colaboradores (2021), em uma análise de conteúdo da produção qualitativa, entre os anos de 2020 a 2023, sobre a doença falciforme no Brasil⁵⁵, afirmam que o enfrentamento à diminuição ou ausência de atividades tidas como masculinas (trabalho, prática de exercícios físicos e, principalmente, práticas sexuais) desconstroem o ideário de masculinidade desses pacientes, que tendem a apresentar maior dificuldade de aceitação da doença e motivação ao tratamento.

Similarmente, a análise de Romeu Gomes e colaboradores (2007), com homens usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS), na cidade de Campina Grande, no Estado da Paraíba, afirma que homens adoecem mais de doenças crônicas e severas do que mulheres. Os autores buscaram responder o porquê homens preocupam-se menos com suas condições de saúde, já que apesar do alto índice de adoecimento, o número de homens que frequentam os serviços de atenção primária à saúde é menor comparado à frequência de mulheres. Através de entrevistas com homens, usuários e médicos atendentes da UBS em que fizeram a pesquisa, os autores perceberam ser comum a alegação de que a constituição física entre homens e mulheres é diferente e, por isso, os comportamentos são diferentes.⁵⁶ Além dessas crenças, os autores mostram que, socialmente, os homens são estimulados a se afastarem do que é compreendido como feminino (como os cuidados com o corpo).

Outro elemento importante que aparece na fala do informante Dr. A é a “amizade”. O compartilhamento de valores similares é um meio de criação de rede de cuidados entre os profissionais médicos. No trecho acima, Dr. A diz que ele e seus parceiros profissionais se apoiam na manutenção do corpo forte, através de incentivo ao treino físico diário. Embora essa aproximação entre os profissionais possa até contrariar a ideia de competitividade tão presente na cultura médica, ela se mantém porque condiz a um pacto de dispositivo de gênero. Como Butler (2004) afirma: “gênero é o aparato através do qual a produção e a normalização do masculino e do feminino tomam lugar junto de intersticiais formas hormonais, cromossômicas, psíquicas e performativas que o gênero assume” (Butler, 2004, p. 42, tradução nossa)⁵⁷. Ou seja, o gênero é uma regulação

⁵⁵ Conforme os autores, é uma doença que causa “dores excruciantes [e] situam a pessoa sobre a própria fragilidade e anunciam complicações que podem conduzi-la à morte” (Lopes, Moreira, Gomes, 2021, p. 7).

⁵⁶ Os entrevistados opõe o homem como “bruto”, “forte”, “agressivo”, de “iniciativa sexual”, sexualmente infiel, aquele que “vive mais na rua” à mulher como “sensível”, sexualmente mais “passiva” e que “se segura mais” (Gomes; Nascimento; Araújo, 2007, p. 567).

⁵⁷ “Gender is the apparatus by which the production and normalization of masculine and feminine take place along with the interstitial forms of hormonal, chromosomal, psychic, and performative that gender assumes” (Butler, 2004, p. 42).

que produz e normaliza o masculino e o feminino, articulando dimensões biológicas, psíquicas e performativas – individuais e coletivas.

O elemento amizade aparece também no relato da informante Dra. D sobre sua experiência gestacional, a qual foi acompanhada por uma médica e amiga:

Dias antes do parto, minha amiga viajou para a minha cidade e esteve presente na minha rotina. Foi um momento mágico, que agora eu aconselho para todas as colegas médicas grávidas: escolha uma obstetra próxima à você e organize que ela lhe dê exclusividade como paciente no período de pré-parto. (Dra. D)

O que temos na comparação entre as falas dos informantes Dr. A e Dra. D é a amizade entre pessoas do mesmo gênero, no meio médico, articulada em torno de performatividade de gênero e noções de cuidado. Enquanto o incentivo que Dr. A dá aos seus parceiros condiz aos aspectos de manutenção da força e do vigor corporal, o incentivo dado por Dra. D a suas colegas indica criação de espaço de acolhimento, confiança e partilha da experiência da vulnerabilidade.

O sentido que Dra. D traz sobre vulnerabilidade não recusa o lugar de fragilidade, mas sim a admite e exalta a possibilidade de vivê-la em companhia, enquanto o sentido trazido por Dr. A associa a vulnerabilidade a um lugar que deve ser afastado e substituído por marcas de potência. Ou seja, a possibilidade de ocupar o *lócus* de paciente é continuamente recusada através do apego nos resultados de seus treinos. Retomamos um trecho da fala desse informante, que demonstra como a vulnerabilidade é reelaborada em termos de mérito individual, com destaque ao esforço corporal:

Eu sei que tem doenças que dificultam alcançar um corpo saudável... mas só dificultam, não impedem! Com esforço é possível. (Dr. A)

O compartilhamento dos símbolos que definem o que é ser homem-masculino e mulher-feminina circula entre os profissionais médicos e resulta na corporificação que hierarquiza os gêneros. Um outro exemplo dessa dinâmica é expresso nos dados de concentração de homens e mulheres nas diferentes especialidades médicas, como demonstramos no subcapítulo *Identidade médica e estudos sociológicos de gênero*. A concentração de homens nas especialidades cirúrgicas fazem parte do que é a incorporação social no meio médico: essas especialidades exigem o uso do corpo de modo diferente das demais especialidades médicas, como ter boa coordenação motora,

ter treinamento para permanecer horas em pé e ter habilidade de controle emocional em casos de imprevisibilidades. Simbolicamente, o que se expressa é que os corpos masculinos são os corpos modelos para essa atividade.

Como Connell e Messerschmidt (2013), orientam:

Para entender a encorporação e a hegemonia, precisamos compreender que os corpos são tanto objetos da prática social como agentes na prática social. Existem circuitos de práticas sociais ligando processos corporais e estruturas sociais – muitos desses circuitos se somam ao processo histórico no qual a sociedade é incorporada. Esses circuitos de encorporação social podem ser muito diretos ou simples, ou podem ser longos e complexos, passando por instituições, relações econômicas, símbolos culturais, e assim por diante – não cessando de envolver os corpos materiais. Isso pode ser facilmente ilustrado ao pensarmos sobre os padrões de gênero na saúde, na doença, no tratamento médico [...] Dentre grupos dominantes de homens, os circuitos de encorporação social constantemente envolvem as instituições nas quais seus privilégios permanecem (Connell; Messerschmidt, 2013, p. 270).

Connell (2003) nos afirma que algumas práticas são significantes para a reputação masculina em contexto grupal de pares, sendo a competitividade e disputa por domínios uma delas. No meio médico, encontramos dados de comportamentos que nos provam um convívio permeado por modos de diminuição do Outro, que considerando a prática da masculinidade hegemônica são evidentes a demonstração de virilidade (potência física e sexual)⁵⁸ e a presença de preconceito de gênero. Alguns desses dados são os que Moretti-Pires (2017) analisou sobre atitudes misóginas, de violência contra a mulher e homofóbicas em competições esportivas e festas universitárias de alunos de Medicina. As observações levaram o autor a afirmar que as identidades médicas são formadas em meio à uma lógica de “ideário médico conservador, masculinista e heteronormativo” que “privilegia o homem heterossexual e [considera que] os demais são abjetos” (Moretti-

⁵⁸ São muitos os casos de evidente demonstração da potência masculina. Cito quatro casos da última década que circularam na mídia brasileira: em 2016, uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) foi instaurada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo para investigar diversos casos de violência de gênero na formação médica através de uma série de denúncias de estupro que surgiram no curso de medicina da Universidade de São Paulo (USP). Em 2017, estudantes da Universidade de Vila Velha (Universidade Privada no Espírito Santo), postaram uma foto, em suas redes sociais, vestidos com jaleco branco e estetoscópio no pescoço (símbolos da identidade médica), calças abaixadas e fazendo, com as mãos, um símbolo que se remete ao órgão sexual feminino. Entre as postagens, um deles publicou a foto com a descrição “pintos nervosos”. Em 2023, em uma competição esportiva entre alunos de Medicina, durante um jogo de vôlei feminino, alunos da Universidade de Santo Amaro (Universidade privada no Estado de São Paulo) deixaram seus pênis expostos e simularam (?) ato de masturbação, invadindo a quadra após o final do jogo – posteriormente noticiado que esse ato faz parte de uma “cartilha de obrigações” elaborada por veteranos que coagem e ameaçam aqueles que não cumprem os atos. Em 2025, 12 alunos foram expulsos (?) da Faculdade Santa Marcelina (instituição privada na cidade de São Paulo) por uso de faixa, em atividade ligada à Atlética do curso de Medicina, com frase de conotação alusiva ao estupro. A violência nesses espaços tem muitas camadas.

Pires, 2017). O autor afirma que a normalização dessas atitudes são repassadas de forma explícita ou implícita por profissionais que os alunos admiram (professores ou tutores).

A perspectiva de que médicos têm práticas significantes de reputação dentro do próprio grupo é extraída, também, através de outras pesquisas. Filho (2006), ao falar sobre estratégias para contrariar as dificuldades do trabalho, por parte dos médicos, diz:

Quem já frequentou o ambiente de uma sala de médicos de um pronto socorro sabe [do uso de defesas]. São as permanentes anedotas, as conversas girando apenas em torno de mulheres e de futebol, só temas superficiais e hilariantes. [É um] ‘clima terapêutico’ [e] os médicos que não se deixam envolver por este clima são vistos, defensivamente, como ‘bobalhões’, ‘metidos a besta’, ‘impotentes’, ou avessos às coisas boas da vida (Filho, 2006, p. 226).

Percebe-se a prática hegemonicamente masculinizada no meio médico, sendo “menos viris” e, conseqüentemente, “menos homens” aqueles que não se importam em dialogar sobre os temas postos. E, ainda, a noção da prática de gênero masculina envolve, necessariamente, por esse viés, o constante uso do órgão sexual para práticas de sexo (heterossexual) e gostos comuns (como a ideia de que a admiração ao futebol é universal no meio masculino). Nessa mesma direção, trazemos a fala de Olavo, um médico entrevistado por Bento (2015), em pesquisa já citada:

Eu vejo que o pessoal do meu trabalho é muito machista, um machismo exacerbado. Os homens, quase todos, têm suas amantes dentro do hospital, transam com as enfermeiras ou então com pacientes. Os homens na roda ficam o tempo inteiro falando “eu transei com fulana”, ou “eu comi ‘não sei quem’”, que fulana é feia, que fulana ‘não sei o quê’... Falando de vulgaridades, coisas assim que eu acho que não têm nada a ver falar, não [...]. Um quer contar mais vantagem que o outro. Lembra naquela época antiga que todo mundo era caçador: “eu matei uma onça”, “eu matei um leão”. O outro: “olha, eu matei um elefante”. O tempo inteiro jogando aquelas vantagens, aquelas coisas que fez, para mostrar desafio. “Pô cara, fui num motel, transei meia hora com a mulher, três horas com aquela mulher, conquistei mais outra e ‘não sei o quê’”. Tudo nesse sentido assim. São uns babacas [...]. Eles não mudaram, só envelheceram de idade, mas são imaturos emocionalmente. São imaturos, super imaturos. Não têm sensibilidade (Olavo) (Bento, 2015, p. 92 - 93).

Esse informante da pesquisa de Bento (2015) mostra-nos que os próprios homens percebem a diferença entre os tipos de masculinidade, pois o modo de praticar a masculinidade concede privilégios ou rechaços (Connell, 2003), evidenciando normatividades e práticas no *ethos* médico.

Outro ponto que demonstra modos de inferiorização de gênero dentro do meio médico é o uso de gírias, como estudado por Peterson (2002), em uma pesquisa realizada tomando como campo sua graduação em Medicina na Universidade Federal Fluminense, no Estado do Rio de Janeiro, nos anos de 1978 a 1984, e levantamentos com médicos no ano de 1995. Destacamos expressões machistas e sexistas, com seus usos e sentidos explicados pelo autor, como: “enfermosa” que significa enfermeira bonita; “estropício”, paciente obstétrica pobre; “trubufu”, paciente obstétrica obesa; uso de “ganchos de açougue”, que é a associação aos afastadores usados durante a cesariana, quando a paciente é obesa. Ainda, há o termo “enfernagem”, que se refere ao entendimento de que “a enfermagem inferniza a vida do médico”, explicado pelo autor através das considerações de Lupton (1994), que analisa a diferença de poder entre as duas profissões.

Esse autor afirma que médicos compreendem as atividades da Enfermagem como “trabalho sujo” e “trabalho de mulher”, além de associarem a imagem da enfermeira como mulher habilidosa em práticas sexuais, porque ela toca nos corpos. Esse imaginário, segundo Peterson (2002) é o que explica “a frequência de casos de assédio sexual contra enfermeiras por médicos e pacientes homens, e a imagem estereotipada da jovem enfermeira atraente como objeto sexual disponível ou a do enfermeiro homem como homossexual” (Peterson, 2002, p. 25). O autor não faz análise crítica dessas observações, que denomina de “chistes” e senso de humor; justificando seus usos pelos médicos como uma estratégia para contrariar as dificuldades do trabalho.

É importante frisar que a prática masculina é plural porque “a masculinidade não é uma entidade fixa encarnada no corpo ou nos traços da personalidade dos indivíduos [porque] as masculinidades são configurações de práticas que são realizadas na ação social” (Connell; Messerschmidt, 2013, p. 250). Através disso, entendemos dois pontos: um, que condiz à prática da masculinidade hegemônica por profissionais médicos não-masculinos/não-masculinos hegemônicos, e outro, que permite compreender que as relações de poder expressas nas relações de gênero são práticas flexíveis e que podem ser alteradas. Esse segundo ponto se relaciona à compreensão de que as relações de poder são variadas, podendo ser de conflito, de submissão ou de transgressão. No caso das relações de poder de gênero que aqui estamos analisando, cabe questionar como se dá o reforço e o rechaço da masculinidade hegemônica dentro do meio médico, afinal “a conceitualização da masculinidade hegemônica deveria explicitamente reconhecer a possibilidade da democratização das relações de gênero e da abolição de desigualdades

de poder, e não apenas a reprodução da hierarquia” (Connell; Messerschmidt, 2013, p. 272).

Um outro trecho da entrevista com o Dr. A nos traz elementos sobre a conformação dos comportamentos com a masculinidade hegemônica que configura o meio médico. Em resposta a uma questão sobre quais seriam as diferenças da percepção sobre o próprio adoecimento entre médicos e médicas, o informante diz:

Não sei... acho que mulheres tendem a aceitar mais condições limites quando é com ela mesma. São mais conformadas com suas doenças. Mas... quando a mulher é médica complica... porque ela não tá imune a esse mundo de se achar superior (Dr. A)

Percepção semelhante sobre a idealização de si, dos profissionais médicos, e casos de despersonalização diante a situação de ser paciente, está na pesquisa de Meleiro (2000) com médicos internados. O trecho a seguir vem do relato de uma médica internada:

sabe o que mais me cansa nessa história? É ter de fazer o papel de médico e paciente ao mesmo tempo; desde que eu adoeci não pude dizer “Assistente, me abraça! Eu estou com medo!”... Eu converso com o assistente como se estivesse falando da senhora do leito 9, e não de mim, da minha própria doença, da minha própria morte (Meleiro, 2000, p. 145).

Robert Klitzman (2008) traz apontamento semelhante, em sua pesquisa com médicos que já foram pacientes. O autor afirma que os entrevistados frequentemente abordavam suas próprias doenças como se estivessem examinando um paciente e não a si mesmos. O autor analisa a capacidade que profissionais médicos parecem ter de se distanciar de seus próprios corpos doentes, observando-os como se fossem corpos alheios a si.

Em outro texto, sobre o adoecimento de médicos, Filho (2006) afirma que quando o profissional médico admite seu adoecimento e busca outro profissional, sente-se envergonhado, como se tivesse falhado. Diz que “nos meios do setor de saúde há dificuldade de aceitar o médico como pessoa que pode adoecer e necessitar ser hospitalizado” (Filho, 2006, p. 253). Hoirisch (1976) também nos diz sobre a negação da realidade por parte do médico enfermo e dos colegas que o rodeiam. Os autores não fazem diferenciação de gênero nesses escritos.

Esses pontos nos mostram que pode haver uma certa postura social que espera que os médicos sejam imunes a doenças, que é um pensamento reforçado pelo próprio grupo médico. Com isso, entendemos que os profissionais médicos compreendem seus corpos como diferentes não por conta da assimetria de saberes criada na relação médico-paciente, mas sim porque são ensinados socialmente a se afastarem de comportamentos que os levem a reconhecer e compartilhar suas vulnerabilidades. E isso é prática de masculinidade hegemônica.

Bonelli e Oliveira (2020), ao analisarem a composição da magistratura, nos elucidam pontos que podemos estender à profissão médica:

A política da profissão se diferencia da política propriamente dita pela afirmação de seu apoliticismo, construindo a expertise como neutra e autônoma em relação aos interesses políticos, de mercado e dos clientes, dando destaque ao que há de comum entre os pares para reforçar sua coesão [...] Esse ideário da neutralidade tomou como referencial os profissionais que dominaram a atividade durante sua constituição e consolidação, no caso, os homens brancos socialmente favorecidos. A postura da autoridade, o modelo da vestimenta, as representações do ser profissional foram elaboradas como universais, mas se apoiaram em modelos particulares que expressavam gênero, raça e classe específicos (Bonelli; Oliveira, p. 147, 2020).

A instituição médica está impregnada de sexismo, que se mostra no cotidiano dos seus agentes de forma mais ou menos encoberta. Há algumas moldagens mais sutis e outras mais explícitas. Exemplos, além dos já trazidos, são: um chefe de serviço de cirurgia que se recusa a receber mulheres por considerá-las frágeis e incapazes de suportar o *stress* na sala cirúrgica e do pós-operatório, por serem demasiadamente sensíveis e não possuírem domínio sobre si mesmas (Millan, 2005); uma especialista em cirurgia-geral e endoscopia afrontada por um dos chefes de serviço que duvidou da sua capacidade em obter nota para adentrar no programa de Residência, e ainda, caso prosperasse era “para [ela] ter ciência de que não gostavam de mulher naquele serviço, porque, segundo ele, mulheres não aguentam, são fracas e ela teria de provar todos os dias que era melhor que os homens que estavam lá” (Simesp, 2015, p. 17).

Essas formas de intimidação às mulheres resultam em segmentações de especialidades, porque além das divisões baseadas em essencialidades femininas e masculinas, não há concretizações para a minimização da disparidade de gênero no exercício da Medicina ou na formação médica. Na seleção para vaga de residência ou cargos profissionais, consideram-se as pretensões das candidatas quanto ao matrimônio

e/ou maternidade como limitantes à atuação profissional, “enquanto os homens, quando concorrentes às mesmas vagas, não são questionados de tais intenções” (Simesp, 2015, p. 16). Os planos pessoais das mulheres são tidos como barreiras para seu desenvolvimento profissional, de modo que se entende, socialmente, que os cuidados domésticos e afetivos familiares são totalmente tarefas femininas.

Além dessa seletividade institucionalizada que impacta nos desejos das mulheres que constantemente devem fazer escolhas e lidar com a sobrecarga mental de equilibrar decisões profissionais com vivências particulares fora do ambiente de trabalho, há seletividades que rechaçam a presença de mulheres nesse meio fantasiadas de piadas ou discursos dados como banais, conforme aludimos pelos escritos de Peterson (2002) e Filho (2006).

Moretti-Pires (2017) conta-nos, através de relato de uma aluna de Medicina entrevistada, na Universidade Federal de Santa Catarina, no ano de 2016, que um professor disse em uma aula: “é bom que tenha meninas no Curso, porque elas servem [...] pra trazer uma alegria pros homens porque embelezam o curso” (Moretti-Pires, 2017, p. 121). Tal discurso remete ao lugar-comum de que mulheres são para o deleite masculino, reforçando a ideia de capacidade masculina *versus* incapacidade feminina e validando a noção de objetificação do corpo feminino, que tem por função ser admirado – e que, conseqüentemente, cria tantas estratégias de controle e produção de como esse corpo deve e pode ser.

Juntamente a esse *lôcus* concedido ao corpo feminino, resulta as noções de posse desse corpo, que abrem caminhos para as tantas diversas violências contra a mulher. Em um estudo com 211 alunas de oito cursos de Medicina no Estado do Piauí, sobre violências sexual em escola médicas, Leal *et al.* (2023) nos dizem que a violência se expressa “mais comumente com comentários sexistas ou sexualmente degradantes, cometida por homens, professores e durante as aulas” (Leal *et al.*, 2023, p. 5). Ainda confirmam a frequência dessas violências em outros locais e majoritariamente praticada por homens contra mulheres⁵⁹. Essa violência não é incomum nas Universidades, em geral, e nos cursos de Medicina os locais de ocorrência da violência sexual variam, pois

⁵⁹ Apresentam uma “pesquisa alemã de 2020 realizada com 343 alunos de Medicina que apontou que mais de 50% de estudantes informaram ter experimentado ou ter testemunhado violência sexual do tipo assédio sexual na educação médica” (Leal *et al.*, 2023, p. 6). A referência do estudo é: Jendretzky K, Boll L, Steffens S, Paulmann V. Medical students' experiences with sexual discrimination and perceptions of equal opportunity: a pilot study in Germany. BMC Med Educ. 2020;20(1):56.

as alunas circulam em diversos ambientes de prática (locais de estágio, laboratórios, unidades básicas de saúde e hospitais) (Leal *et al.*, 2023). Estando sujeitas à violência verbal e física advinda, também, de pacientes, um modo de proteção é escolher um exercício profissional que as mantenha mais próximas de outras mulheres.

As disparidades de gênero nas instituições, as “piadas” e as violências modificam os percursos dos profissionais médicos. Como Leite e Oliveira (2015) mostram, a Medicina não é tão biomédica como visa se legitimar, pois as práticas culturais interseccionam os modos de fazer a prática médica. Em relação à produção dos sujeitos generificados, os homens médicos possuem privilégios de maiores espaços de circulação segura e possibilidades de escolhas profissionais com menor peso das considerações domésticas e afetivas.

Diante dessa complexidade que se arranja mantendo a operacionalização do exercício médico sob preceitos da masculinidade hegemônica disfarçadamente de objetividade e neutralidade, não é difícil compreendermos que há, também, uma identidade médica hegemônica, formada sob o viés funcionalista e que circula nos debates sobre formação médica. E, ao que nos interessa frisar, leva, também, a uma definição hegemônica do que é ser paciente. Em certa medida, esta pesquisa abre caminho para pensarmos sobre outras narrativas do que é ser paciente para os profissionais médicos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes da realização das entrevistas que constituíram essa pesquisa, nós entendíamos que os médicos que abordavam a Síndrome de Esmeraldite, nos registros encontrados, eram agentes de remodelação da cultura médica. Afinal, se a cultura médica é baseada no ideal de invulnerabilidade, como posto em consenso pela literatura que apresentamos no texto, falar em prol da visibilidade da crise do profissional médico em ser paciente é um elemento inovador. Porém, essa perspectiva foi complexificada após o contato com as informantes médicas que foram gestantes.

A análise dos dados abordou duas importantes contribuições para a discussão teórica da Sociologia médica, em relação ao entendimento do que é ser profissional médico e, em complementação, o que é ser paciente. As médicas informantes da pesquisa trouxeram aspectos ausentes no material que tangencia a discussão sobre simbolismos da figura médica (os estudos sobre a identidade médica). Ao situarem suas experiências de gravidez na condição de ser paciente, essas informantes indicaram que: um, as abordagens sobre a identidade médica, nos estudos temáticos sobre o profissional médico como paciente, não consideram os atuais debates sobre o gênero; e outro, que a própria dificuldade de os profissionais médicos se entenderem como pacientes é uma dificuldade advinda pelo gênero (pela performatividade de gênero e pela masculinidade hegemônica).

Em síntese, o que pretendemos trazer como novidade nesta pesquisa foi: a inserção do estudo do jargão Síndrome de Esmeraldite no meio acadêmico, pensar a identidade médica sob um viés generificado e considerar outros sentidos do que é ser paciente. A importância de tomar outro eixo analítico além do baseado nas categorias identidade e papel social, tradicionalmente repetido pela influência da Sociologia das profissões nas explicações da Sociologia médica, está em cooperar com abertura a esses estudos em prol de considerarem conceitos atualizados da abordagem sociológica, que trazem noções, por exemplo, de performance (Mol, 2007) e também de performatividade (Butler, 2003; 2019).

Os estudos recentes sobre o profissional médico como paciente, apesar de se atentarem para as crises e sofrimentos, ainda se pautam em noções que colocam o profissional médico como executor de obrigações normativas, sejam de aspectos funcionais ou simbólicos. Sugerimos que considerar a questão do gênero nesses estudos

possibilita compreender como o “ser médico” se constrói, afetando o processo de negociação e julgamento, entre os pares, quando o profissional precisa ser paciente.

Foi possível acessar, através dessa pesquisa, que há versões sobre ser paciente-médico que não condizem com o conflito identitário esboçado pelas definições de Síndrome de Esmeraldite, pois o próprio entendimento sobre ela não faz parte do universo das médicas entrevistadas. Foi possível, portanto, tecer uma análise que demonstrou a heterogeneidade das definições e sentidos dados pelos entrevistados e entrevistadas, à temática da pesquisa, em arranjo com suas identificações generificadas. A pesquisa pôde levantar dois assuntos ausentes na bibliografia acadêmica consultada: a Síndrome de Esmeraldite e a reflexão sobre o lugar das médicas-mães.

Marie Jaisson, socióloga francesa, que estuda práticas médicas, em um artigo analisa que “podemos medir quanto o quadro analítico da sociologia da medicina da década de 1950 nos Estados Unidos foi projetado em uma teoria geral das profissões com a qual todos os autores estão lutando desde então” (Jaisson, 2018, p. 708). Em certa medida, esta tese se conforma nessa luta, não com a pretensão crítica à importância dessa teoria, mas com um modo de chamar a atenção à necessidade de que essa teoria, no caso dos estudos sobre profissionais médicos como pacientes, se aproxime de outras perspectivas.

Vimos, nesse texto, que o meio médico produz essencialidades de gênero, manutenção de performatividades normativas e prática da masculinidade hegemônica. O poderio da masculinidade hegemônica existe, mas há outras dinâmicas ocorrendo: médicos escrevem sobre suas fragilidades e incentivam seus pares a reconhecerem suas vulnerabilidades e, ao mesmo tempo em que há a naturalização da submissão das mulheres gestantes ao poder médico, há criação de uma rede afetiva do cuidado, como alternativa ao cuidado aprendido através da cultura médica.

Através da bibliografia que apresentamos, é possível pensarmos que o cuidado aprendido através da cultura médica é o cuidado “embrutecido”, no sentido de ser exigido a habilidade de não-demonstração de emoções pelos profissionais médicos. Juntamente ao histórico androcêntrico do desenvolvimento da Medicina, podemos concluir que os sentidos de ser paciente dado pelas médicas que foram gestantes relaciona-se com uma forma de cuidado mais dialógica e cooperativa.

Refletir sobre a dinâmica de como o gênero molda não apenas a prática médica, mas também a forma como esses profissionais vivenciam sua própria corporeidade e suas necessidades de cuidado, trouxe ainda mais questionamentos a serem debatidos e pontos a serem investigados. Algumas obviedades foram aqui escritas: falamos sobre os corpos femininos serem mais expostos, mais habituados à docilização durante a gestação em prol do cuidar do Outro, e dissemos que para as mulheres grávidas há menor chances de se submeterem à condição de ser paciente, em comparação aos homens.

Os estudos que discutem as práticas dos profissionais médicos voltadas para si quando doentes (práticas de automedicação, autodiagnóstico e afins) nos indicam que isso ocorre porque os médicos sentem apreensão em serem vistos como pacientes. Quanto às mulheres, na condição de gestante, a escolha em se tornar ou não paciente se torna praticamente nula. Imaginemos uma hipótese: e se as médicas grávidas pudessem ser suas próprias obstetras? Será que possíveis erros seriam socialmente justificados com o mesmo peso que o seriam causados por outro profissional? Será que não acompanhar a gestação mobiliza semelhantes simbologias tais quais quando um médico deixa de buscar cuidados à sua própria saúde?

Buscamos evidenciar que o gênero atravessa a identidade profissional médica e, por consequência, a experiência de ser paciente. Considerar o arranjo da identidade profissional entremeada ao arranjo da normatividade de gênero, mostrou além do entendimento de que a literatura que reflete sobre o adoecimento médico não deixa de ser uma crítica à rigidez dual que conforma a identidade dos profissionais – ela é, também, uma interpretação que terá vantagens em considerar múltiplas formas de ser médico e paciente.

Essa conclusão só foi possibilitada porque nesta pesquisa foram utilizados conceitos fora do eixo tradicional para se pensar a profissão médica. Ao considerar como prática de masculinidade hegemônica a dificuldade de demonstração de vulnerabilidade ou fragilidade no meio médico, tomamos como base as explicações de gênero, e não as de identidade profissional, para pensar a temática proposta. Ademais, expressões da performatividade de gênero, assim como as considerações sobre a hierarquia de gênero, estiveram presentes nas falas dos informantes da pesquisa de maneira espontânea, sem necessidade de evocação constante por nossa parte. Isso evidencia o quanto essas questões se encontram latentes em suas próprias compreensões.

É dificultoso fragmentar a realidade e entendê-la por outras versões. Como Mol (2007) reflete, acerca da multiplicidade ontológica, “as realidades alternativas não coexistem simplesmente lado a lado, mas também se encontram dentro umas das outras” (Mol, 2007, p. 18) e essas interferências e interseccionalidades podem confundir quem busca elucidações. Teorias e empirias podem formar uma lógica coerente que pode se legitimar como a única possibilidade de pensar e isso leva ao apagamento de polissemias. No caso de nossa análise, o debate sobre ser médico e paciente legitima-se através de uma aura de neutralidade da profissão médica, silenciando arranjos múltiplos que ocorrem por outras relações além das profissionais. Através dos estudos sociológicos de gênero, foi possível entender a lógica de manutenção dos nexos da identidade médica, que se apresenta nas discussões da Sociologia médica como mantida coerentemente pelo viés funcional e que explica que diante da possibilidade de ser paciente e enfrentar uma crise, tal profissional prefere se distanciar das ações que o levariam a uma incoerência identitária. Até onde pudemos avançar com essa pesquisa, percebemos que a necessidade de manutenção de uma coerência da identidade médica não se aplicou às médicas-gestantes que foram pacientes.

A problemática da incoerência entre ser médico e ser paciente não apareceu nos discursos de experiência do corpo-feminino-grávido, reforçando o argumento de a identidade médica ser conformada pelos vieses de masculinidade hegemônica e performatividade de gênero, apontando possibilidades de reconfigurações e ampliações ao debate sobre ser paciente-profissional médico. Isso trouxe a reflexão de que a carga da maternidade é ocultada pela essencialização da gestação que ocorre no corpo feminino e isso resulta no apagamento de apreensões, riscos e sofrimentos que ser paciente enquanto gestante produzem.

No contexto analisado, ser mulher e ser médica implica lidar com a submissão do próprio corpo quando paciente, sem que isso seja percebido como perda de poder — ao contrário do que ocorre com homens médicos, para quem ser paciente ainda é concebido como ameaça à autoridade profissional. Esse imbricamento está disposto, também, na preocupação com a manutenção das fronteiras da diferença sexual de essência biológica que se enraízam no gênero, nas marcas corporais, nas práticas sociais e performatividades, que produz normalizações e naturalizações sobre o que é ser mulher.

Permeou toda a nossa análise o que Connell e Pearse (2015) exploram: processos corporais e estruturas sociais se conectam com o tempo. E disso, extraímos tanto a dificuldade de perceber seus imbricamentos quanto a operacionalidade dessa dinâmica nos corpos compreendidos como femininos/mulher e masculinos/homem. No contexto analisado, percebemos que essa composição leva os profissionais médicos, homens, a relacionarem a noção de ser paciente com noções de adoecimento de si, desempenho do exercício profissional e manutenção de tal representação, e as profissionais médicas, mulheres, a relacionarem a noção de ser paciente com a submissão do seu próprio corpo a outro profissional em prol do cuidado de Outro, e não de si. Esses modos de entender o próprio corpo e processos de ser paciente correspondem às estruturas sociais que generificaram, ao longo do tempo, as práticas masculinas como de preservação de si e de âmbito público e as práticas femininas como de alteridade e de âmbito privado.

Essa pesquisa, então, produziu resultados que foram além de uma abordagem acadêmica sobre a Síndrome de Esmeraldite. Através do estudo desse termo nativo do meio médico foi possível compreender a própria dinâmica do poder que o estrutura, ao refletir que os sentidos arraigados nos imaginários sobre o que é ser médico são dados por uma lógica construída pelo enviesamento da relação de poder que confere hegemonia às categorizações masculinas.

Questionar, à luz da Síndrome de Esmeraldite, as convergências das relações hegemônicas de gênero com cuidado consigo pelos profissionais médicos resultou em mostrar que os valores normativos da ordem de gênero que orientam as práticas dos profissionais médicos podem ocultar as multiplicidades do corpo na subjetividade dos profissionais médicos.

Por serem poucas as pesquisas sobre a percepção de si e seu meio a partir do olhar dos próprios profissionais médicos, no Brasil, essa pesquisa contribui com o preenchimento dessa lacuna qualitativa. Contribui, também, com elementos para superar essencializações (funcionais e de gênero) no meio médico e estimular novas formas de entender a prática médica a partir de múltiplos corpos, experiências e relações de poder.

Apesar das dificuldades enfrentadas durante o percurso investigativo, essa pesquisa se sustentou. Tais ocorrências resultaram do próprio objeto de estudo e do lugar de pesquisadora *outsider*: a dificuldade de acesso ao meio profissional médico gerou

menos tempo para organização da análise dos dados e, também, houve um desafio a ser superado pela abordagem teórica, porque as reflexões produzidas por demais pesquisadores baseiam-se majoritariamente na formação médica e nas discussões sobre a relação médico-paciente. Esses dois elementos foram superados e oportunizaram a análise da teoria sociológica sobre o meio médico acerca de uma questão ainda pouco debatida na literatura nacional. Esperamos que, além da abordagem sobre a vivência de ser paciente enquanto médico, através do jargão Síndrome de Esmeraldite, a vinculação dos dados atravessados por relações de gênero resulte em importantes considerações à Sociologia, principalmente médica e de gênero.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU-REIS, P.; OLDONI, C.; SOUZA, G. A. L.; BETTEGA, A. L.; GÓES, M. N.; SARQUIS, L. M.; BRUNELLO, L. F. S.; TOMASICH, F. S.; COLLAÇO, I.A., NASR, A. Aspectos psicológicos e qualidade de vida na Residência Médica. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 46, n. 1, p. 1 – 6, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192050>. Acesso em: 18 mai. 2025.

ACIOLE, G. G. **Itinerários de Asclépios**: contribuição para o debate da gestão clínica. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2021.

ALMEIDA, M. T. A ordem médica e a desordem do sujeito na formação da identidade médica. 142 p. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/server/api/core/bitstreams/fcbd3195-0f92-48f2-ac5e-a2d4a7cf2710/content>. Acesso em: 04 out. 2025.

ALVES, A. R. C. O conceito de hegemonia: de Gramsci a Laclau e Mouffe. **Revista Lua Nova**, n. 80, p. 71-96, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/mQtGPDfjR85HxSSLtmgCzbM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 28 set. 2025.

ANTUNES, J. L. F. **Medicina, Leis e moral**: pensamento médico e comportamento no Brasil (1870 - 1930). São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1999.

ARAÚJO, E. P.; AZEVEDO, B. B. DE; COSTA FILHO, F. C. M.; MACHADO, E. G. (2023). O acesso do negro à graduação em medicina como ferramenta antirracista: uma revisão bibliográfica. **Educere et Educare**, v. 18, n. 45, p. 465–481, 2023. Disponível em: https://e-revista.unioeste.br/index.php/educereeteducare/article/view/30960?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 22 ago. 2025.

ÁVILA, R. C. Formação das Mulheres nas Escolas de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 1, p. 142-149, jan. 2014. DOI 10.1590/S0100-55022014000100019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000100019>. Acesso em: 18 out. 2023.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado** : o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARR, D. A. A time to listen. Ann Intern Med., **American College of Physicians**, p. 144. 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14734339/>. Acesso em: 09 set. 2025.

BAZZARELLI, I.M.; AMORIM, M.C.S. Gênero, Representação Simbólica e Origem Social nos Conflitos entre Médicos e Enfermeiras. **Psicologia Política**, v. 10, n.19, p. 75-89, jan. – jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xjXmqvLy8W9nZhtFpwh7LcR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2025.

BECKER, H. S.; BLANCHE, G.; HUGHES, E. C.; STRAUSS, A. **Boys in white**: student culture in medical school. Chicago: The University of Chicago Press, 1961.

BENEDETTO, M. A. C.; GALLIAN, D. M. C. Narrativas de estudantes de Medicina e Enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 67, p. 1197-1207, 2018.

BENTO, B. **Homem não tece a dor**: queixas e perplexidades masculinas. 2. ed., Natal: EDUFRN, 2015.

BERGER, A. Arrogance among physicians. **Acad. Med.**, v. 2, n. 77, p. 145-147, 2002. DOI: 10.1097/00001888-200202000-00010.

BHUGRA, D.; SAUERTEIG, S. O.; BLAND, D.; LLOYD-KENDALL, A.; WIJESURIYA, J.; SINGH, G.; KOCHHAR, A.; MOLODYSKI, A; VENTRIGLIO, a. A descriptive study of mental health and wellbeing of doctors and medical students in the UK. *International Review of Psychiatry*, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09540261.2019.1648621>. Acesso em 28 ago. 2025.

BLOOM, S. W. The process of becoming a physician. The Annals of the American Academy of Political and Social Science, **Medicine and Society**, v. 346, n.1, p.77-87, mar. 1963.

BOND, M. M. K.; OLIVERIA, M. S.; BRESSAN, B. J.; SILVA, A. L. F. A.; MERLO, A. R. C. Prevalência de burnout entre médicos residentes de um Hospital Universitário. **Rev. bras. educ. med.**, v. 42, n. 3, p. 97 – 107, jul./set 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3RB20170034.r3>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/4Mww56vn3tWYpGXbdB8vvmr/?lang=pt>. Acesso em: 18 mai 2025.

BONELLI, M. G.; OLIVEIRA, F. L. Mulheres magistradas e a construção de gênero na carreira judicial. *Novos estud. CEBRAP*, São Paulo, v. 39, n. 01, p. 143-163, jan.-abr. 2020.

BRENER, P. Z.; LICHTENSTEIN, A. Juramento de Hipócrates: análise crítica. **Revista Bioética**. v. 30, n. 3, p. 526-534, jul./set. 2022. DOI 10.1590/1983-80422022303545PT. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022303545PT>. Acesso em: 18 out. 2023.

BREWER, A.; OSBORNE, M.; MUELLER, A. S.; O' CONNOR, D. M.; DAYAL, A.; ARORA, V. M. Who Gets the Benefit of the Doubt? Performance Evaluations, Medical Errors, and the Production of Gender Inequality in Emergency Medical Education. **American Sociological Review**, v. 2, n. 85, p. 247-270, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0003122420907066>. Acesso em: 16 ago. 2025.

BUTLER, J. **Undoing gender**. New York: Routledge, 2004.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Tradução: AGUIAR, R. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.

BUTLER, J. *Corpos que importam*. 1 ed. 2019.

BUTTARELLO, A. J. O cientista social como educador na prática médica. *In*: XV Semana de Pós-Graduação da Unesp/FCLAr. **Anais de evento**, Araraquara, 2016, p. 1398.

CAMARGO JR., K. R. **(Ir)racionalidade médica**: os paradoxos da clínica. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ Relume Dumará, 1992.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, set. 1999. DOI 10.1590/S0102-311X1999000300023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000300023>. Acesso em: 27 set. 2023.

CARRARA, S.; RUSSO, J.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009. DOI 10.1590/S0103-73312009000300006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300006>. Acesso em: 27 set. 2023.

CASTELHANO, L.M.; WAHBA, L.L. As emoções do médico e as implicações para a prática clínica. **Psicologia USP**, v. 31, 2020. DOI 10.1590/0103-6564e180030. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e180030>. Acesso em: 04 set. 2023.

CENTER, C.; DAVIS, M., DETRE, T., FORD, D. E.; HANSBROUGH W.; HENDIN, H., *et al.* Confronting depression and suicide in physicians: A consensus statement. **JAMA** 2003;289:3161-6.

CHIES, P. V. Identidade de gênero e identidade profissional no campo do trabalho. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 507-28, maio 2010. DOI 10.1590/S0104-026X2010000200013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2010000200013>. Acesso em: 04 set. 2023.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em Ciências Humanas e Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

CLAVREUL, Jean. A ordem médica: poder e impotência do discurso médico. Tradução: NOUJAIM, J. G.; JORGE, M. A. C.; SILVEIRA JR., P. M. Editora Brasiliense, 1983.

COCKERHAM, W.C. Medical Sociology. **International Review of Modern Sociology**, v. 11, n. 1-2, p. 231 – 250, jan./dez., 1981, p. 231 – 250. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/41420787>. Acesso em 08 ago. 2023.

COLENBRANDER, L.; CAUSER, L.; HAIRE, B. “If you can’t make it, you’re not tough enough to do medicine”: a qualitative study of Sydney-based medical students’ experiences of bullying and harassment in clinical settings. **BMC Medical Education**, 20:86, p. 2-12, 2020.

CONNELL, R.; CARRIGAN, T.; LEE, J. Towards a new sociology of masculinity. **Theory and Society**, v. 14, n. 5, p. 551-604, set. 1985. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/657315>. Acesso em 28 jun. 2023.

CONNELL, R. W. **Gender and power**. Society, the person and sexual politics. Cambridge/Oxford: Polity Press, 1987.

CONNELL, R. W. On hegemonic masculinity and violence. Response to Jefferson and Hall. **Theoretical Criminology**, v. 6, n. 1, p. 89-99, 2002. DOI 10.1177/136248060200600104. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/136248060200600104>. Acesso em: 16 jun. 2023.

CONNELL, R. W. **Masculinidades**. Tradução: ARTIGAS, I. M., 1.ed., México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2003.

CONNELL, R. W.; MESSERSCHMIDT, J. W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. Tradução: FERNANDES, F. B. M. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 241-282, jan./abr. 2013. DOI 10.1590/S0104-026X2013000100014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2013000100014>. Acesso em 25 mai. 2023.

CONNELL, R. W; PEARSE, R. **Gênero: uma perspectiva global**. Compreendendo o gênero - da esfera pessoal à política - no mundo contemporâneo. Tradução: MOSCHKOVICH, M. São Paulo: nVersos, 2015.

CONNELL, R W. **Gênero em termos reais**. Tradução: MOSCHKOVICH, M., 1. ed., São Paulo: nVersos, 2016.

DIAS, E.C. Condições de trabalho e saúde dos médicos: uma questão negligenciada e um desafio para a Associação Nacional de Medicina do Trabalho. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v.13, n. 2, p. 60-68, 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-4435/2015/v13n2/a5229.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2023.

DIEHL, L. **Esmeraldite, a maldição dos médicos: fato ou mito?** Raciocínio Clínico, Londrina, Raciocínio Clínico, 2020. Disponível em <https://raciocinioclinico.com.br/esmeraldite-a-maldicao-dos-medicos-fato-ou-mito/>. Acesso em 04 mar. 2023.

DINIZ, D. Bioética e gênero. **Revista Bioética**, v. 16, n. 2, p. 207-216, 2008. Disponível em https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/68. Acesso em: 04 mai. 2023.

FARO, L.; RUSSO, J. **Testosterona, desejo sexual e conflito de interesse**: periódicos médicos como espaços privilegiados de expansão do mercado de medicamentos. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 23, n. 47, p. 61 – 92, jan./abr. 2017. DOI 0.1590/S0104-71832017000100003. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-71832017000100003>. Acesso em: 28 jun. 2023.

FEDERICI, Silvia. **O ponto zero da revolução**: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. Trad. de Coletivo Sycorax. São Paulo: Elefante, 2019.

FERNANDES, D. A. S.; TAQUETTE, S. R.; SOUZA, L. M. B. M. Aspectos relacionados ao estudante na construção da identidade médica: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Educação Médica**, | . 47, v. 1, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v47.1-20220176>. Acesso em: 08 jan. 2024.

FILHO, J.M. Identidade médica: o normal e o patológico. *In*: FILHO, J. M. (org.). **Identidade Médica**: implicações históricas e antropológicas. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

FINE, C. **Testosterona Rex**: mitos de sexo, ciência e sociedade. Tradução: MARQUES, R. São Paulo: Três Estrelas, 2018.

FONTANELLI, B. J. B.; SILVA, F. R.; GOMES, R. Rituais e símbolos na atenção formal à saúde: o caso do vestuário profissional, na ótica de pacientes da Atenção Básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 507-525, jun. 2012. DOI 10.1590/S0103-73312012000200006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000200006>. Acesso em: 28 jun. 2023.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Tradução: MACHADO, R. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Tradução: ALBUQUERQUE, M. T. C.; ALBUQUERQUE, J. A. G. 13. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **Arqueologia do saber**. Tradução: NEVES, L. F. B. 7ª ed., 3ª. reimpressão. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FOUCAULT, M. **Resumo dos Cursos do Collège de France**. Tradução: DAHER, A. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

FOX, R. C. **The sociology of medicine: a participant observer's view**. Englewood Cliffs: New Jersey. 1989.

FOX, F.; RODHAM, K.; HARRIS, M.; TAYLOR, G.; SUTTON, J.; SCOTT, J.; ROBINSON, B. Experiencing “the other side”: a study of empathy and empowerment in general practitioners who have been patients.

FREDRICH, V. C. R.; COELHO, I. C. M.; SANCHES, L. C. Desvelando o racismo na escola médica: experiência e enfrentamento do racismo pelos estudantes negros na graduação em Medicina. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, p. 1-14, 2022. DOI 10.1590/1981-7746-ojs421. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs421>. Acesso em: 05 jun. 2023.

FREIDSON, E. **Profession of Medicine: a study of sociology of applied knowledge**. Dodd, Mead & Company, 1970.

FREIDSON, A **profissão médica: um estudo de Sociologia do conhecimento aplicado**. Tradução: NETO, A. F. P.; MORAIS, K. B. São Paulo: Editora Unesp, 2009.

FREYRE, G. **Casa grande & Senzala**. Recife: Record, 1992.

GAZETA DE ALAGOAS (2018). Opinião. Disponível em: <https://www.gazetadealagoas.com.br/opinio/198435/quando-medico-adoece>. Acesso em: 03 ago. 2023.

GEREDA, C. Doctors' identity and barriers to seeking care when unwell. *The British Journal of Psychiatry*, 220, p. 7–9, 2022. DOI: 10.1192/bjp.2021.52

GOFFMAN, E. **A representação do eu na vida cotidiana**. Tradução: RAPOSO, M. C. S. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 8 ed. São Paulo: Editora Record, 2004.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007. DOI 10.1590/S0102-311X2007000300015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>. Acesso em: 29 jun. 2023.

GOMES, R. M. **Trabalho médico e alienação**: as transformações das práticas médicas e suas implicações para os processos de humanização/desumanização do trabalho em saúde. 2010. 815p. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-04112010-112608/en.php>. Acesso em: 06 jun. 2023.

GRACINO, M. E.; ZITTA, A. L. L.; MANGILI, O. C.; MASSUDA, E. M. A saúde física e mental do profissional médico: uma revisão sistemática. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 244-263, jul./set. 2016. DOI 10.1590/0103-1104201611019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611019>. Acesso em: 29 ago. 2023.

GROESBECK, C. J. The archetypal image of the wounded healer. **The Journal of Analytical Psychology**, v. 20, n. 2, p. 122-145, 1975. DOI 10.1111/j.1465-5922.1975.00122.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1465-5922.1975.00122.x?sid=nlm%3Apubmed>. Acesso em 03 set. 2023.

HALL, J.; ROTER, D.L. Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review. *Patient Education and Counseling*, v. 48, 2002, p. 217-224.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Tradução: SILVA, T. T., LOURO, G. L. 12. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2019.

HALL, S.. Quem precisa da identidade? In HALL, S.; WOODWARD, K. **Identidade e diferença**: a perspectiva dos estudos culturais. Tomas Tadeu da Silva (org.). Petrópolis: Editora Vozes, 3. ed., 2012, p. 63 - 84.

HAYER, B. When a Doctor Becomes a Patient with a Mystery Illness: A Case Report. Hindawi Publishing Corporation, **Case Reports in Medicine**, v. 2010, p. 1-4. doi:10.1155/2010/565980, 2010.

HIMMELSTEIN, M. S.; SANCHEZ, D. T. Masculinity in the doctor's office: Masculinity, gendered doctor preference and doctor-patient communication. **Preventive Medicine**, v. 84, p. 34-40, 2016. DOI 10.1016/j.ypmed.2015.12.008. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0091743515003813>. Acesso em: 05 set. 2023.

HIRSCHAUER, S. Performing sexes and gender in medical practices. In BERG, M.; MOL, A. Differences in Medicine. Unraveling practices, techniques and bodies. Duke University Press, 1998, p. 13 – 27.

HOIRISCH, A. **O problema da identidade médica**. [Tese: concurso para professor titular de Psicologia Médica]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1976.

HUGHES, E. C. The making of a physician: general statement of ideas and problems. Human Organization, v.14, n. 4, p.21-25, 1956. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/44124044>. Acesso em 29 ago. 2023.

ILIESCU M.L.; CARAULEANU, A. The portrait of a good doctor: conclusions from a patients and medical students survey. **Revista Cercetare Si Interventie Sociala**, v. 47, p. 261-271, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/288360984_The_Portrait_of_a_Good_Doctor_Conclusions_from_a_Patients_and_Medical_Students_Survey. Acesso em: 06 set. 2023.

JACKSON, Alicia; MAZZEI, Liza. Plugging One Text Into Another: Thinking With Theory in Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*. Vol 19, nº 4, 2013, p. 261–271.

JAISSON, M. O estudo de práticas médicas: o cenário da Sociologia das profissões. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 27, n. 3, p.704-714, 2018. DOI 10.1590/S0104-12902018180842. Acesso em: 09 jan. 2025.

JAYE, C.; WILSON, W. When general practitioners become patients. **Health**, v. 7, n. 2, p. 201-225, 2003. DOI 10.1177/1363459303007002875. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1363459303007002875>. Acesso em 06 set. 2023.

JOFFE, S. **Doctors working while sick is bad enough in ordinary times. During the Covid-19 outbreak it could be catastrophic.** Stat, 2020. Disponível em: <https://www.statnews.com/2020/03/09/doctors-working-while-sick-covid19-catastrophe/>. Acesso em: 06 set. 2023.

JORDAN-YOUNG, R.; KARKAZIS, K. **Testosterone: an unauthorized biography.** Cambridge: Harvard University Press, 2019.

KAMIJO, E. D.; LIMA, M. V .S.; PEREIRA, A. P.; BONAMIGO, E. L. Escolha da Medicina como profissão e perspectiva laboral dos estudantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 4, p. 1-9, 2021. DOI 10.1590/1981-5271v45.4-20210093. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/pdf/rbem/v45n4/pt_1981-5271-rbem-45-04-e216.pdf. Acesso em 08 set. 2023.

KALUF, I. O.; SOUZA, S. G. O.; LUZ, S.; CESARIO, R. R. Sentimentos do estudante de Medicina quando em contato com a Prática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1, p. 13-22, 2019. DOI 10.1590/1981-52712015v43n1RB20180098. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1RB20180098>. Acesso em 09 set. 2023.

KARPINSKI, J. **Médico que trabalha doente já e algo ruim em tempos normais, mas e durante a pandemia de Covid-19?** Global Health League, 2020. Disponível em: <https://academiamedica.com.br/ghl/medico-que-trabalha-doente-ja-e-algo-ruim-em-temposnormais-mas-e-durante-a-pandemia-de-covid-19>. Acesso em 18 out. 2023.

KLITZMAN, R. **When doctors become patient.** Oxford: Oxford University Press, 2008.

KURLAND, G. **Meu próprio remédio: a vida de um médico como paciente.** Tradução: LOPES, S. Porto Alegre: Lugano, 2004.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo.** Tradução: WATHELY, V. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LEAL, I. P. S.; MOURA, L. S. C. S.; SOUZA, S. M. L.; MADEIRO, A.; RUFINO, A. C. Violência sexual contra mulheres estudantes em escolas médicas. **Rev. Br. Educ. Médica**, v. 47, n. 3, p. 1 – 10, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v47.3-2022-0325>. Acesso em: 21 mai. 2025.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; PEREIRA, A. P. E.; PACHECO, V. E.; CARMO, C. N.; SANTOS, R. V. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, 2017. DOI 10.1590/0102-311X00078816. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>. Acesso em: 19 set. 2023.

LE BRETON, D. **A sociologia do corpo**. Petrópolis: Editora Vozes; 2006.

LEITE JR., J. **Nossos corpos também mudam**. 2008. 230 p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Pontífice Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/3992/1/Jorge%20Leite%20Junior.pdf>. Acesso em 08 jun. 2023.

LEITE; A. F. S.; OLIVEIRA, T. R. M. Sobre educar médicos e médicas: marcas de gênero em um currículo de Medicina. *Estudos Feministas*, Florianópolis, n. 23, v. 3, p. 779 – 801, set./dez. 2015.

LERMAN, T. G.; FIORE, M. L. M.; BLAY, S. L. O significado de saúde e doença para o aluno de Medicina ao longo da graduação: estudo exploratório entre alunos da Unifesp – EPM. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 669-677, out./dez. 2016. DOI 10.1590/1981-52712015v40n4e01472015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e01472015>. Acesso em: 04 ago. 2023.

LINDEMAN, S.; LAARA, E.; HAKKO, H.; LONNQVIST, J. A Systematic Review on Gender-Specific Suicide Mortality in Medical Doctors. **British Journal of Psychiatry**, n. 168, p. 274-279, 1996.

LOMBARDI, M. R.; CAMPOS, V. P. A Enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. **Revista da ABET**, v. 17, n. 1, p. 28 - 46, jan./jun. 2018, p. 28 - 46. DOI 10.22478/ufpb.1676-4439.2018v17n1.41162. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/abet/article/view/41162>. Acesso em: 04 out. 2023.

LOPES, W. S. L.; MOREIRA, M. C. N.; GOMES, R. A experiência de adoecimento falciforme pelas lentes qualitativas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 28, n. 9, p. 2489-2500, 2023. DOI 10.1590/1413-81232023289.03812023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.03812023>. Acesso em: 14 out. 2023.

LOURENÇÃO, L. G.; MOSCARDINO, A. C.; SOLER, Z. A. S. G. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, p. 81-91, 2010. DOI 10.1590/S0104-42302010000100021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000100021>. Acesso em: 06 out. 2023.

MACHADO, C.D.B.; WUO, A. S. Processo de socialização na formação identitária do estudante de Medicina. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 1-21, 2019. DOI 10.1590/1981-7746-sol00208. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00208>. Acesso em 03 nov. 2023.

MACHADO, R. **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MAINARDI, G. M.; CASSENOTE, A. J. F.; GUILLOUX, A. G. A.; MIOTTO, B. A.; SCHEFFER, M. C. What explains wage differences between male and female Brazilian physicians? A cross-sectional Nationwide study. **BMJ Open** 2019; 9:e023811. doi:10.1136/bmjopen-2018-023811.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Técnicas de Pesquisa. 5 ed., São Paulo: Editora Atlas, 2002.

MARINHO, A. L. T.; NICOLAU, J. C. M. Poderosas mulheres pretas, indígenas e transexuais: novos atores (ou atrizes) na formação da elite médica? **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. v. 01, p. 157-174, jan. 2023. DOI 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/ciencias-sociais/indigenas-e-transexuais. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/367277290_Poderosas_mulheres_pretas_indigenas_e_transexuais_novos_atores_ou_atrizes_na_formacao_da_elite_medica. Acesso em: 17 out. 2023.

MARTIN, D.; SPINK, M. J.; PEREIRA, P. P. G.. Corpos múltiplos, ontologias políticas e a lógica do cuidado: uma entrevista com Annemarie Mol. **Interface** – Comunicação,

Saúde, Educação, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 295–305, 2018. DOI:10.1590/1807-57622017.0171. Acesso em 07 jul. 2025.

MARTINS, A. P. V. A mulher, o médico e as historiadoras: um ensaio historiográfico sobre a história das mulheres, da medicina e do gênero. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 27, n.1, p. 241-264, jan./mar. 2020, p. 241-264. DOI 10.1590/S0104-59702020000100014. Disponível em: p.241-264. Acesso em: 06 out. 2023.

MEAD, G. H. **Mind, Self, and Society**. Chicago: University of Chicago Press, 1934.

MELEIRO, A. M. A. S. **O médico como paciente**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

MENEZES, R. A. Etnografia de ensino médico em um CTI. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 5, n. 9, p. 117-130, ago. 2001. DOI 10.1590/S1414-32832001000200008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832001000200008>. Acesso em: 19 out. 2023.

MERTON, R. K.; READER, G.; KENDALL, P. L. **The student-physician**: introductory studies in the sociology of medical education. Cambridge: Harvard University Press, 1957.

MILLAN, L. R. Vocação médica e gênero. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed., São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, S. M.; PIRES, M. M. S.; NASSAR, S. M.; SILVA, C. A. J. Mudanças de atitude dos estudantes durante o curso de Medicina: um estudo de coorte. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 2, p. 212-222, abr. 2012. DOI 10.1590/S0100-55022012000400009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000400009>. Acesso em: 08 set. 2023.

MISKOLCI, R. Corpos elétricos: do assujeitamento   est tica da existência. **Estudos Feministas**, Florianópolis, n. 14, v. 3, p. 681-693, set./dez. 2006. DOI 10.1590/S0104-026X2006000300006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2006000300006>. Acesso em: 06 out. 2023.

MISKOLCI, R. **O desejo da nação**: masculinidade e branquitude no Brasil de fins do XIX. São Paulo: Annablume, 2013.

MOL, A. Política ontológica. Algumas ideias e várias perguntas. In NUNES, J. A.; ROQUE, R. (org.) **Objectos impuros**. Experiências em estudos sociais da ciência. Tradução: PRAÇA, G. Porto: Edições Afrontamento, 2007.

MOL, A. The body multiple

MOL, A.; MOSER, I.; POLS, J. Cuidado: colocando a prática na teoria. **Novos Debates**, n. 9, v. 1, DOI: 10.48006/2358-0097/V9N1.E9101. Acesso em 19 jan. 2025.

MOREIRA, C. O. F.; DIAS, M. S. A. Diretrizes curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Sci**, v. 40, n. 3, p. 300-305, set./dez. 2015. DOI 10.7322/abcs.hs.v40i3.811. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/06/6056/811-texto-do-artigo.pdf>. Acesso em: 05 set. 2023.

MORETTI-PIRES, R. O. **Domesticando corpos, construindo médicos**: das relações de gênero a uma sociologia da profissão. 2017. 214 p. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/176795>. Acesso em: 04 ago. 2023.

MORETTI-PIRES, R. O.; GUADAGNIN, L.; TESSER-JÚNIOR, Z. C.; CAMPOS, D. A.; TURATTI, B. O. Preconceito contra Diversidade Sexual e de Gênero entre Estudantes de Medicina de 1º ao 8º Semestre de um Curso da Região Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 43, p. 568-578, 2019. DOI 10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190076. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190076>. Acesso em: 05 ago. 2023.

MORISHITA M.; IIDA J.; NISHIGORI, H. Doctors' experience of becoming patients and its influence on their medical practice: A literature review. **Explore**, New York, v. 16, n. 3, p. 145-151, mai./jun. 2020. DOI: 10.1016/j.explore.2019.10.007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31843394/>. Acesso em: 02 ago. 2023.

NASCIMENTO, R.; JESUS, K. A.; GARCIA, O. R. Z. Síndrome de *burnout* em residentes de ginecologia e obstetrícia de uma maternidade-escola. **Rev. bras. educ.**

med., v. 48, n. 02, p. 1 – 10, 2024. DOI <https://doi.org/10.1590/1981-5271v48.2-2021-0510>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v48.2-2021-0510>. Acesso em: 18 mai 2025.

NETO, A. D. J. Identidade profissional e as Humanidades na Famed/UFU. **Revista de Educação Médica**, v. 37, n. 2, p. 266-274, jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/73GBdQ5QyCjQqSfmSCgh3cR/>. Acesso em: 08 ago. 2023.

NIELSEN, B. M. I am a doctor, so I am in control. *Ugeskr Laeger*, 2002 Nov 4;164(45):5235-9.

NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 56-68, jul./set. 2003. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/235433058_Saude_mental_dos_profissionais_de_Saude. Acesso em: 28 ago. 2023.

NUCCI, M. **Hormônios pré-natais e a idéia de sexo cerebral**: análise das pesquisas biomédicas sobre gênero e sexualidade. 102 p. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.bdt.d.uerj.br/handle/1/4418>. Acesso em: 04 set. 2023.

NUNES, E. D. A sociologia da saúde nos Estados Unidos, Grã-Bretanha e França: panorama geral. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, n. 8, P. 79 – 95, 2003.

NUNES, E. D. Merton e a Sociologia médica. NUNES, E. D. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.159-172, jan./mar. 2007.

OLIVEIRA, P. P. **A construção social da masculinidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004.

ORLANDI, E. P. Funcionamento e discurso. In: *A linguagem e seu funcionamento: as formas do discurso*. Editora Pontes, 2 ed., 1987, p. 115 – 133.

PARSONS, T. **The social system**. New York: Free Press, 1951. Capítulo X.

PAULA, L. P. Tornar-se doula: discutindo práticas e lógicas presentes na perinatalidade. **Dissertação** (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal Fluminense, 80 p., 2008.

PERRUSI, A. A. **Tirantias da identidade**. Profissão e crise identitária entre psiquiatras. 2003. 307 p. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2003. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/104464574/Perrusi-Artur-Tirantias-da-identidade-profissao-e-crise-de-identidade-entre-psiquiatras>. Acesso em: 26 jul. 2023.

PETERSON, C. Trambiclinicas, Pilantrópicos, Embromeds: um ensaio sobre gíria médica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

PIMENTA, D. M. O cuidado perigoso: tramas de afeto e risco na Serra Leoa (a epidemia de Ebola contada pelas mulheres, vivas e mortas). 2019. **Tese** (Doutorado em Antropologia Social) — Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-17062019-142750/>. Acesso em: 27 jul. 2025.

PIMENTEL, D.M.M.. **Saúde mental dos profissionais de saúde**. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Federal de Sergipe, Aracaju – SE, 2005.

PIMENTEL, D.M.M. **O sonho do jaleco branco: saúde mental dos profissionais da saúde**. Aracaju: Fundação Oviedo Teixeira/Sociedade Médica de Aracaju; 2005a.

QUIVY, R.;CAMPENHOUDT, L.V. **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: Gradiva, 1995.

RAIMONDI, G. A. **Corpos que (não) importam na prática médica: uma autoetnografia performática sobre o corpo gay na Escola Médica**. 2019. 247 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2020/anexo/tese_gustavo_antonio_raimondi.pdf. Acesso em: 04 set.2023.

REZENDE, J. M. **O Machismo na História do Ensino Médico**. In: À sombra do plátano: crônicas de história da medicina. São Paulo: Editora Unifesp, 2009, p. 131-136.

RIBEIRO, R.M. **Entrevista concedida a Contos da Câmara**, 2003. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/a-camara/documentos-e-pesquisa/arquivo/historia-oral/memoriadoservidor/Contos%20da%20Camara%201%20e%202/RenaultMattosRibeiro.pdf>. Acesso em 08 set. 2023.

RIOS, I. S.; SCHRAIBER, L. B. **Humanização e Humanidades em Medicina: a formação médica na cultura contemporânea**. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

ROHDEN, F. **O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, 2008. DOI 10.1590/S0104-59702008000500007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000500007>. Acesso em: 29 ago. 2023.

RONZANI, T. M.; RIBEIRO M. S. Identidade e formação profissional do médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 27, n.3, p. 229-36, set./dez. 2003. DOI <https://doi.org/10.1590/1981-5271v27.3-010>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v27.3-010>. Acesso em: 02 set. 2023.

ROSENBAUM, E. E. **O gosto do meu próprio remédio**. Tradução: MARTINS, V. T. M. São Paulo: Globo, 1993.

ROSS, M. Suicide among physicians: a psychological study. **Dis.Nerv. Cyst.** v. 34, n. 3, p. 145-150, 1973. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4715632/>. Acesso em: 28 jul. 2023.

ROTER D. L.; GELLER, G; BERNHARDT, B.A.; LARSON, S.M.; DOKSUM, T. Effects of obstetrician gender on communication and patient satisfaction. *Obstet Gynecol.* 1999;93(5, pt 1):635-641.

ROTER, D. L.; HALL, Judith A. How physician gender shapes the communication and evaluation of medical care. *Mayo Clinic Proceedings*, v. 76, issue 7, july 2001, p. 673 – 676.

RUSSO, J. Do corpo-objeto ao corpo-pessoa: desnaturalização de um pressuposto médico. In: SOUZA, A. N.; PITANGUY, J. (orgs.). **Saúde, Corpo e Sociedade**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

SACKS, O. **A Leg to Stand on**. London: Picador, MacMillan Publishers Ltda., 1991.

SAFFIOTI, H. I. B. **O poder do macho**. 6. ed. São Paulo: Ed. Moderna, 1997.

SANTANA, B. R.; JANSEN, R. C.; NASCIMENTO, V. N. B.; MOURA, D. S. C. Compreensão de médicas sobre gênero e a influência na formação acadêmica: um estudo qualitativo. *Rev. Br. Educ. Médica*, v. 48, n. 3, p. 2 – 8, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v48.3-2023-0201>. Acesso em 27 mai. 2025.

SANTOS, V. H.; FERREIRA, J. H.; ALVES, G. C. A.; NAVES, N. M.; OLIVEIRA, S. L.; RAIMONDI, G. A.; PAULINO, D. B. Currículo oculto, educação médica e profissionalismo: uma revisão integrativa. **Interface**, Botucatu, v. 24, p. 1-17, 2020. DOI 10.1590/Interface.190572. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190572>. Acesso em 13 out. 2023.

SANTOS, A. F. P. R.. Principais abordagens sociológicas para análises das profissões. **BIB – Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, n. 71, p. 25–43, 2011. Disponível em: <https://bibanpocs.emnuvens.com.br/revista/article/view/351/>. Acesso em: 18 mai. 2025.

SAMPAIO, J. J. C. Crise, explicações alucinatórias e perspectivas de vivência como doente grave de Covid-19: um relato pessoal. **Interface**, Botucatu, v. 25, 2021. DOI 10.1590/Interface.200671. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.200671>. Acesso em: 27 set. 2023.

SCAVONE, L. A emergência das questões feministas nas Ciências Sociais. *In*: SCAVONE, L. **Dar a vida e cuidar da vida: Feminismo e Ciências Sociais**. Araraquara: Editora Unesp, p. 21 – 42, 2004.

SCHEFFER, M.C; CASSENOTE, A.J.F. A Feminização da Medicina. **Revista Bioética**, v. 21, n. 2, 2013, p. 268-277. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/817/905. Acesso em: 04 out. 2023.

SCHEFFER, M. **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo: FMUSP/AMB. Disponível em: https://amb.org.br/wp-content/uploads/2023/02/DemografiaMedica2023_8fev-1.pdf. Acesso em: 20 out. 2023.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. **Revista Educação e Realidade**, n. 20, v. 2, jul/dez. 1995, p. 71-99. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>. Acesso em: 17 set. 2023.

SENS, G. R. **O médico e o cuidar em saúde**: Um estudo de caso com clínicos e pediatras que exercem atividades docentes em um Hospital Universitário. 92 p. 2006. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/118336?show=full>. Acesso em: 08 out. 2023.

SILVA, T. T.. Identidade e diferença. In: HALL, S.; WOODWARD, K. (org.). **Identidade e diferença**: a perspectiva dos estudos culturais. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 63–84.

SIMESP. Sindicato dos médicos de São paulo. Revista Dr! n. 87, 2015.

SKARE, T. Quando o doente é médico. **Iátrico**, Conselho Regional de Medicina do Paraná, n. 23, abr./jun. 2006, p. 13-14. Disponível em: https://www.crmpr.org.br/uploadAddress/numero_23_3291.pdf. Acesso em: 28 ago. 2023.

SOSA, J. A. Editorial: Doubling down on diversity in the wake of the #MedBikini controversy. *World J Surg.*, sept. 2020.

SOLER, 2010

STEFFEN, M. W.; HAGEN, P. T.; BENKHADRA, K.; MOLELLA, R. G.; NEWCOMB, R. D.; MURAD, M.H. A survey of physicians' perceptions of their health care needs. **Occupational Medicine**, v. 65, n. 1, p. 49–53, jan. 2015. DOI 10.1093/occmed/kqu145. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu145>. Acesso em: 27 ago. 2023.

SZYMCAK, J. E.; SMATHERS, S.; HOEGG, C.; KLIEGER, S.; COFFIN, S.E.; SAMMONS, J. S. Reasons Why Physicians and Advanced Practice Clinicians Work While Sick: A Mixed-Methods Analysis. **JAMA Pediatr.**, v. 169, n. 9, p. 815-821, set. 2015. DOI 10.1001/jamapediatrics.2015.0684. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26146908/>. Acesso em: 15 set. 2023.

TARKOWSKI, Z.A.; PIATKOWSKI, W.; BOGUSZ, A.R.; MAJCHROWSKA, A.; NOWAKOWSKI, A., SADOWSKA, A.; HUMENIUK, E.D. When a doctor becomes a patient, the unique expectations and behaviours in a disease: preliminary report. **Progress in Health Science**, v. 6, n. 2, p. 160–164, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/314269366_When_a_doctor_becomes_a_patient_the_unique_expectations_and_behaviours_in_a_disease_preliminary_report. Acesso em: 25 set. 2023.

TECHY, A. Esmeraldite. **Iátrico**. Conselho Regional de Medicina do Paraná. n. 17, p. 24-25, abr./jun. 2006. Disponível em: [https://www.crmpr.org.br/uploadAddress/numero_17\[3284\].pdf](https://www.crmpr.org.br/uploadAddress/numero_17[3284].pdf). Acesso em: 27 jul. 2023.

TIRONI, M. O. S. *et al.* Trabalho e síndrome da estafa profissional (burnout) em médicos intensivistas de Salvador. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 6, p. 656-62, 2009. DOI 10.1590/S0104-42302009000600009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302009000600009>. Acesso em 09 set. 2023.

TYSSEN, R. et al. Personality traits and types predict medical school stress: a six-year longitudinal and nationwide study. **Medical education**, v. 41, n. 8, p. 781-787, 2007. DOI 10.1111/j.1365-2923.2007.02802.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17661886/>. Acesso em: 08 out. 2023.

TYSSEN, R.; VAGLUM, P.; GRØNVOLD, N. T. ; EKEBERG, Ekeberg, O. Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. **Journal of affective disorders**, v. 64, p. 69-79, 2001. DOI 10.1016/s0165-0327(00)00205-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11292521/>. Acesso em 14 out. 2023.

VARELLA, D. **O médico doente**. São Paulo: Companhia das Letras; 2007.

VARGAS, H. M. Sem perder a majestade: “profissões imperiais” no Brasil. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, v. 15, n. 28, p.107-124, 2010. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/estudos/article/view/2553> . Acesso em 17 set. 2023.

VARGAS, H. M.. 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: jun. 2025.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**. Uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.

VIDAL, L. **Absorventes para menstruação são testados sem sangue** - e isso é um problema. *Universa Uol*, São Paulo, 17 set. 2023. Disponível em <<https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2023/09/17/absorvente-e-testado-com-agua-e-soro-e-nao-sangue.htm>>. Acesso em 28 set. 2023.

WISTRAND, J. When doctors are patients: a narrative study of help-seeking behaviour among addicted physicians. **Medical Humanities**, n. 43, p. 19-23, 2017. DOI 10.1136/medhum-2016-011002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27587488/>. Acesso em 04 nov. 2023.

WELZER-LANG D. Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de sexo. In: SCHPUN, M.R. (org.) **Masculinidades**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC; 2004. p. 107-28.

WOODWARD, K.. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: HALL, S.; WOODWARD, K. (org.). **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

ZIRBEL, I.. Cuidado, masculinidades e responsabilidade social. **Revista Mais que Amélias**, Dossiê Especial Ética do Cuidado, n. 7, 2020. Disponível em: https://8817bea9-051e-4071-aa02-bb0ea330c83e.filesusr.com/ugd/cafb5_eaafd0741c0f4d4899b325efeaedabc.pdf. Acesso em: 18 out. 2025.